



Universidad
Zaragoza

1542

Trabajo Fin de Grado

La Mutilación Genital Femenina: Percepción, Interpretación y Prevención

Autor/es

Clara Barrio Alegre

Director/es

Nuria del Olmo Vicén

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo

2016

AGRADECIMIENTOS

Quiero aprovechar estas líneas para agradecer a todas las personas que me han ayudado y apoyado en la elaboración de este Trabajo de Fin de Grado.

En primer lugar, a mi tutora Nuria del Olmo Vicén por su gran ayuda y orientación a lo largo de todo el trabajo. Gracias por su disponibilidad y su enorme profesionalidad que me ha hecho avanzar en mis conocimientos y reflexiones.

También a Médicos del Mundo Aragón por la gran oportunidad de poder formar parte de esta gran familia que lucha día a día por una sociedad más justa, y en concreto a Julia y a Erika por su apoyo y por supuesto también, por su gran profesionalidad y experiencia.

Mencionar a su vez, a mi familia y a mis amigos/as por ser la mejor base e impulso y por tener tanta paciencia, así como a mis compañeros/as y colegas de carrera, por todos los debates, reflexiones y ganas de cambiar el mundo.

Finalmente, agradecer a la Universidad de Zaragoza y a sus docentes por ayudarme a ser una mejor profesional, y al Trabajo Social por ayudarme a ser una mejor persona.

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN	7
2	PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACION.....	8
2.1	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	8
2.2	PERSPECTIVA DE LA INVESTIGACIÓN	8
2.3	METODOLOGÍA	9
3	FUNDAMENTACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	13
3.1	MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	13
3.2	MARCO DE ANÁLISIS TEÓRICO. LA INTERPRETACIÓN DE LA PRÁCTICA DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA	27
4	CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	33
5	DATOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	34
6	CONCLUSIONES	43
7	BIBLIOGRAFÍA	47
8	ANEXOS	50

1. INTRODUCCIÓN

El presente Trabajo de Fin de Grado en modalidad de Informe de una investigación social, se basa en la concepción de la Mutilación Genital Femenina (MGF) como una práctica que viola los derechos humanos de millones de mujeres que cada año son sometidas a ella, así como una violación de los derechos de las niñas, ya que casi siempre se da en menores.

Pero sobre todo este trabajo se basa en una reflexión personal y en un análisis crítico con perspectiva de género sobre esta tradición.

La definición más utilizada es la establecida por la OMS (2008) como: “todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos”.

Sin embargo, esta explicación no incorpora el enfoque de género como aspecto importante que impulsa la práctica, y es esencial integrarlo en nuestro conocimiento para poder entenderla desde la base. Es cierto que la MGF se ha empezado a considerar como una forma más de violencia de género, ya que nace de situación de una desigualdad estructural entre los sexos, basada en roles de género socialmente construidos y concebidos como naturales. Pero, hay que parar a pensar y plantearse si este discurso se mantiene en todas las partes del mundo o solo y con más fuerza en las sociedades occidentales.

Es esta reflexión la que ha suscitado mi interés en investigar la percepción que las propias mujeres de las comunidades donde se practica tienen sobre esta tradición, así como el posible cambio de pensamiento que han podido sufrir al instalarse en España y su importancia en la prevención de la MGF.

Creo esencial comprender su mentalidad sin perder la perspectiva de que esta práctica es perjudicial y que ataca sus derechos como mujeres y personas.

Gracias a mis prácticas en Médicos del Mundo, he podido conocer parte de la realidad del universo de la MGF. El trato directo con personas de comunidades donde se lleva a cabo esta práctica ha despertado en mí el deseo de implicarme en la lucha contra este tipo de violencia de género, empezando por conocer y analizar la visión de las propias mujeres.

2. PLANTEAMIENTO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

2.1. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

Objetivos generales de la investigación:

- Conocer, analizar e interpretar la percepción sobre la práctica de la MGF de mujeres africanas inmigradas y socializadas en una reflexión sobre la pertinencia de esta práctica.

Objetivos específicos de la investigación :

- Conocer y analizar la percepción general de estas mujeres, así como la de las causas y consecuencias de la MGF.
- Conocer y constatar el papel de las mujeres africanas en la prevención de la MGF.
- Constatar la figura del Trabajo Social en España, en la prevención de la MGF.

2.2. PERSPECTIVA DE LA INVESTIGACIÓN

Según la técnica, se trata de una investigación cualitativa. La investigación cualitativa tiene un enorme potencial heurístico y se basa en la comprensión estructural del objeto de estudio. Pretende describir, comprender e interpretar los significados intersubjetivos de la acción social, el sentido íntimo y profundo del comportamiento humano, yendo más allá de los aspectos externos.

Es un modelo de investigación flexible en el que se produce una retroalimentación continua entre sus partes, que hace que sus tareas a cubrir sean susceptibles de revisión y reformulación a lo largo del trabajo. Del Val y Gutiérrez (2005) afirman

La perspectiva cualitativa discurre en torno al análisis de la subjetividad en un intento de comprensión de la dimensión simbólica de la interacción social y de sus significados subjetivos producidos a través del lenguaje utilizado en la vida cotidiana, lo que será objeto de análisis y de producción de hipótesis (p. 13).

Según los objetivos, por una parte se trata de una investigación **descriptiva**, ya que trato de encontrar *cómo* es una parte de la realidad social. Por otra parte, sin la intención de querer abarcar demasiado, realizo a su vez, una pequeña interpretación del *porqué* de dicha realidad, por lo que esta pequeña investigación también se puede valorar en parte, como **explicativa**.

2.3. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Para realizar mi investigación utilizo tanto **datos secundarios** que conforman la fundamentación del trabajo, extraídos a partir de una revisión bibliográfica y un análisis de la literatura, como **datos primarios** extraídos de la investigación empírica, los cuales presento a continuación.

- **UNIVERSO:**

Los datos de esta investigación representan a mujeres inmigrantes (de países de África subsahariana donde, en la mayoría de ellos, se practica la MGF) vinculadas con una ONG pionera en la lucha contra la MGF y han vivido un proceso de socialización secundaria al vivir en España. Ésta socialización tiene lugar cuando se produce el encuentro entre dos culturas diferentes, tendiendo al desplazamiento de una por la otra, en concreto, de ciertas ideas que amparan la defensa de la práctica de la MGF, por ideas occidentales la desaprueban.

- **MUESTRA:**

Se trata de una muestra intencionada compuesta por:

- 10 mujeres de origen gambiano, senegalés y congoleño, residentes en España desde hace varios años. Casi todas han manifestado tener la MGF realizada (tipo I)¹, Las integrantes del grupo de discusión se conocieron en unos cursos de prevención de la MGF y Violencia de Género impartidos por la Médicos del Mundo Aragón, hace un par de años y en la actualidad, aproximadamente dos veces al mes, siguen encontrándose en la sede de la entidad de forma voluntaria para tratar temas concretos sobre derechos sociales y mujeres, bajo la coordinación de una profesional voluntaria.
- 1 mujer de Togo (África), residente en España desde hace 16 años. Lleva cinco años de experiencia trabajando como Mediadora Intercultural contra la práctica de la mutilación en la Médicos del Mundo Aragón.

¹ Las distintas tipologías de Mutilación Genital Femenina quedan explicadas en el apartado 3.1. de este trabajo.

- MUESTREO:

El tipo de muestreo es no probabilístico (o de conveniencia) e intencional ya que el contacto con la muestra ha sido facilitado por Médicos de Mundo Aragón a partir de mi experiencia como alumna en prácticas y posteriormente como parte del equipo de voluntariado de la organización.

- ÁMBITO DEL MUESTREO:

La investigación se realiza dentro del marco de la ONG. Médicos del Mundo es una entidad de privada e independiente que trabaja para hacer efectivo el derecho a la salud para todas las personas, especialmente para aquellas que viven en situación de pobreza, inequidad de género y exclusión social o son víctimas de crisis humanitarias.

Esta organización es pionera en la lucha contra la Mutilación Genital Femenina desde hace años, y en concreto en la Comunidad Autónoma de Aragón su labor se intensifica, ya que existe una elevada tasa de mujeres inmigrantes de países donde es frecuente la práctica de la MGF.

- TÉCNICAS DE RECOGIDA DE DATOS:

Observación semi-participante:

Corbetta (2003) define la observación participante como una técnica en la que

el investigador se adentra en un grupo social determinado: a) de forma directa; b) durante un período de tiempo relativamente largo; c) en su medio natural; d) estableciendo una interacción personal con sus miembros; y, e) para describir sus acciones y comprender, mediante un proceso de identificación, sus motivaciones. (p. 305).

En este sentido, el conocimiento derivado de mi propia experiencia a partir de mis prácticas de Trabajo Social y el voluntariado en Médicos del Mundo, me ha sido de gran utilidad para elaborar los interrogantes de la investigación, ya que he podido participar en algunos de sus cursos, jornadas y encuentros, y tratado con mujeres provenientes de países de África subsahariana donde es habitual la práctica de la mutilación,

Grupo de discusión:

Esta técnica me interesa como herramienta de investigación social que se limita a obtener a “nivel general” información sobre distintos fenómenos sociales cambiantes, en este caso información sobre la percepción que tienen las mujeres que componen el grupo, sobre la práctica de la MGF.

Esta información ayuda a comprender mejor la realidad social, al obtener representaciones sociales que se concretan en los discursos de las integrantes.

Del Val y Gutiérrez (2005) defienden que la orientación del trabajo con grupos orientada a la simple observación para comprender mejor la realidad, no se debe aplicar a grupos ya formados, sino a grupos no constituidos como tales, ya que “esta situación de *grupo inconsciente* es lo que la técnica aprovecha y utiliza para justificar su existencia como grupo en proceso de formación orientado a la investigación” (Del Val y Gutiérrez, 2005, p. 86). Sin embargo al ser la MGF un tema tan sensible, he creído necesario que las componentes del grupo se conozcan entre sí, para que se sientan cómodas al tratar el tema y expresen sus opiniones en un clima de confianza, logrando así obtener mejor información. En este caso, las 10 mujeres del grupo se conocieron a partir de los cursos impartidos por Médicos del Mundo hace un par de años y actualmente, aproximadamente dos veces al mes, siguen encontrándose en la sede. Lejos de parecer la muestra de esta técnica algo sesgada, he de decir que mi intención no es extrapolar las opiniones que estas mujeres sostienen acerca de la Mutilación Genital Femenina al resto de población africana residente en España. Por ello concreto que los datos extraídos del grupo de discusión se corresponden únicamente a mujeres con las características anteriormente expuestas.

En cuanto a la dinámica grupal, evito forzar la conversación e imponer un guión con preguntas cerradas, sino que planteo una ordenación sistemática a partir de la cual poder comprobar los temas tratados y no tratados a lo largo de la sesión con la finalidad de cubrir los objetivos planeados, y para poder reconducir la conversación en caso de pérdida. Tengo presentes las técnicas de reconducción como los espejos (repetición literales de las últimas palabras), sordera (fingir no escuchar/no entender, para lograr aclaraciones), o no verbales (mostrar interés o desinterés mediante la mirada y los gestos), para los momentos en los que necesito profundizar en la conversación. También hay que puntualizar que el escaso control que estas mujeres tienen sobre el castellano es una dificultad añadida a la hora de comprender lo que realmente desean expresar.

Por otro lado, el término “mutilación” es utilizado por las culturas occidentales con la finalidad de visibilizar la práctica como una violación de los derechos humanos, y como una muestra de la desigualdad de género y de violencia ejercida contra la mujer (UNAF, 2011), y conlleva un juicio moral que puede estigmatizar a sus practicantes. Por lo tanto, en cuanto a la terminología, sobre todo utilizo la palabra “corte” siendo un término más neutro y menos agresivo para ellas.

Entrevista:

Utilizo la técnica de la entrevista cualitativa como herramienta de recogida de información tratando de entender el mundo desde el punto de vista de la entrevistada. El impulso de esta entrevista reside en el interés que me suscita el trabajo de mediador/a intercultural en la lucha contra la Mutilación Genital Femenina, en el marco de una ONG, más aun siendo la entrevistada de origen togolés y trabajadora social, una receta perfecta que me ofrece un enfoque muy interesante para la investigación. A partir de su trabajo como mediadora, el objetivo de la entrevista es conocer, comprender y analizar el papel de las mujeres africanas en la prevención de la MGF y del trabajo social.

Se trata de una entrevista semiestructurada, lo que me aporta flexibilidad a la hora de establecer el orden en el que se abordan los diversos temas y el modo de formular las preguntas. Como dice Corbetta (2003), esta forma de conducir la entrevista “concede amplia libertad tanto al entrevistado como al entrevistador, y garantiza al mismo tiempo que se van a discutir todos los temas relevantes y que todas las informaciones necesarias van a ser recogidas”. (p. 376)

- **ÁMBITO ESPACIAL Y TEMPORAL²:**

En cuanto al lugar y la temporalidad de la investigación:

- Participación semi-participante la realicé mis prácticas en Médicos del Mundo desde octubre del 2015 hasta enero de 2016 y continúo como voluntaria en la actualidad.
- Grupo de discusión: El grupo de discusión con las mujeres africanas se llevó a cabo en la sede de Zaragoza de Médicos del Mundo Aragón la mañana del 29 de abril de 2016 y duró una hora y media aproximadamente.
- Entrevista: La entrevista con la mediadora intercultural se realizó la tarde del 30 de mayo del 2016 en la misma sede y duró 45 minutos.

- **TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS:**

Para analizar los datos extraídos tras realizar, grabar y transcribir (semiliteralmente) el grupo de discusión y la entrevista primero los fracturo y los reorganizo en categorías que faciliten su comprensión y su análisis.

Después, para trabajar sobre la información organizada en las categorías y detectar las relaciones que se establecen entre los diferentes momentos de los textos, utilice la técnica de análisis del contenido como estudio de las ideas expresadas por las integrantes de la investigación, con la finalidad de poder entenderlas, presentarlas e interpretarlas en las conclusiones del trabajo.

² En el apartado 4 de este trabajo desarrollo más concretamente este punto.

3. FUNDAMENTACIÓN

3.1. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Como punto de partida para contextualizar la investigación, establezco un marco teórico para afrontar el objeto de estudio, basado en la detección, consulta y revisión bibliográfica.

EL TÉRMINO “MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA”

El término “mutilaciones genitales femeninas”, utilizado por el Comité Interafricano sobre prácticas tradicionales que afectan a la salud de mujeres y niñas, así como distintos organismos y organizaciones internacionales como la OMS o UNICEF, aporta un desvalor, un juicio de valor negativo ante la práctica por atentar contra los derechos de las niñas y las mujeres como la integridad física o la libertad sexual. (Mestre i Mestre en Rodríguez y Bodegón, 2011).

Aunque el de MGF es el concepto más extendido, existen diversos términos que hacen referencia al mismo hecho y, algunas opiniones recomiendan utilizar otras expresiones para reducir posibles interpretaciones o implicaciones peyorativas y penosas para las mujeres que lo han sufrido y que las coloca en una situación de minusvalía. Es por ello que recomiendan el uso de otros vocablos como corte, ablación, escisión o circuncisión.³ A lo largo del trabajo los términos utilizaré ambos términos, MGF y corte.

¿DÓNDE Y CÓMO SE REALIZA LA MGF?

Según Amnistía Internacional (1998), el tipo de mutilación, la edad y la manera en que se realiza varía dependiendo de diversos factores como el país en el que habite niña o la mujer, el grupo étnico al que pertenece, el área rural o urbana en la que viva, o el origen socioeconómico.

³ Información extraída de *Ablación o Mutilación genital femenina. Guía práctica*. Paz y Desarrollo. Disponible en http://pazydesarrollo.org/pdf/guia_mgf_web.pdf. Fecha de consulta 17/03/16

¿DÓNDE?

La MGF se practica en 30 países de África Subsahariana y alguno de Oriente Medio y Asia. “Según datos de UNICEF se estima que más de 125 millones de niñas y mujeres vivas hoy en día, han sufrido algún tipo de mutilación en estas zonas, y que otros 30 millones de niñas corren el riesgo de ser víctimas de esta práctica en la próxima década”. (Protocolo para la Prevención y Actuación ante la Mutilación Genital Femenina de Aragón. 2016, p. 5) Según el cálculo de Oliver (2011), estamos hablando de un promedio de 8.219 niñas al día. El informe *Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern Concern*⁴ de UNICEF, observa que la mitad de las niñas y las mujeres que han sufrido esta práctica viven en tres países –Egipto, Etiopía e Indonesia.⁵

Protocolo para la Prevención y Actuación ante la Mutilación Genital Femenina de Aragón (2016) explica cómo,

con la globalización y los movimientos migratorios, hoy lo local es global y la MGF está en diáspora. Los movimientos migratorios transnacionales y el aumento de la población refugiada, intensificados a partir de los 70 a causa de las diversas crisis que afrontaban los países africanos, ha implicado que la MGF sea una realidad presente en los países europeos, Canadá, EEUU, Australia y Nueva Zelanda. (p. 9)

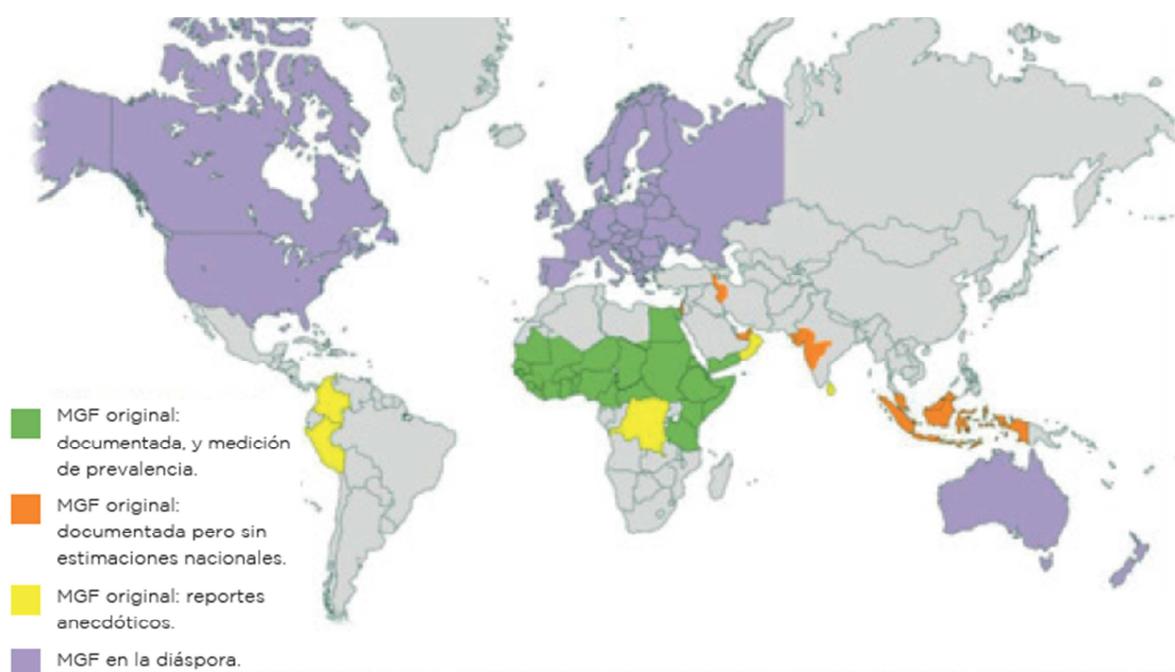
En este sentido, España es un país de acogida de familias procedentes de países donde la práctica de la MGF es algo habitual. “Según el Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España, entre los 6 millones de personas extranjeras que residen en España, se encuentran más de 55.000 mujeres y niñas que provienen de países de África subsahariana, donde persiste esta práctica ancestral” Protocolo para la Prevención y Actuación ante la Mutilación Genital Femenina de Aragón. 2016, p.5)

Es importante tener en cuenta que no todos los grupos étnicos habitantes de un país practican la MGF. Algunas de las etnias que no la practican son Wolof Kanuri, Beduinos, Aranda, Tikopia, Azande, Serer o Ndiago. Quienes si la practican son los Dogón, Masai, Aranda, Somalí, Hausa, Bemba, Amhara Sarahule, Djola, Mandinga, Fulbé, Soninke, Bámbara, Edos, Awusa o Fante. (Ortega Sánchez, 2013). Sin embargo, no todas lo hacen de la misma forma.

⁴ Informe disponible en http://www.unicef.org/spanish/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf. Fecha de consulta 25/04/2016

⁵ Información extraída del comunicado de prensa Unicef del 5 de febrero de 2016 (Nueva York). Disponible en http://www.unicef.org/spanish/media/media_90033.html. Fecha de consulta 25/04/2016

En el mapa siguiente, se ilustra la geografía de la MGF y la prevalencia por países:



Fuente: Elaborado por el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE-PTP) de la Universidad Autónoma de Barcelona (UAB).⁶

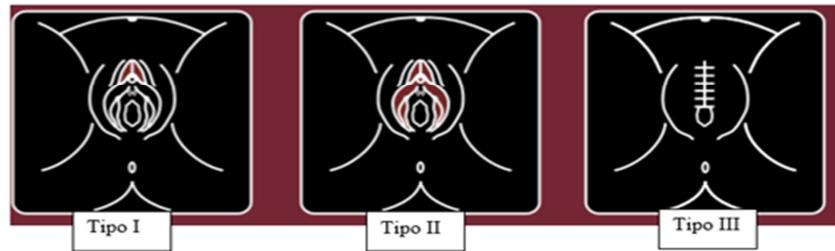
¿CÓMO?

En las familias más ricas, en ocasiones las mutilaciones son realizadas por médicos cualificados en hospitales, utilizando anestesia local y general, pero, como dice García Bueno (2014), “la mayor parte de los casos, son realizadas por circuncisoras tradicionales que suelen tener otras funciones importantes en sus comunidades, como comadronas, curanderos, una persona anciana del grupo, barberos, herreros...” (p. 40). En estos casos, se suelen realizar en el domicilio de la niña o de la practicante, o en alguna zona apartada como un bosque o río, cabañas, en patios traseros en zonas rurales, normalmente en condiciones sanitarias muy precarias en camastros o en el suelo, utilizándose para ello tijeras, alfileres, cristales, cuchillos, piedras afiladas, hojas de afeitar, machetes o tapas de latas, muy frecuentemente sin esterilizar y utilizados en varias niñas sin desinfectar de una a otra. Se realiza individualmente aunque cada vez más en las zonas urbanas, con sus hermanas, vecinas, o niñas del mismo rango de edad de la comunidad. (García Bueno, 2014)

⁶ Mapa extraído del *Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón*. (2016) Gobierno de Aragón.

En cuanto a las formas de realizar el corte, la que más se maneja es la establecida por la OMS, una clasificación que atiende exclusivamente a su descripción quirúrgica sin tener en cuenta las tipologías rituales, y que expongo a continuación:

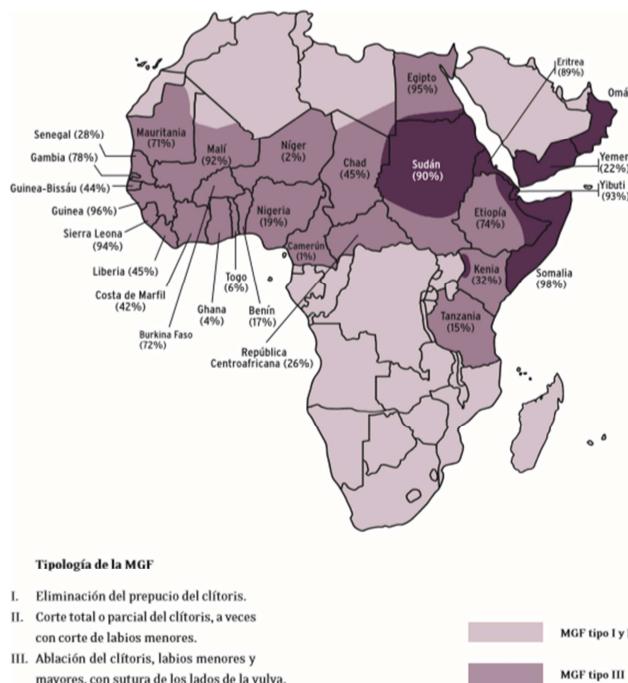
- Tipo I: Clitoridectomía. También se le llama circuncisión *sunnah*. Es la resección parcial o total del clítoris sin afectar a la apertura vaginal, y en algunos casos solo del pliegue de piel que lo rodea. En el mundo islámico se conoce bajo este concepto “debido a que es realizado comúnmente por aquellos musulmanes que creen que está ligada esta práctica con el Islam, de lo que después hablaré. Es equivalente a lo que con frecuencia se denomina circuncisión, y que en algunas partes de África equiparan a la circuncisión masculina. (García Bueno, 2014).
- Tipo II: Escisión. Resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión o cortes de los labios mayores.
- Tipo III: Infibulación, también conocida como *circuncisión faraónica* cuando va acompañada de ciertos rituales, o *circuncisión sudanesa*. Es la más grave. Se trata de la extirpación del clítoris (aunque hay casos en los que no se realiza) y del estrechamiento de la abertura vaginal mediante el corte y la recolocación de los labios menores y mayores, suturando ambos lados de la vulva, con la finalidad de dejar un pequeño orificio que permita la salida del flujo menstrual y de la orina. Para ello se usa espinas, hilos de pescar, fibras vegetales o alambres para coser ambos lados. Posteriormente se necesita un doloroso procedimiento para reabrir la vagina el día de la boda para permitir el coito (desinfibulación), que en ciertas comunidades lleva a cabo el propio marido con un cuchillo y que también requiere otros cortes posteriores para posibilitar los partos, tras los cuales la comadrona vuelve a suturar (refibulación). (García Bueno, 2014).
- Tipo IV: Otros. Son todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, como el anillamiento del clítoris y/o labios vaginales, la cauterización mediante quemado del clítoris, los “cortes *anguruya*” o raspado del tejido que rodea el orificio vaginal para sellarlo después, los “cortes *gishiri*” o cortes en el interior de la vagina para que se vea más grande, eliminación del himen, introducción de productos como detergentes, hieras o cocaína en la vagina para una mayor rigidez y sequedad para el *dry sex* (*sexo seco*) para una mayor fricción del pene, etc. (García Bueno, 2014).



Fuente: Medicus Mundi Andalucía (2008)

Para poder imaginarnos la magnitud de esta prácticas en cada una de sus tipologías, Amnistía Internacional (1998) afirma que aproximadamente el 15 por ciento de todas las mutilaciones genitales femeninas que se practican en África son infibulaciones (se calcula que 26 millones de niñas han sido sometidas a esta práctica), y la gran mayoría, el 85 por ciento son clitoridectomías o escisiones.

En este mapa podemos observar el porcentaje de prevalencia de la MGF por países, y sus tipologías:



Fuente: Kaplan A. y López A. (2013)

Las edades también varían dependiendo de la etnia y del país. Las niñas de 14 años y menos representan a 44 millones de todas aquellas personas que han sufrido la MGF. La mayor incidencia de esta práctica entre las niñas de esta edad se produce en Gambia, con un 56%, en Mauritania con un 54% y en Indonesia, donde alrededor de la mitad de las niñas de 11 años y menos han sido sometidas a la práctica. Los países con mayor prevalencia entre niñas y mujeres de 15 a 49 años son Somalia, con un 98%, Guinea, con un 97% y Djibouti, con un 93%⁷.

EL ORIGEN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Breve recorrido histórico

La MGF no es un fenómeno actual. “Se trata de una práctica ancestral a la que se atribuye una antigüedad de miles de años” (Ortega Sánchez, 2013, p. 50), aunque realmente su origen concreto es desconocido. Parece que esta práctica se ha ejercido en diversos pueblos y sociedades de todos los continentes, en todas las épocas históricas. (García Bueno, 2014)

La MGF ya se practicaba en la época de los faraones egipcios, de ahí el nombre de *circuncisión faraónica*. Se han encontrado momias del Antiguo Egipto datadas del siglo XVI a.C. que presentan evidencias de escisión y en la época de los romanos se utilizaba para evitar las relaciones sexuales entre los esclavos con propósito contraceptivo. De hecho, como curiosidad, el nombre *infibulación* procede de “fibula”, un término utilizado por los romanos al broche con el que se cerraba la toga, con el que también se cerraban los labios de la vagina de las esclavas para evitar las relaciones sexuales y embarazos no deseados. (García Bueno, 2014). Estos son solo algunos ejemplos, pero han sido otros muchos contextos históricos y sociales en los que las mutilaciones genitales femeninas han constituido una práctica habitual.

También las sociedades occidentales juegan su papel en la realización de estas prácticas, mostrando el carácter ideológico de una “ciencia” médica que diagnosticaba diferentes formas de mutilación sexual para el tratamiento de un conjunto variado de síntomas o enfermedades. En Europa y en Estados Unidos, la escisión del clítoris fue utilizada por algunos médicos, durante los siglos XVIII y XIX e incluso a comienzos del XX como tratamiento para ciertas enfermedades de origen nervioso como la histeria, la epilepsia, la catalepsia y la migraña, para tratar la cleptomanía, o para evitar la

⁷ Información extraída del comunicado de prensa Unicef, del 5 de febrero de 2016 (Nueva York). Disponible en http://www.unicef.org/spanish/media/media_90033.html. Fecha de consulta 25/04/2016

masturbación, la inclinación lesbiana y la hipersexualidad (García Bueno, 2014, p.31) Estas mutilaciones más occidentales, pretendían “evitar la conducta impropia de la dama”, entendiéndose que conducta impropia era simplemente no conformarse con su papel asexual (Ortega Sánchez, 2013, p. 53)

CONSECUENCIAS DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Consecuencias físicas⁸:

Las consecuencias de la MGF en la salud de las mujeres dependen de varios factores empezando por el tipo de corte que tengan realizado. Pese a que todos ellos son lesivos, el II y el III son los más agresivos y por tanto los que peores consecuencias tienen. Es cierto que dependiendo del nivel de salubridad de las condiciones en que se realiza el corte, serán más o menos graves sus efectos. Pero, aunque a veces la MGF pueda ser realizada por personal sanitario y empleando anestesias y utensilios esterilizados que puedan evitar parte de las complicaciones, nunca evitarán las consecuencias a corto, medio y largo plazo.

Las consecuencias físicas inmediatas y a corto plazo son infecciones diversas, transmisión de VIH, hemorragias, retención de orina causantes de lesiones en la vejiga, heridas y lesiones en órganos vecinos, dolor intenso o incluso muerte por shock o desangrado. Entre las consecuencias físicas a medio y largo plazo encontramos alteraciones ginecológicas y urinarias como ciclos menstruales recurrentes, retención de fluidos como consecuencia de haber cerrado gran parte del orificio vaginal, incontinencia urinaria, piedras en la vejiga, esterilidad, fistulas, quistes y queloides, infecciones, anemia crónica, VIH y sida, hepatitis, etc.

Como he explicado en el apartado de los tipos de MGF, en los partos de las mujeres con el tipo III es necesario reabrir la herida y volverla a cerrar después. Las constantes incisiones y suturas en los genitales de una mujer con cada alumbramiento puede provocar la formación de un fuerte tejido cicatrizal y diversas lesiones en la zona de los genitales. Además, en muchos partos se producen grandes complicaciones como retenciones en el canal del parto mayor tiempo del debido, falta de oxígeno del bebe, sufrimiento fetal, o incluso la muerte de la mujer y del niño.

Como media un 30% de mujeres sufren más de cesáreas en comparación con quienes no han sido sometidas a MGF, y, aumenta un 70% los casos de hemorragia posparto entre las mujeres con tipo

⁸ Casi toda la información de este apartado ha sido extraída de *La MGF en España. Prevención e intervención*. UNAF (2011)

III realizado en comparación con los otros tres tipos. (García Bueno, 2014, p. 37), y la tasa de mortalidad entre los bebés durante e inmediatamente después del parto es mucho mayor entre los nacidos de madres con la MGF realizada: un 15% superior en los tipos I, 32% en el tipo II y 55% en el tipo III.

Consecuencias psicológicas⁹:

Algunas de las consecuencias psicológicas que la MGF tiene sobre las mujeres son ansiedad, terror, depresión, estrés postraumático, desórdenes mentales similares a los que padecen las niñas que han sido abusadas sexualmente, síndrome “*genitally focused anxiety depression*” caracterizado por una constante preocupación sobre el estado de los genitales y el pánico a la infertilidad, estado de colapso inducido por el dolor, trauma psicológico y agotamiento, entre otras.

A todas estas se unen las consecuencias de índole psicológico-sexual, sobre todo en las mujeres con los cortes más graves realizados, quienes al ser infibuladas y desinfibuladas en el momento del matrimonio para permitir la penetración, experimentan dolor y en ocasiones, traumas psicológicos graves.

Consecuencias sexuales¹⁰:

Apenas existen estudios que hayan tratado de diferenciar entre las causas físicas y las psicológicas de las posibles disfunciones sexuales, las cuales pueden aparecer debido a la extirpación del clítoris y los labios menores, así como por dificultades en la penetración o en la estimulación y por la presencia de dolor en las relaciones. En los estudios realizados, la excitación de las mujeres es diferente según el tipo de intervención que han sufrido.

Los daños físicos y psicológicos, junto con el dolor, pueden dificultar que se disfrute de una vida sexual plena (falta de deseo sexual, coitos dolorosos, ausencia de excitación, vaginismo, mayor dificultad para conseguir al orgasmo, menor frecuencia de orgasmos y menor placer sexual que las mujeres que no han sufrido una MGF, fobia sexual, etc.). Además, las mujeres mutiladas que viven en sociedades donde esta práctica no es habitual, pueden llegar a tener problemas en el desarrollo de su identidad sexual.

⁹ Casi toda la información de este apartado ha sido extraída de *Manual de prevención de la mutilación genital femenina. Buenas prácticas* García Bueno, M.P. (2014)

¹⁰ Casi toda la información de este apartado ha sido extraída de *Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales*. Kaplan, A., Moreno, J., Pérez Jarauta, M. J. (2010)

CONTEXTO NORMATIVO DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA¹¹

Para tratar el tema que nos ocupa, es esencial comprender la situación jurídica actual, por ello es necesario analizar el marco normativo que concierne a la problemática de la MGF.

“Ha costado muchos esfuerzos hacer oír las voces que, defendiendo a las mujeres, se han elevado en contra la MGF y otras prácticas que lesionan los derechos humanos a la salud, a la vida, a la dignidad y a la integridad de las personas” (Medicus Mundi Andalucía, 2008, p. 48)

Desde la aprobación en 1948 de la **Declaración Universal de los Derechos Humanos de las Naciones Unidas**, que prohíbe todas las formas de discriminación basadas en el sexo, y se asegura el derecho a la vida, la libertad y la seguridad de las personas, así como el derecho a la protección ante cualquier violación de la Declaración, se han creado comisiones, recomendaciones, realizado estudios y conferencias, y se ha conseguido arrancar a los gobiernos más reticentes el compromiso de legislar y prevenir la MGF en las mujeres y niñas de sus respectivos países, dejando de considerar esta práctica como una tradición que concernía solo a la esfera privada de la mujer y de la familia y comenzándose a entender como una violación de los Derechos Humanos y una forma de violencia contra las mujeres que hay que erradicar.

Según el Protocolo Común para la Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (2015),

Los progresos realizados a nivel tanto internacional como local por el constan de:

- una participación internacional más amplia en la eliminación de la MGF;
- la creación de organismos internacionales de seguimiento y la adopción de resoluciones que condenan la práctica;
- la revisión de los marcos legislativos y un apoyo político creciente a su eliminación (destaca la aprobación de leyes contra la MGF en 22 países africanos y en varios estados de otros dos países, así como en 12 países industrializados con inmigrantes procedentes de países donde se practica la MGF) (p.48)

En este apartado hago un pequeño recorrido en lo que concierne a la MGF a nivel internacional, europeo, nacional y autonómico, con la finalidad de entender el punto en el que nos encontramos a en cuanto a la normativa y la legislación:

¹¹ La información de este apartado ha sido mayormente extraída del Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (2015).

- NORMATIVA INTERNACIONAL:

Los textos normativos internacionales que se han pronunciado en contra de la realización de la MGF son los siguientes:

Desde la Asamblea General de la ONU se ratificó en 1990, la Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño, el primer documento vinculante que trata las prácticas tradicionales perniciosas como una violación de los derechos humanos y obliga a los gobiernos a adoptar “todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños”, en referencia explícita a los efectos de la MGF. Fue en la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, adoptada por la Asamblea en 1993 en Viena, donde se aceptó internacionalmente la existencia de un fenómeno universal de violencia de género que afecta únicamente a las mujeres, y esta violencia la reconoce tanto en el ámbito público como en el privado, concepto importante para tratar el problema que nos ocupa. En 2012, aprobó por unanimidad una Resolución que condena la práctica de la MGF y solicita a los Estados Miembros que la prohíban y la castiguen, acordando el 6 de febrero como Día internacional de la Tolerancia Cero contra la MGF.

Desde hace tiempo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) aborda la MGF desde la perspectiva del derecho que las mujeres y las niñas a disfrutar del más alto grado posible de salud. En 1997 la OMS anunció una declaración conjunta con UNICEF y UNFPA (Fondo de Población de las Naciones Unidas) contra la práctica, siendo esta categorizada como una vulneración de los Derechos Humanos. Desde esta fecha parece que se han hecho grandes esfuerzos para luchar contra la MGF a través de la investigación, del trabajo con las comunidades y del cambio de las políticas públicas. En febrero de 2008 se hizo pública una nueva declaración con el apoyo de más organismos de las Naciones Unidas¹² en la que se abogaba por un aumento de las actividades de promoción del abandono de la MGF.

El Convenio de Consejo de Europa sobre Prevención y Lucha contra la Violencia contra la mujer y la Violencia Doméstica de 2011 supuso el primer instrumento de carácter vinculante en la región europea en materia de violencia contra la mujer y la violencia doméstica y contempla como delito todas las formas de violencia contra la mujer, entre las que se encuentra la MGF.

¹² Los organismos que apoyaron la nueva Declaración de las Naciones Unidas de 2008 fueron OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM y WHO.

○ NORMATIVA AFRICANA

A partir de la publicación de la Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos en 1981 se da un importante impulso en el continente africano al avance de los derechos de sus ciudadanos y ciudadanas.

El “Protocolo Maputo” sobre los Derechos de las Mujeres, de 2003, es igualmente importante ya que hace referencia a la necesidad de promover la dignidad, la igualdad y los derechos de la mujer, así como promulgar leyes que prohíban la MGF y su posible “medicalización”, es decir, su práctica en centros hospitalarios y con la intervención de personal médico y sanitario.

En cuanto a las legislaciones nacionales de África, muchos países ya han legislado contra esta práctica aunque existen otros que ni siquiera disponen de normativas al respecto. Sin embargo, que exista una legislación no significa que la práctica realmente desaparezca.

Países africanos con legislación contra la MGF

1. Benín (2003)	11. Etiopía (en la Constitución 1994)	21. Nigeria
2. Burkina Faso (1996)	12. Gambia	22. Senegal (1999)
3. Camerún	13. Ghana (1994)	23. Sierra Leona
4. República Centroafricana	14. Guinea (1965 and 2000)	24. Somalia
5. Chad	15. Guinea Bissau	25. Sudán (1946)
6. Congo	16. Kenia (2001)	26. Tanzania (1998)
7. Costa de Marfil (1998)	17. Malí	27. Togo (1998)
8. Jibouti (1995)	18. Mauritania (2001)	29. Uganda
9. Egipto – (1996)	19. Liberia	
10. Eritrea (2007)	20. Níger (2003)	

Los países en negrita poseen legislación específica contra la MGF (el año de aprobación de la ley va entre paréntesis). En el resto de países existe legislación que, aunque no es específica contra la MGF, puede aplicarse a la misma.

Comité Interafricano. Actualizado el 8 de Agosto de 2008

Fuente: Medicus Mundi Andalucía (2008)

○ NORMATIVA EUROPEA

La Unión Europea también promueve la eliminación de esta práctica mediante instrumentos normativos, financieros y humanitarios.

El Parlamento Europeo adoptó varias resoluciones sobre la MGF y en 2012 propuso que su erradicación era un objetivo a alcanzar.

El Consejo de la Unión Europea en 2014 instó a los Estados Miembros (EM) y a la Comisión Europea a promulgar unas bases legales claras para eliminar todas las formas de violencia contra la mujer, incluida la MGF. En base a esta premisa, todos los EM han desarrollado acciones para eliminar la práctica, favoreciendo la coordinación de todos los sistemas de protección social implicados (justicia, policial, de la salud, servicios sociales, protección infantil, educación,

inmigración y asilo y acción exterior), la recopilación de datos, la promoción de actividades formativas y la protección internacional de las mujeres y niñas en riesgo.

La Comisión Europea se compromete por su parte con medidas específicas a trabajar en la erradicación de la MGF, como un mejor conocimiento de la MGF en la UE, una prevención efectiva y medidas de apoyo y protección de las víctimas dentro y fuera de la UE, incluyendo las normas de cambio social y el “empoderamiento” de la mujer, apoyar la aplicación de las leyes que prohíben la MGF, etc.

De los países de la UE, sólo nueve de ellos, incluida España, poseen una legislación específica en cuanto a la MGF (Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Irlanda, Italia, Suecia y Reino Unido y España)

- NORMATIVA NACIONAL:

La normativa internacional ha tenido una clara incidencia en las legislaciones nacionales. Según el Manual para Profesionales de GIPE/PTP de la UAB (2010) la legislación tendría tres propósitos claros:

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

En España la MGF, en cualquiera de sus formas, es un delito de lesiones, y queda referida en algunas de sus leyes:

- **Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil.**

En esta ley se puede atender a las situaciones de riesgo o desamparo, así como el deber de los ciudadanos y de los profesionales de intervenir ante situaciones problemáticas.

- **El artículo 149.2 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (modificada por la Ley Orgánica 11/2003).**

Dispone que “El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a doce años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela,

curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a 10 años, el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz”.

- **Ley Orgánica 3/2005 de 8 de julio, que modifica la ley 6/1985 de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina:**

Haciendo referencia a esta ley, Medicus Mundi Andalucía (2008) deja claro que

los Estados miembros de la Unión Europea, cuyas Constituciones reconocen el derecho a la integridad personal, tanto física como mental, como un derecho fundamental, se han visto enfrentados a un fenómeno de exportación de la práctica de mutilaciones genitales femeninas debido a la inmigración de personas procedentes de países donde estas prácticas constituyen una costumbre tradicional aún en vigor. El hecho de que las mutilaciones sexuales sean una práctica tradicional en algunos países de los que son originarios los inmigrantes en los países de la Unión Europea no puede considerarse una justificación para no prevenir, perseguir y castigar semejante vulneración de los derechos humanos. En esta línea se inscribe la presente Ley Orgánica al posibilitar la persecución extraterritorial (dentro y fuera de España) de la práctica de la mutilación genital femenina cuando la comisión del delito se realiza en el extranjero, como sucede en la mayor parte de los casos, aprovechando viajes o estancias en los países de origen de quienes se encuentran en nuestro país. (p.73)

Antes de esta reforma, el Código Penal, aunque tipificara la MGF como un delito de lesiones, solo enmarcaba los delitos producidos dentro del territorio español, por lo que los actos que se llevaban a cabo en los países de origen quedaban impunes. El objetivo pues de esta modificación es perseguir fuera de España a quienes deciden realizar a sus hijas menores de edad la práctica de la MGF, pudiendo condenar e inhabilitar para el ejercicio de la patria potestad.

Por otra parte, existen normativas que contemplan la MGF como una forma de violencia contra la mujer a erradicar, como la **Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia Contra la Mujer (2013-2014)** y el **Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la MGF**, aprobado por el Sistema Nacional de Salud 2015. El Pleno del Observatorio de la Infancia, órgano dependiente de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, también aprobó en 2014 el **Protocolo Básico de Intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar** que incluye los supuestos de menores de edad víctimas de violencia de género, y por tanto, otras formas de violencia contra las niñas tales como la mutilación genital femenina.

- NORMATIVA AUTONÓMICA:

En el ámbito autonómico español son diversas las Comunidades Autónomas que han incluido la MGF, o bien, en sus normas relativas a la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y contra la violencia sobre la mujer, o bien, en su legislación en materia de infancia.

La Ley de la Comunidad Autónoma de Aragón **4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón**, se refiere en el artículo 2 sobre formas de violencia ejercida contra las mujeres, a la MGF.

Por otra parte existe el **Plan Estratégico para la Prevención y Erradicación de la Violencia contra la Mujer en Aragón (2014-2017)**, aprobado por el Consejo de Gobierno, que incluye también a la MGF.

Han sido tres las Comunidades Autónomas que han elaborado Protocolos de actuación ante la MGF: Cataluña (2007), Navarra (2013) y Aragón (2011). En todos ellos, se establecen acciones específicas en materia sanitaria junto con acciones educativas y de servicios sociales (coordinación intersectorial) y contemplan tanto acciones en mujeres adultas con MGF practicada, como a niñas en riesgo, orientando las acciones pre-viaje y post-viaje. Concretamente Aragón, se incorporó en la Historia Clínica de Atención Primaria (OMI), hospitales y urgencias, el protocolo de actuación a seguir ante la MGF, diferenciando cuando se trata de un caso de MGF en mujer adulta de aquellos otros relacionados con niñas en riesgo o ya mutiladas. Asimismo, en su parte sanitaria, incluye la mediación e intervención específica con la mujer con MGF durante su estancia hospitalaria por parto, para abordar posibles consecuencias de la mutilación que tenga practicada.

Concretamente, en Aragón, en febrero se elaboró el nuevo **Protocolo para la Prevención y Actuación ante la Mutilación Genital Femenina (2016)** que considera las “diferentes actuaciones a realizar teniendo en cuenta la perspectiva integral en la intervención preventiva y terapéutica que requieren estas situaciones, así como la edad de la persona en de riesgo de sufrir una MGF o que ya la tenga practicada” (p. 14)

A diferencia del protocolo de 2011, se adapta al Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina del Sistema Nacional de Salud (2015) estableciendo cuatro momentos de intervención (confirmación de MGF practicada en mujer adulta, existencia de factores de riesgo en mujeres jóvenes mayores de 18 años que siguen dependiendo socioeconómicamente de su familia, existencia de factores de riesgo o situación de riesgo inminente en niña y confirmación de

MGF practicada en niña), dentro de los cuales se establece también las actuaciones de los tres sistemas de protección¹³: sanitario, servicios sociales y educativo.

3.2. MARCO DE ANÁLISIS TEÓRICO.

LA INTERPRETACIÓN DE LA PRÁCTICA DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

EL POR QUÉ DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Ortega Sánchez (2013) establece dos perspectivas para analizar las explicaciones antropológicas de la práctica de la MGF, *emic* o punto de vista de la sociedad que realiza la práctica, y *etic* o punto de vista del observador, en este caso de la comunidad científica antropológica occidental.

En este apartado hago una pequeña reflexión analítica general *emic* y *etic*, de las cuatro categorías que Bénédicte (2008) establece para agrupar las explicaciones o interpretaciones que impulsan esta práctica: psico- sexuales y reproductivas, higiene y estética, religiosas y socioculturales, añadiendo también ciertas razones económicas.

Es necesario concretar que no todas las comunidades practicantes apoyan por completo todas las creencias *emic* que expongo a continuación, ya que existen matices y niveles diferentes en cada sociedad.

○ INTERPRETACIONES SOCIOCULTURALES Y ANTROPOLÓGICAS:

La MGF “parece constituir un componente importante de la identidad cultural de las niñas, así como de su identidad sexual”. (Bénédicte, 2008, p. 8).

La MGF constituye un **rito de iniciación o de paso** para muchas de las culturas que lo practican, muchas veces asociado con la entrada en la edad adulta de las niñas. Al entrar en la vida adulta se heredan un conjunto de derechos y privilegios, así como una serie de deberes y obligaciones hacia la comunidad.

¹³ Las actuaciones de los tres sistemas de protección en cada momento de la intervención que establece el Protocolo, quedan recogidas en Anexos.

Sin embargo, Amnistía Internacional (1998) defiende que la MGF está cada vez menos asociada con la iniciación a la edad adulta, ya que generalmente se realiza entre los cuatro y los ocho años, habiendo también niñas que son cortadas antes de estas edades. Kaplan (2003) también niega que los ritos de iniciación sean ritos de pubertad física, y nos habla de **pubertad social**, justificándose a su vez en las edades en las que se realiza la práctica, que varían en función del sexo, de las etnias, de la localización territorial de éstas y de la densidad demográfica de los grupos. Sea como sea, independientemente de que estemos hablando de una pubertad social y no fisiológica, este ritual es imprescindible para el acceso futuro de los niños y las niñas al mundo de los adultos.

Para entender el entramado de estos rituales como ritos de iniciación, es fundamental enmarcar su significación en su amplio contexto africano, a través de la descripción etnográfica de sus contenidos, para ir centrándonos en la especificidad que concierne a las mujeres. Kaplan (2003) describe las fases del rito de iniciación de la siguiente forma¹⁴:

Se establecen tres fases de los ritos de iniciación, tanto masculina como femenina: separación, marginación y agregación. Según Kaplan, la significación de estos ritos de iniciación es compleja y cada una de las fases está pautada culturalmente por unos elementos, unos personajes y unos contenidos rituales específicos.

En la primera fase, las niñas son **separadas de la comunidad y mutiladas**. La ruptura con la etapa anterior, la infancia, está marcada por el corte, la sangre y el dolor.

La segunda fase, de marginación, tiene una duración que depende del tiempo de cicatrización de la herida y del proceso de aprendizaje de los iniciados. Es un período de alto riesgo, rodeado de tabúes y normas estrictas, prescripciones y prohibiciones especiales referidas a los cuidados, la higiene, el alimento, la ropa y el movimiento en general. Es en esta fase donde se lleva a cabo **el aprendizaje** por parte de las iniciadas, donde les son transmitidas las enseñanzas que aglutinan la riqueza cultural y social de su pueblo. Deben pasar pruebas y enseñanzas morales y sociales, y se les transmiten, con firmeza y severidad, las normas de comportamiento respecto a los padres, los mayores, los ancianos, y las formas de relación entre los géneros. Aprenden como serenar al prójimo y cuáles serán, a partir del momento en que sean incorporados socialmente como individuos adultos, sus derechos y obligaciones dentro de la sociedad. También se les enseña cuáles deben ser sus relaciones con los demás grupos étnicos, basadas en leyendas que dan cuenta de sus interrelaciones históricas y en el establecimiento de lazos de solidaridad.

Ya en la tercera fase de agregación, se celebra una gran fiesta de "graduación" en la que muchas veces las niñas reciben regalos, y donde se presenta públicamente a las iniciadas como **nuevas miembros**

¹⁴ Toda la información de este apartado ha sido extraída de *Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas* (Kaplan, 2003), en Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos No 4 FPFE, Madrid pp.23-30. Disponible en www.mgf.uab.es. Fecha de consulta 07/04/16

del grupo, con sus nuevos roles y categorías sociales, de forma que son públicamente reconocidas, legitimadas y aceptadas por la comunidad como nuevas integrantes de la “sociedad secreta de las mujeres”, creándose lazos de solidaridad importantes tanto generacionales como hacia el grupo de pertenencia. El corte por lo tanto es una "marca" que llevan de por vida, y simboliza que su unión al grupo también será de por vida.

No solo efectos físicos, sino también efectos sociales muy importantes son causados por la práctica de la MGF. La modificación corporal que produce constituye una marca que vincula a las niñas con la sociedad a la que pertenecen, como un pacto de **pertenencia, de integración en una comunidad y de cohesión social**. La eficacia de este ritual es la construcción de una categoría social: la de mujeres puras y aptas para el **matrimonio y la maternidad**, confiriéndoles honorabilidad a las niñas y a las familias ya que a partir del matrimonio adquieren un rol social y los recursos necesarios para subsistir. “La consecuencia directa es la creación de otra categoría socialmente desprestigiada y rechazada: la de mujer no circuncidada, no purificada -*bilakoro* en Malí o *solima* en Gambia y Senegal-“ (Ortega Sánchez, 2013, p. 55), no iniciada y por lo tanto no instruida no válida para el matrimonio ni para la comunidad.

Por todo esto, a oposición de la mujer a ser mutilada o de una madre a mutilar a su hija, esa transgresión de la norma, supone la exclusión, la evitación, el **aislamiento social y por lo tanto la soledad**, en una sociedad en la que el valor de una mujer depende en gran medida de si está o no casada y del número de hijos e hijas que tiene. Además, el rechazo y el desprestigio no solo son sufridos por parte de la niña o de la mujer no mutilada, sino que se hace extensible también al resto de la familia, por no haber “cumplido” con su responsabilidad. (UNAF, 2011)

- EXPLICACIONES PSICO-SEXUALES Y REPRODUCTIVAS:

Según las sociedades que practican la MGF, el corte mitiga el deseo sexual de la mujer y conserva la **virginidad** de las niñas haciéndolas más virtuosas y moralmente mejores. “En muchas comunidades, por ejemplo en Egipto, Sudán o Somalia, el honor de la familia depende de la virginidad de la niña, de ahí la importancia de su restricción sexual antes del matrimonio (Rahman, Toubia, 2000: 4-5).” (Bénédicte, 2008, p.7)

Por otra parte, se cree que en los genitales de las mujeres y más concretamente en el clítoris reside un deseo sexual incontrolable, y que, de no ser éstos extirpados, las mujeres corren el riesgo de no poder resistirse a los actos sexuales ilícitos fuera del matrimonio. Si una mujer no es cortada, no hay

garantía de fidelidad hacia su marido, y a su vez y en consecuencia, una falta de garantía de paternidad del mismo, lo que puede ser peligroso para una sociedad poco individualista, donde el matrimonio, la familia y la herencia, de sobre todo padres varones a hijos, son primordiales para el desarrollo de la comunidad.

“En otras comunidades, por ejemplo en Uganda o en Kenya, donde se practica la poligamia, se pretende limitar las demandas sexuales de la mujer hacia su marido, para que éste pueda satisfacer a todas sus esposas (Rahman, Toubia, 2000: 4-5)” (Bénédicte, 2008, p.7) A su vez se considera que la MGF contribuye a **aumentar el placer sexual del hombre**, siendo esto necesario para la vida sexual del matrimonio, idea que sitúa la sexualidad de los hombres por encima de la de las mujeres, estableciendo un papel pasivo para ellas en la vida sexual y meramente reproductivo en el matrimonio y en la comunidad.

“En algunas culturas las creencias van incluso más allá: tener relaciones sexuales con una mujer que no ha sido sometida a la MGF sería peligroso para el hombre, porque el clítoris podría provocar la muerte del mismo si tiene contacto con su pene (Adam, Muñoz, 2003: 30)” (Bénédicte, 2008, p.7). Del mismo modo, en algunas comunidades se piensa que el clítoris puede provocar la muerte del bebé si lo roza durante el alumbramiento, y por ello, las mujeres con la MGF practicada tienen partos más fáciles, **son más fértiles y tienen más hijos**. Dado que la fertilidad es un bien muy apreciado en estas culturas, resulta un motivo de gran peso para perpetuar esta práctica. En esta creencia predomina la idea de que los genitales de las mujeres son algo peligroso para la salud y la vida, endiablándose así la naturaleza del cuerpo de las mujeres.

- EXPLICACIONES DE HIGIENE Y ESTÉTICA:

Estéticamente, se parte de la idea de que los genitales femeninos son feos, demasiado voluminosos, y pueden crecer demasiado llegando a ser un pene, asociándose el clítoris con un falo atrofiado. Por lo tanto se dice que el corte evita que el clítoris crezca, facilitando así el acto sexual sin dañar al hombre, haciendo a su vez deseable a la mujer proporcionándole atractivo estético.

En cuanto a la higiene, se dice que el corte es beneficioso para las mujeres ya que éste se asemeja a algo endemoniado, y por ello hay que extirparlo para que a mujer sea limpia, pura, virgen y por tanto honorable. Es tan fuerte la asociación del corte con la idea de pureza, que las no cortadas caen en un estigma de mujer sucia y contaminada que no puede beber agua ni ingerir alimentos que haya manipulado, porque a través de su estado de impureza, ejerce una acción contaminante sobre todo aquello que toca. (Kaplan y Bedoya (2002)

- EXPLICACIONES RELIGIOSAS:

Siguiendo esta idea de pureza, la MGF es una práctica que aparece frecuentemente asociada con el Islam y algunos de los discursos de las comunidades musulmanas que la practican señalan que así lo quiere Alá. Como he dicho en el apartado de las tipologías, la MGF también recibe otros nombres, como circuncisión femenina o *sunnah*, lo que quiere decir “palabra del profeta”, que lo asemeja a una práctica musulmana. Sin embargo “ni todas las mujeres musulmanas están expuestas a esta práctica tradicional, ni todas las mujeres que la han sufrido son musulmanas”. (Ortega Sánchez, 2013, p.60), ya que también se practica entre algunos cristianos y judíos.

Ortega Sánchez (2013) dice que,

es evidente la correlación frecuente entre países donde el Islam es la religión predominante y los países que practican alguna de las formas de esta práctica, y por ello, la interacción de la MGF con el Islam ha llevado a afirmar que ambos sistemas de creencias, estén frecuentemente co-localizados. (p. 61).

Pero la MGF es una institución que no se encuentra expresamente prescrita por ninguna de las religiones practicadas por la comunidades en las que se práctica. En cuanto a la MGF y el Islam, según varios autores, se trata de una práctica pre-islámica y que el Corán no hace mención ni alusión en ningún versículo a ella. Sin embargo, según el Protocolo para la Prevención y Actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón (2016) el Corán sí recoge la frase del profeta: “*Cuidad de vuestras hijas y no les hagáis daño.*” Sin embargo y a su vez, también hay que decir que muchos musulmanes creen que la práctica es contraria al Islam y que los que defienden la MGF como una obligación religiosa lo hacen como consecuencia de la ignorancia y el fervor religioso. (Ortega Sánchez, 2013, p. 61).

La interpretación de la religión también suele equiparar la MGF con la circuncisión masculina, ya que bajo la idea de pureza, un hombre circuncidado también es un hombre limpio. Aunque las diferencias entre la MGF y la circuncisión masculina son significativas, puesto que la segunda no genera en ningún momento consecuencias para la vida sexual y reproductiva de los varones ni los determina a una serie de secuelas físicas y psicológicas, violando su derecho a vivir una vida plena, sana y alejada del sufrimiento. Por otro lado la circuncisión masculina no se acompaña de una

desigual valoración, en la que los varones no circundados son considerados como menos personas o menos hombres.¹⁵

Además de las razones o interpretaciones citadas por Bénédicte (2008), podemos añadir:

- EXPLICACIONES ECONÓMICAS:

La MGF es un servicio muy valorado y muy bien remunerado económicamente, por lo que es fácil inferir que el prestigio en la comunidad y los ingresos de estas personas puedan estar directamente ligados a la práctica efectiva de la intervención. “Por una parte, tanto en el rito de iniciación como en el de graduación se hacen fiestas y almuerzos a las cuales para poder asistir se deben dar regalos, dinero, etc.” (García Bueno, 2014, p. 36) a las niñas y a la familia. El hecho de “que una mujer no esté mutilada es motivo para devolverla a su familia de origen, reclamando en ese caso la dote que ha pagado por ella la familia del futuro esposo, quedando así más empobrecida la familia de la mujer.” (UNAF, 2011, p. 11). Por otra parte las mujeres que realizan las prácticas reciben un salario con el que sobreviven y/o bienes en especie como ropa u ornamentos. Son mujeres poderosas dentro de sus comunidades y gozan del respeto entre las mujeres y los hombres (Mestre i Mestre en Rodríguez y Bodegón, 2011).

Pero los intercambios económicos no solo quedan entre las familias y las cortadoras, sino que también llegan a los jefes de las comunidades, siempre hombres, creándose así una red de intereses económicos más amplia de lo que nos podemos imaginar. Por todo ello, cuando por lo visto una práctica cultural termina contribuyendo a la economía comunitaria y forma parte de ella, se institucionaliza haciéndose ésta mucho más fuerte, y la lucha por cambiarla se vuelve todavía más difícil.

¹⁵ Información extraída de *Ablación o MGF. Guía práctica. Paz y desarrollo* (p.10). Disponible en http://pazydesarrollo.org/pdf/guia_mgf_web.pdf. Fecha de consulta 06/05/16

4. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

En el apartado “muestra” en el punto 2.3. *Metodología de la investigación* de este trabajo, he explicado que las mujeres que han participado en la investigación forman parte del tejido de una organización que lucha por la prevención de la MGF, ya sea como receptoras de formación o como profesionales de la intervención. Por ello, para entender el contexto de la investigación es importante entender qué es Médicos del Mundo, y cuáles son los ambientes en los que se ha movido y se mueve la muestra.

Médicos del Mundo Aragón trabaja con personas inmigrantes en riesgo de exclusión social, que engloba situaciones de MGF (normalmente de África subsahariana), personas en situación irregular y sin cobertura sanitaria (europeos, latinoamericanos y africanos sobre todo), o prostitución no solo de colectivos inmigrantes, sino también con personas españolas. Se imparten también charlas, debates, sesiones, talleres, exposiciones, etc., y se elabora y divulga material informativo y la exposición. Se realizan acciones de información y coordinación con profesionales del ámbito de la salud, la educación, de la judicatura, así como de los servicios sociales, además de una gran labor de incidencia política trabajando con administraciones y grupos políticos, así como con otras entidades y organizaciones.

En concreto, frente a la MGF, una de las formas que Médicos del Mundo Aragón tiene para combatirla, es trabajar su prevención mediante cursos dirigidos a estas mujeres, y desde hace poco también a algún grupo de hombres. Dichos cursos se organizan y se llevan a cabo por un grupo de voluntarias y mediadoras interculturales (todas ellas africanas), bajo la coordinación de una trabajadora social. Consisten en una serie de sesiones formativas de debate/taller, en las que se primero se abordan temas de cuidados, salud, derechos sociales, género y finalmente se trabaja el tema de las prácticas perjudiciales para la salud y la MGF. Estas sesiones tienen como finalidad crear un ambiente favorable y un clima de confianza donde puedan sentirse cómodas y encuentren un espacio de escucha y empatía entre ellas, con el objetivo de mejorar las condiciones sanitarias y la integración social entre la población inmigrante procedente de los países donde se realiza la MGF, y prevenir y reducir esta práctica.

Para conocer y contactar con las mujeres que acuden a los cursos es esencial la tarea informativa de las mediadoras interculturales. Cuando dan a luz mujeres de países donde es habitual la práctica de la MGF, las mediadoras realizan visitas a los hospitales de 15-30 minutos en las que se tiene el

primer contacto con estas mujeres. El objetivo principal de estas visitas es invitarlas a los cursos, y para ello se da información sobre Médicos del Mundo, sobre la importancia de la salud de las niñas y más concretamente sobre la MGF y sus consecuencias físicas y legales en España. Para asegurar la comunicación y el *feedback*, y para facilitar un ambiente familiar en los cursos, las mediadoras también están presentes en las sesiones formativas y forman parte de ellas.

5. DATOS Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Para facilitar la comprensión y el análisis de los datos extraídos de las técnicas de recogida de datos, establezco **cuatro focos temáticos o categorías reorganizadas**: a) la percepción general de la MGF, b) la percepción de las consecuencias de la MGF, c) la percepción de las razones por las que se realiza la MGF, y d) la prevención de la MGF.

Los datos de los tres primeros focos se basan sobre todo en la información extraída a partir del grupo de discusión ya que su objetivo es primordialmente tratar el tema de la percepción en mujeres de países donde se practica la MGF, inmigrantes en España. Sin embargo, el último punto se basa en la información extraída de la entrevista a la mediadora intercultural de Médicos del Mundo, ya que está orientada más concretamente a conocer el papel de mujeres como ella en la lucha contra la MGF y su prevención.

a) PERCEPCIÓN GENERAL DE LA MGF:

Las mujeres que han formado parte de esta investigación trajeron su “mochila cultural” cargada de valores y creencias. La adaptación al país de destino es inevitable y como he comentado en el punto 4. *Planteamiento y diseño de la investigación* todas ellas han pasado por un proceso de socialización cultural en España.

En concreto, algunas explican cómo cambió su percepción de la práctica de la MGF a partir de su llegada a España al recibir mejor información, y otras a partir de sus propias experiencias o de las experiencias de conocidas, amigas o familia. En la actualidad, tanto ellas como sus maridos, creen que la MGF debe de ser erradicada y no mutilarían a sus hijas jamás.

“Bueno, allí no lo supimos porque allí no tenemos ningún conocimiento, no hay información. Pero aquí, ya tenemos más información de los daños que puede hacer” E07

“Hay muchas personas que han tenido problemas, problemas de sexo y de salud. Eso significa que yo no estoy con ellos ahora” E06

Independientemente de la percepción personal de estas mujeres, es interesante conocer lo que se mantiene en sus países de origen. El lugar de residencia y la edad son factores importantes a tener en cuenta ya que son determinantes a la hora de conformar una u otra opinión respecto a la MGF. Las zonas rurales estos países son lugares más apartados a los que no llega toda la información. En ellas vive gente con edades más avanzadas y mucho más conservadora que en las grandes ciudades, y por ello es más común que se defienda y proteja la MGF, ya que las prácticas tradicionales son mayormente protegidas.

“Por ejemplo uno que ha nacido en la capital a otra que ha nacido en el pueblo siempre piensan diferente, ¿sabes? Pero no solo con la mutilación, con muchas cosas.” E07

“Y en la capital sí que se cambia pero en los pueblos no, porque las viejas lo van a hacer.” E11

Es interesante hacer una mención especial a los hombres ya que, aunque parezca que sea una práctica de mujeres y para mujeres, su base es la cultura patriarcal y machista de los países africanos. Muchos son los hombres que apoyan y promueven la práctica, aunque también depende de una cuestión de disposición mental y por supuesto también de edad.

“Bueno depende... depende de lo cerrada que tengan la mente. Porque algunos creen que sí que hay que hacerlo pero otros dicen bueno pues no”. E07

“Algunos hombres dicen sí, otros que no dicen sí. Los hombres mayores están “impasse”. Muchos dicen que nosotras malcriamos porque venimos a Europa. Aún hay muchos hombres que piensan así.” E04

b) PERCEPCIÓN DE LAS CONSECUENCIAS DE LA MGF:

Todas las integrantes del grupo de discusión han sufrido las **consecuencias físicas y psicológicas** de la mutilación. Solo algunas se atreven a contar como fueron por ejemplo, los primeros encuentros sexuales con sus maridos, mientras que otras me hablan de experiencias de familiares, amigas o conocidas.

“Yo antes tenía miedo. Cuando mi marido “vino” yo tuve miedo. Porque cuando fui pequeña y me lo quitaron, me estuvo doliendo dos o tres semanas. Porque a veces cuando te cortan te cierran un poquito y yo estuve dos semanas o tres con dolor. Por eso yo no quiero mutilación” E04

“Yo conozco una chica que estaba en Londres que no tenía papeles y estaba cortada y “tapada”. Ella tenía al marido allí que intentó pasar y no pudo “pasar” y tenía que ser cortada otra vez. Hay dos formas: una que cortas y dejas abierto y otra se corta y se cierra. Luego, si tienes marido hay que cortar otra vez. Se tienen dos dolores: el del marido y el del corte.” E04

“a una prima mía se lo hicieron en África cuando era bebé, pero cuando vino aquí con su marido se quedó embarazada. Aquí, en Barcelona vieron muchos problemas. Le han hecho muchas pruebas sabiendo que le habían hecho la mutilación” E06

Son conscientes por lo tanto, de que toda mujer cortada sufre problemas físicos y dolores a consecuencia de haberles realizado la MGF. Sin embargo reconocen que en sus países no se vinculan los dolores con la práctica, sino que se asocian erróneamente con el hecho de haber nacido mujer, que aceptan desde pequeñas como algo natural e inevitable.

“No, ellos no piensan así, no tienen ninguna información. Ellos piensan que la mutilación no es causa del dolor” E07

En cuanto a las **consecuencias legales** que en España tiene la MGF, conocen, entienden y respetan que se penalice.

“Si la niña ha nacido aquí es la ley española, por eso cuando vas allí no hay que hacerlo porque es una niña española.” E06

Muchos padres y madres residentes en España, antes de viajar a sus países informan sobre las repercusiones legales que la MGF tiene en nuestro país, ya que en ocasiones, aunque estos se opongan, son las familias las que cortan a las niñas aprovechando los viajes. Gracias a esto se está evitando que muchas niñas sean mutiladas aunque, conseguir que dejen de hacerlo a niñas que residen en África es tarea más complicada.

“Bueno... ahora en realidad, mucha gente lo dice a sus familias... -si le haces esto a mi hija, yo iré a la cárcel” y ahora las madres ya lo han dejado. Porque nadie quiere que nadie vaya a la cárcel” E07

“Por ejemplo, cuando yo fui a mi país y mi tía me dijo: “¿por qué no has venido con Aisha?” y yo le dije “tía déjame en paz” [...] Pero para sus hijas, no me hace caso”. E06

c) PERCEPCIÓN DE LAS RAZONES POR LAS QUE SE REALIZA LA MGF:

En cuanto al porqué de la realización de la práctica algunas hablan de los mitos de **higiene y pureza así como de estética y tamaño al que puede llegar el clítoris** si no es cortado, como creencias que se sostienen en sus países y comunidades para explicar la práctica.

“A algunos hombre les gusta cuando la mujer está mutilada porque si no eso se hace grande...” E09

“Porque las mujeres que no lo han hecho están sucias” E04

Es analizable, las repetidas veces que aparece la cuestión de la **fidelidad y de la resistencia a los actos sexuales ilícitos** fuera del matrimonio como causa principal que impulsa la realización de la práctica en sus países...

“Dicen que, si se quita un poco no vas a tener tantas ganas... no vas a tener tantas ganas de sexo. Para que no hagas el amor con otras personas” E06

... siendo ellas mismas quienes reflexionan y desmienten esta idea.

“No es un tema de amor. Algunas se cortan y tienen mucho amor y algunas no se cortan y no tienen amor” E09

“hay algunas cortadas y se van con hombres. Entonces, ¿qué diferencia hay” E12

“Hay gente que está cortada y hace lo que quiere, lo que le pide el cuerpo. Por ejemplo, si... hay gente que es infiel a su marido, y hay gente que está cortada y está con su marido y con otro. Y eso depende de cada persona, de si respeta o no la religión...” E06

Algo muy interesante es la relación que dos de ellas hacen entre la supuesta fidelidad que asegura el hecho de estar cortada y las consecuencias tanto físicas como psicológicas que la MGF produce.

“Claro porque a veces cuando están cortadas no tienen ganas de eso. Es una de las consecuencias que provoca el corte. Con el dolor que la mujer tiene ahí pierde el apetito y las ganas de tener sexo porque piensas que cuando lo vas a hacer te va a doler y cuando te duele te quita las ganas de hacerlo, de acercarte a tu marido. Entiendes un poco, ¿no? Es como que dejas de tener sed de tomar algo” [...] *“también tiene consecuencias psicológicas. Es un trauma lo que te bloquea también”* [...] *A veces por el miedo, porque a veces esta todo en la cabeza. Hay que liberar el cerebro. [...] el problema es que si tienes en la cabeza la idea del corte y de que te va a doler entonces te bloqueas directamente.”* E03

“Por eso, si buscas el por qué se hace la mutilación... es porque se bloquea la mente, para que no tenga gana de salir e ir con otros hombres” E06

En esta línea, García Bueno (2014) afirma esta relación entre control psicológico y sexual de las mujeres y mutilación, sobre todo en cuanto a la MGF de tipo III: “se cree que el miedo al dolor si se reabre o el miedo a ser descubiertas desalientan aún más las relaciones sexuales “ilícitas” y se dificulta físicamente que la mujer tenga relaciones sexuales prematrimoniales” (p. 36). Sin

embargo, a la pregunta “*¿Creéis que el corte es una forma de controlar a la mujer psicológicamente? ¿Su sexualidad?*” las mujeres me miran extrañadas, unas responden que sí, otras que no, dudan y titubean. Interpreto que no han entendido la pregunta, y comento directamente “*vamos a hablar de una en una, las que quieran comentarlo, sin presión, como queráis...*”. Pero ninguna responde, y continúan mirándome extrañadas. E09 y E07 parece que están dispuestas a decir algo e intento animarlas “*¿Vosotras queréis decir algo?*” Pero ambas dos me responden con una negativa “No, yo no sé...” E09, “No...” E07.

El tema de la **religión** es bastante más complejo a la hora de ponerse de acuerdo. Aunque todas coinciden en que no todos los musulmanes lo practican y que además, personas de otras religiones también lo hacen, existen discrepancias al hablar del Islam como base que apoya la práctica de la MGF. La mayoría de las mujeres del grupo, originales de países donde sí se practica la MGF, afirman estar seguras que es una práctica escrita en el Corán, mientras que E03, de origen congoleño, país en el que no es habitual la MGF, defiende que la religión y el corte son independientes.

“*Lo manda la religión [...] Si, para mi es por la religión*” E07

- “*Está en el libro*” E06
- “*En el Corán si... en el libro sagrado.*” E07
- “*¿Está escrito?*” E01
- “*Si, está escrito*” E07

“*es una práctica cultural, tradicional*” [...] “*la mayoría de la gente que lo practica son musulmanes, pero eso no tiene nada que ver con la religión*” E03

Quienes apoyan que la práctica esta recogida por el Corán, explican la diferencia que éste mantiene a la hora de hablar de la relación entre MGF como práctica recomendada y circuncisión masculina como práctica obligatoria. Como explica Kaplan (2003) la circuncisión masculina una obligación emanada del Corán y por lo tanto con carácter preceptivo, y la “circuncisión femenina” una *sunna*, es decir, forma **parte de la tradición** y sólo tiene carácter recomendatorio y no obligatorio.

- “*Dice que se puede, que se puede... una cosa es que sea obligatorio, pero no lo es.*” E07
- “*Si no lo haces no es un pecado. Pero si lo haces, estas en camino de...*” E06
- “*¿En buen camino...?*” E01
- “*De lo bueno, sí.*” E07

Aunque, a su vez, verbalizan que en realidad la religión se mezcla con la tradición, ya que en muchas comunidades se corta demasiado.

- “*no hay que hacerlo, pero en el Corán dice que no tienes que cortar todo.*” E07

- *Solo un poco* E08
- *Para los hombres es obligatorio, a las mujeres no es obligatorio. Pero si lo hacen, con una condición: poco, no todo.* E07
- *Si...* E01
- *Pero ellos mezclan la tradición.* E07

Y así, este “buen camino” del que hablan, se convierte en un deber y un compromiso inquebrantable en sus comunidades, lo que nos hace reflexionar sobre la diferencia que existe entre la obligatoriedad del Islam y la obligatoriedad social de las comunidades donde se practica.

El tema de la religión, da mucho juego y aun siendo un tema ciertamente delicado, considero importante tratarlo de la manera más natural posible. Por ello, aprovechando la situación de discrepancias entre ellas, surge un diálogo interesante sobre la percepción que tienen sobre el **Islam y las mujeres**. Según ellas, antes de llegar Mahoma las mujeres eran maltratadas y el Islam hizo que sus vidas mejoraran.

- *“Antes, si a una mujer se le moría el marido, nunca podía volver a tocar a un hombre. Eran vistas como...*
E06
- *Impura, sucia...”* E03
- *“Cuando llegó Mahoma la situación mejoró* E06
- *“Porque la mujer era muy maltratada”* E03

“El islam favorece al hombre pero en muchas cosas favorece a las mujeres, en muchísimas cosas. Por ejemplo si está casada la mujer no tiene que ir a trabajar, no tiene que buscar nada y los hombres sí. Solo tienen que cuidar la casa y los niños...” » E06

El hecho de que las mujeres musulmanas estudien y trabajen lo interpretan como una forma de ayudar a los maridos y no como un camino de desarrollo personal, y puntualizan que para que la mujer trabaje tiene que tener un puesto que se acomode a ella.

“...eso es porque puedes ayudar al marido. Ahora la situación está muy difícil. Porque si con lo de tu marido no podéis llegar, tu puedes echarle una mano.” E04

“...pero si la mujer trabaja tiene que ser en trabajos para ella.” E06

La percepción que tenemos de la libertad en una cultura y en otra es en muchos sentidos diferente. Lo que para las mujeres del mundo occidental pueden ser estados y coyunturas faltos de libertad, para estas mujeres pueden suponer la conquista de la autodeterminación femenina.

Es decir, lo que para nosotras por ejemplo, el hecho de no poder buscar trabajo y quedarnos cuidando de la familia supone una gran limitación a la hora de desarrollarnos como sujetos de derechos, para estas mujeres significa disfrutar de su emancipación de una sociedad desigual y de sus capacidades como mujeres libres.

d) LA PREVENCIÓN DE LA MGF:

El trabajo en la erradicación de la MGF comienza por su prevención. Sin embargo, no es una tarea fácil ya que para las comunidades practicantes se trata de un tema privado y familiar fuertemente ligado con la religión y la moral.

“Cuando yo empecé la mediación no ha sido siempre camino de rosas, porque entiendo que vas allí y estas invadiendo un espacio que no te corresponde. Porque la mutilación como bien sabes es un tema privado”.

La figura de las mediadoras interculturales es enormemente influyente ya que el hecho de ser **mujeres africanas**, pertenecer a la misma cultura y tener el mismo código cultural que las personas con las que se interviene, ayuda a que sean escuchadas y valoradas.

“el problema reside en la cultura africana y yo creo que puede convencer más una persona de la misma cultura.”; “una mujer negra que va a hablar de la MGF a otra mujer o a otra familia africana, el choque todavía sería mayor que si a una persona blanca que vaya a hablar con esas familias”; “puede que te escuche pero yo creo que el impacto va a ser... o incluso puede que no llegue a tomarte en serio...”

Y, aun así a la hora de intervenir y sensibilizar surgen problemas y conflictos entre las profesionales y las mujeres o familias, por el hecho de ser la MGF considerada un tema privado, familiar y secreto.

“ha habido momentos que ha habido como enfrentamientos, ¿no? En que... gente de nuestra cultura echándonos en cara el hecho de que estamos hablando de un tema tan privado, incluso llegar a decir que estamos como... eh... sacando... revelando los secretos de nuestra cultura, ¿no? ha habido momentos que ha habido como enfrentamientos, ¿no? En que... gente de nuestra cultura echándonos en cara el hecho de que estamos hablando de un tema tan privado, incluso llegar a decir que estamos como... eh... sacando... revelando los secretos de nuestra cultura, ¿no?”

Más concretamente **desde el Trabajo Social**, es interesante la reflexión que hace la entrevistada sobre el punto en el que se encuentra actualmente nuestra profesión en la prevención de la MGF resaltando el desconocimiento del simbolismo y significación cultural de la práctica por parte de los profesionales.

“Desde el ámbito del trabajo social... yo... lo que sí que entiendo todavía a pesar de que cada vez haya gente de que se entere más de lo que es la mutilación, hay mucho desconocimiento, de lo que... de lo que es la mutilación genital femenina. Y si realmente una trabajadora social tiene interés en trabajar en este ámbito le haría falta mucho conocimiento... entender y comprender primero... Porque como todo, este tema, no puedes trabajar en digamos, erradicar la MGF, si no te has parado a entender porque se hace, cuales son los motivos y sobre todo no tener prejuicios”

Por ello, en la labor profesional es fundamental estar muy bien informado, evitar prejuicios innecesarios y tener constancia.

“Es un proceso muy lento, y con mucha paciencia... y mucho respeto hacia las personas con las que vas a trabajar e intentar sobre todo entender todos los porqués y en qué situación... en que... en que marco pasa todo eso y entenderlo.”

“hay que ser constante, porque a veces... de verdad... puede que... bueno nota que este trabajo es un trabajo lento y duro y hay una línea muy fina en caer... en fracaso

“Y tanto las trabajadoras sociales como la mayoría de los profesionales que trabajan en este ámbito no pueden pensar “yo aquí se mucho y vengo y en nada este tema lo resuelvo”... entonces ya... apaga y vámonos” [...] “no tratar a la gente como... Criminales... y como... pobrecitos... yo creo que hay que ser justo y respetuosos desde la humildad poder trabajar y no ir en plan aquí la que sabe soy... porque así vas a fracasar con seguridad.”

En cuanto a la legislación, valora la importancia del trabajo en prevención y hace hincapié en la **insuficiencia de las penalizaciones** establecidas por las leyes, puesto que éstas únicamente penalizan sin tener en cuenta lo cultural, sin considerar la importancia de la educación y el valor de la información para cambiar la situación.

“En la mayoría de los países africanos hay una ley que prohíbe la mutilación. Digo que las leyes de por si no es suficiente, hace falta convencer a la gente y eso es más lento... “

“A día de hoy creo que muchas mujeres o familias que vienen de países de riesgo, saben que la mutilación está prohibida aquí... o sea muchas lo saben y luego ya bueno, no solo lo tienen que saber, se tienen que convencer de que la práctica no es beneficiosa para las mujeres, y yo creo que ahí está el trabajo. Porque puede que haya todavía incluso algunas familias que tengan un poco de resistencia, porque quitar una cultura que lleva existiendo tanto... tantísimos años, pues tampoco es un trabajo fácil, ¿no? Entonces ahí hay que seguir trabajado.

Porque las familias que no lo hacen por miedo a... a las penas legales, al menos que con el tiempo, lleguen a convencerse de que eso está mal..."

"mientras siga habiendo gente convencida de que la práctica... bueno, que puede que no lo haga ahora por miedo a que les metan en la cárcel. Pero a la primera que encuentran una ocasión, sino están convencidas de que la práctica no es beneficiosa, lo van a hacer. Y ahí está el trabajo..."

*"Hay que convencer realmente y sensibilizar y que entiendan porque no se debe hacer. La ley está bien porque respalda, o de alguna forma te da... **margen de tiempo para poder actuar** con las familias y llegar a convencerles de que está mal. La ley está bien que este ahí pero después de eso hay que hacer un trabajo a fondo..."*

Por ello, es esencial ser conscientes de lo que se está consiguiendo con la **labor de prevención** como impulso para seguir trabajando. En cuanto a las mujeres del grupo de discusión, son conscientes del papel que tienen en la sociedad y cómo, gracias el poder de la palabra se pueden cambiar muchas mentalidades, aunque, en los países de origen esté tan arraigado que sea muy complicado conseguirlo.

- *¿Vosotras podríais hacer algo para cambiarlo? E01*
- *Harlar con gente. Pero yo he hablado de esto en mi país y me han dicho que no tengo ni idea del papel que ocupo. E04*

En este sentido, la entrevistada me cuenta como a día de hoy, gracias a la información y a la comunicación entre las mujeres de comunidades donde practica la MGF se está consiguiendo dar valor al trabajo de organizaciones como Médicos del Mundo en la lucha contra esta práctica y se está logrando evitar más mutilaciones de niñas residentes en España.

"La tensión ha bajado porque, a día de hoy, gracias al trabajo que todas las mediadoras hemos ido haciendo... muchas mujeres saben más o menos cuando ven Médicos del Mundo de lo que vamos a hablar."

"Algunas incluso las hemos visitado dos o tres veces ya, porque han tenido varios bebés... entonces cuando llegas ya te sonríen... "ah ya sé porque tu vienes... yo ya sé que no tengo que mutilar a mi niña", algunas te lo dicen claro."

"Y de hecho hay mujeres que vienen y demandan los cursos. Eso quiere decir bajo mi punto de vista que está habiendo cambio."

Percibo el enorme sentimiento que tiene de estar conectada con las mujeres con las que interviene y se vincula a ellas a lo largo de la entrevista, al hablar sobre la posiblemente futura erradicación de la MGF, haciendo alusión al proceso de **empoderamiento** que ella vivió antes de ser mediadora intercultural.

"si ha funcionado con nosotras, que en un principio no le dábamos ninguna importancia, pues tiene que funcionar a la fuerza... bueno a la fuerza... con mucha más gente"

6. CONCLUSIONES

Basándome y valorando la información extraída a partir de las técnicas de recogida de datos y analizada por las técnicas de análisis sobre el universo de la MGF, concluyo con las ideas principales que se han sostenido durante la investigación y con sus deducciones interpretativas, que son las siguientes:

LA MGF COMO TRADICIÓN QUE DETERMINA EL ROL DE LAS MUJERES:

La MGF es una práctica cultural y tradicional basada en mitos, que interpretados desde una perspectiva de género, afirman la diferencia entre dos sexos distintos y complementarios que configuran lo “masculino” y lo “femenino” categorizando los cuerpos y atribuyéndoles cualidades y comportamientos propios a cada categoría.

En muchos pueblos africanos se considera que en el clítoris residen cualidades masculinas y por ser considerado un atributo propio del sexo opuesto debe eliminarse para que el cuerpo de la mujer esté plenamente equilibrado, acorde con su sexo.

Esta idea naturaliza las asociaciones culturales que sitúan a la mujer no mutilada en un desequilibrio vinculado con la impureza, el pecado, la infidelidad y la falta de honorabilidad, y que solo puede repararse con la eliminación del clítoris. Esta práctica constituye por lo tanto un ejercicio de categorización, de **construcción de la identidad sexual** y de género a través de una acción directa y discriminatoria sobre el cuerpo de la mujer, ya que al sustraerle el deseo y la capacidad de sentir placer, el destino de su sexualidad queda restringido a la procreación y configura su papel pasivo en su sexualidad, que es socializada para controlar esta procreación por el sistema social patriarcal. Así, se **determina el rol de las mujeres** dentro de sus comunidades, y este rol les sitúa en una **posición desigual e inferior** a la de los varones, que gozan de plenitud y libertad.

LA RELIGIÓN COMO JUSTIFICACIÓN:

Además, la religión sirve de trampolín para justificar la práctica, ya que los modelos en los que se basa y que a su vez reproduce, expresan un sistema de valores y una moral que perduran históricamente en los esquemas culturales de las sociedades. En este sentido, la **justificación**

religiosa oculta la base de desigualdad entre sexos que la impulsa la práctica, y perpetúa incuestionablemente la situación de la mujer y los roles que le son asignados. Sin embargo, la religión legitima en todo caso un orden social determinado, pero acusarla únicamente a ella de la situación de subordinación que sufren las mujeres musulmanas evita que otras cuestiones más directamente relacionadas con dicha subordinación se tomen en cuenta, como son la **falta de derechos, de recursos educativos, económicos o sociales, o la falta de información**. (García Mina y Carrasco, 2002)

SU INVISIBILIDAD COMO FORMA DE CONTROL HACIA LA MUJER:

La MGF constituye una forma de violencia de género, quedando así establecida y generalizada en los instrumentos internacionales y en muchas legislaciones nacionales, ya que se basa en el control y la dominación de las sociedades patriarcales.

La violencia de género tiene como fundamento ideológico un sistema binario, soporte de **valores, roles y estereotipos de género**, que pasan a formar parte de un imaginario colectivo y que éste a su vez facilita la transmisión de dichos valores en las comunidades. Este imaginario colectivo estructura un **sistema de opresión y dominación social, política, económica y simbólica** que prima al hombre y penaliza a la mujer, situándolos en un lugar determinado de la estructura y la organización social.

Dicho sistema perpetúa la práctica de la MGF, siendo esta uno de los casos más evidentes de naturalización de la construcción cultural de identidades basadas en la diferencia biológica entre sexos. Pero precisamente es el proceso de invisibilidad que las acompaña y que impide reflexionar sobre su carácter cultural y autoimpuesto, uno de los logros principales de la naturalización de las identidades. (Ortega Sánchez, 2013).

En este sentido, el hecho de vincular la MGF con la religión dificulta que las comunidades practicantes la asimilen como una práctica perjudicial basada en el control y la dominación hacia la mujer. Y además de la religión, existen otros factores que también dificultan su valoración como forma de violencia desigual hacia las mujeres, como por ejemplo:

- el sentimiento de pertenencia y de identidad grupal que promueve y a su vez produce la práctica,
- la consideración cultural, histórica y privada de la misma por parte de las sociedades practicantes, y bárbara o primitiva por parte de las sociedades occidentales,

- su trato como una cuestión únicamente de mujeres, por el hecho de ser ellas mismas quienes la defienden y perpetúen a nivel práctico en muchas comunidades (basándose en el reconocimiento de su poder como mujeres y de la diferencia orgullosa).

LA INSUFICIENCIA DE LO PENAL

La lucha por la erradicación de la MGF se basa en la concepción de esta práctica como una violación de los derechos humanos y del niño, y como una forma de violencia discriminatoria hacia la mujer. Sobre esta concepción se basan las legislaciones que regulan la práctica y que en varios países, como en España, tienen como consecuencia la prohibición, persecución y penalización de quienes la practican. Estas medidas son positivas ya que institucionalizan y hacen pública esta práctica como algo intolerable en cualquier sociedad, aunque hay que tener cuidado ya que tipificarla penalmente puede re conducirla a la clandestinidad, donde todavía se pueden correr más riesgos, o puede reforzar estereotipos y el racismo hacia determinados grupos. (Mestre i Mestre en Rodríguez y Bodegón, 2011)

En este sentido, la amenaza de cárcel o multa puede acelerar e influir a ciertos cambios actuando como elemento disuasorio siempre y cuando el proceso de **sensibilización de la población** ya está en marcha. Por lo tanto, si no existe una sensibilización previa de las comunidades practicantes en cuanto al perjuicio de la MGF, no se llegará nunca a la consecución del objetivo de su plena erradicación, al tratarse de una práctica enormemente arraigada que perpetúa la idea de cohesión social en una cultura masivamente comunitaria, poco individualista y de enorme lealtad hacia sus mayores, quienes ostentan el poder, representan y legitiman la tradición.

Por ello, como dicen Kaplan, Toran, Bermúdez y Castany (2006),

El uso del derecho penal no puede sustituir en ningún caso al tratamiento social y el abordaje preventivo de un problema tan complejo. En todo caso, son elementos complementarios y el recurso a la justicia no tendría que ser excusa por no haber intentado una aproximación preventiva. (p.204) Se hace pues imprescindible una tarea interdisciplinar de carácter preventivo que permita diseñar estrategias encaminadas a la erradicación de las MGF. (...) Hace falta un trabajo consciente, reflexivo y riguroso, de información, formación y sensibilización, tanto en las comunidades directamente afectadas como en los colectivos profesionales de primera línea que trabajan con la población migrante: sanitarios, educadores y trabajadores sociales. . (p. 207)

Así, toda la legislación, los protocolos y las estrategias, deben ir unidos a medidas de protección infantil, apoyo social y campañas de sensibilización sobre el daño que la MGF produce.

LA IMPORTANCIA DEL PAPEL DE LAS MUJERES AFRICANAS EN LA PREVENCIÓN DE LA MGF Y EL PAPEL DEL TRABAJO SOCIAL:

Las actuaciones del Trabajo Social en cuanto a la MGF se pueden enmarcar en la puesta en práctica de normativas y protocolos para su prevención, la asistencia, vigilancia y seguimiento de la población diana, la formación a otros profesionales para aumentar el conocimiento de este fenómeno, o la participación en la elaboración de políticas sociales que favorezcan su tratamiento, entre otros.

Pero “**la implicación de las mujeres africanas** en la lucha contra la MGF puede tener más impacto que años y años de trabajo en otras instancias.” (Mestre i Mestre en Rodríguez y Bodegón, 2011). Para conseguirlo, primeramente tenemos que evitar criminalizar a las sociedades practicantes y así poder trabajar desde la raíz del problema.

Aunque, también es importante visibilizar que la MGF se trata de una práctica que vulnera los derechos humanos fundamentales, en muchos casos de niñas pequeñas, (UNAF, 2011)

Sin embargo, la imagen de victimismo y de pasividad hacia estas mujeres no nos ayuda nada, por lo que debemos de alejarnos de ella y reconocerlas como los verdaderos motores y agentes de cambio. “Las mujeres africanas tienen formas de negociación y de resistencia propias e internas a su cultura” (Mestre i Mestre en Rodríguez y Bodegón, 2011, p. 69). Muchas pueden servir de referencia ya que tienen autoridad en sus comunidades y son reconocidas como mujeres sabias y poderosas.

Desde el **Trabajo Social** debemos de acompañar a estas mujeres en sus procesos de **reafirmación en contra de la MGF, y de empoderamiento** como personas libres y capaces de decidir sobre sus cuerpos y sus vidas. Por lo tanto, no se trata de imponer, sino de educar y empoderar para que cada mujer sepa defender sus derechos y los de todas las mujeres. Y sin olvidarnos de los hombres de las comunidades, hay que involucrarlos en las tomas de decisiones, lo que puede aportar grandes avances para la erradicación de la MGF, tanto aquí como en sus comunidades de origen.

Hay que trabajar en origen y en Europa a la vez ya que las mujeres africanas son el puente entre las dos dimensiones lejanas y a la vez cercanas. “Los avances de las mujeres de origen africano en Europa son simbólicamente importantes para las mujeres que llevan luchas similares en África.” (Mestre i Mestre en Rodríguez y Bodegón, 2011, p. 72)

7. REFERENCIAS Y BIBLIOGRAFIA

Adam Muñoz, M.D. (2003) *La mutilación genital femenina y sus posibles soluciones desde la perspectiva del derecho internacional privado*. Córdoba: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba,

Álvarez Degregori, M.C.. (2001) *Sobre la mutilación genital femenina y otros demonios*. Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona: Bellaterra.

Amador Muñoz, L.V. y Monreal Gimeno, M.C. (2010). *Intervención social y género*. Madrid: Narcea Ediciones.

Amnistía Internacional. (1998) *La mutilación genital femenina y los derechos humanos: infibulación, escisión y otras prácticas cruentas de iniciación*. Madrid

Bénédicte, L. (2008). *Aproximación antropológica a la práctica de la ablación o mutilación genital femenina*. Recuperado de http://www.uv.es/CEFD/17/blucas_antropo.pdf

Corbetta, P. (2010). *Metodología y técnicas de investigación social*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana.

Del Val Cid, C. y Gutiérrez Brito, J. (2005) *Prácticas para la comprenso de la realidad social*. Madrid: McGraw-Hill Interamericana

García Bueno, M.P. (2014). *Manual de prevención de la mutilación genital femenina. Buenas prácticas*. Madrid. Confederación Nacional Mujeres en Igualdad.

García-Mina, A. Y Carrasco, M.J. (eds.) (2002). *Cuestiones de género en el fenómeno de las migraciones*. Madrid: Servicio de Publicaciones de la Universidad pontificia Comillas.

Guerra Palmero, M. J. (2008). *Culturas y género: prácticas lesivas, intervenciones feministas y derechos de las mujeres*. Isegoría (38), 61-76. Recuperado de: <http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/view/403/404>

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

Kaplan, A. y Bedoya, M.H. (2002) *Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica*. III Congreso de las Migraciones en España. Granada. Recuperado de http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/MGF-Aprox.interdiscpl.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%. Disponible en: www.mgf.uab.es

Kaplan, A. (2003) *Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas*, en Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos No 4 FPFE, Madrid pp.23-30. Recuperado de http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/articulo_MGF-FPFE_OK.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%. Disponible en: www.mgf.uab.es

Kaplan A. y López A. (2013). Mapa de la mutilación genital femenina en España 2012. Servei de Publicacions. Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra. Recuperado de http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/MapaMGF2012.pdf. Disponible en www.mgf.uab.es

Kaplan, A.; Toran, P.; Bermúdez, K.; Castany, MªJ. et al (2006) *Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria en salud, la educación y los servicios sociales*, en Revista Migraciones no 19, Madrid. pp. 189-217. Recuperado de http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/9c.pdf. Disponible en: www.mgf.uab.es

Kaplan, A., Toran, P. y Moreno, J. (2009) *Nuevas estrategias para el abordaje de las mutilaciones genitales femeninas: la iniciación sin mutilación. Un abordaje circular Gambia-España*, en Molina, E. y San Miguel, N. (Coords.) Universidad, Género y desarrollo. Buenas prácticas en derechos Humanos de las Mujeres. Universidad Autónoma de Madrid/Ministerio de Asuntos Exteriores. Madrid. pp. 333-351 Recuperado de http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/nuevas_estrategias.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%. Disponible en: www.mgf.uab.es

Medicus Mundi Andalucía. (2008) *Mutilación genital femenina: más que un problema de salud*. Granada: Grupo Editorial Universitario. Recuperado de: http://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Violencia_Genero_Ficheros_Guxa_Mutilacion_femenina_mas_que_un_problema_de_salud.pdf

Mestre i Mestre, R. (2011) La mutilación genital femenina (MGF) en el contexto europeo: qué se ha hecho y qué se puede hacer. En Rodríguez Luna, R. y Bodelón, E. (coords.) *Las violencias machistas contra las mujeres*. (pp. 57-74) Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona: Bellaterra

Oliver, S. (2011). Avance de la mutilación genital femenina y cómo lo frenamos. En Rodríguez Luna, R. y Bodegón, E. (coords.) *Las violencias machistas contra las mujeres*. (pp. 75-89) Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona: Bellaterra.

Ortega Sánchez, I. (2013) *Esculpir el género: nuevas fronteras de la mutilación genital femenina*. Palma de Mallorca: Edicions Universitat de les Illes Balears.

Unión de Asociaciones Familiares. (2011). *La MGF en España. Prevención e intervención*. Madrid: UNAF

Protocolos:

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina. Madrid.

Gobierno de Aragón. (2011). Protocolo para la Prevención y Actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón. Zaragoza: Gobierno de Aragón

Gobierno de Aragón. (2016). Protocolo para la Prevención y Actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón. Zaragoza: Gobierno de Aragón

8. ANEXOS

ANEXO I:

ACTUACIONES DE LOS TRES SISTEMAS DE PROTECCIÓN: SANITARIO, SERVICIOS SOCIALES Y EDUCATIVO, DEPENDIENDO DEL MOMENTO DE LA INTERVENCIÓN

Momento 1: Detección e Intervención con mujeres adultas que han sufrido una MGF.

SISTEMA DE PROTECCIÓN: ÁMBITO SANITARIO	SISTEMA DE PROTECCIÓN: EDUCACIÓN	SISTEMA DE PROTECCIÓN: SERVICIOS SOCIALES
<p>Medicina de familia, enfermería, pediatría, matron@s, trabajo social, ginecología, urología.</p> <ul style="list-style-type: none">- Despues de establecer una relación de confianza, preguntar por la MGF y complicaciones sufridas.- Valorar consecuencias para, en caso necesario, tratarlas a diferentes niveles (físico y psicológico). Trabajar con la mujer la relación entre las consecuencias y la práctica de la MGF.- Si la mujer tiene hijas menores de edad, se debe comunicar a pediatría e iniciar actividades preventivas reflejadas en el momento 3.- Registrar en historia clínica, el tipo de MGF y las secuelas existentes, también la prevención realizada y los cuidados que precise.	<p>Si el profesorado detecta que una mujer adulta tiene practicada la MGF y tiene hijas en el centro escolar:</p> <ul style="list-style-type: none">- Comunicar al Equipo Directivo y al Servicio de Orientación (Orientador/a y/o Trabajador/a Social).- Comunicar al Centro de Salud (pediatra/médico/a de familia).- Comunicar a Servicios Sociales (si es usuaria y, en caso de no serlo, siempre que se considere necesario).- Realizar con la familia actividades preventivas, orientando hacia el servicio de Mediación Intercultural del CAREI (intervención individual y/o sesión formativa en el centro).	<ul style="list-style-type: none">- Intervención Social con la Unidad Familiar con la finalidad de prevenir la práctica de la MGF.- Informar de las repercusiones para la salud de la mujer y de las consecuencias legales para quienes la practiquen o cooperen en el delito.- Coordinación con el Centro de Salud (pediatra/médico/a de familia).

Momento 2: Detección e intervención con mujeres jóvenes, mayores de 18 años, en riesgo de sufrir una MGF. Hijas que no tienen practicada la MGF, mayores de 18 años, que conviven con su familia y dependen de ella, que van a viajar al país de origen.

**SISTEMA DE PROTECCIÓN:
ÁMBITO SANITARIO**

Medicina de familia, matron/a, enfermería, trabajo social, vacunación internacional.

- Realizar actividad preventiva general (aunque no vaya a viajar).
- Realizar actividad preventiva pre-viaje:
 - * Citar a la joven a una consulta programada.
 - * Ofrecer la información preventiva (consecuencias para la salud y legales).
 - * Realizar exploración física, sólo en los casos que no hay constancia al respecto en la historia clínica.
 - * Programar visita médica de la joven al regreso del viaje, si no acude o se niega a ser explorada (coordinación con el trabajador/a social del centro de salud).
 - Realizar actividad post-viaje:
 - * Exploración física.
 - * Si no tiene realizada la MGF refuerzo positivo.
 - * Si tiene realizada la MGF, valorar las consecuencias y pautar tratamiento, emitir parte de lesiones.
 - Registrar en historia clínica todas las actuaciones realizadas.

**SISTEMA DE PROTECCIÓN:
EDUCACIÓN**

Si el profesorado detecta que la familia, de la cual la joven es dependiente, va a viajar al país de origen:

- Comunicar al Equipo Directivo y al Servicio de Orientación (orientador/a y/o trabajador/a social).
- Comunicar al Centro de Salud. (Pediatra/médico/a de familia).
- Comunicar a Servicios Sociales (si es usuaria y, en caso de no serlo, siempre que se considere necesario).
- Realizar actividades preventivas dentro de la labor tutorial y de las funciones propias del Equipo Directivo:
 - a) Informar a los padres y madres y a la joven de los riesgos para la salud e implicaciones legales.
 - b) Orientar hacia el servicio de Mediación Intercultural del CAREI (intervención individual y/o sesión formativa en el centro).

**SISTEMA DE PROTECCIÓN:
SERVICIOS SOCIALES**

- Intervención Social con la Unidad Familiar con la finalidad de prevenir la práctica de la MGF.

- Informar de las repercusiones para la salud de la mujer y de las consecuencias legales para quienes la practiquen o cooperen en el delito.
- Coordinación con el Centro de Salud (Pediatra/médico/a de familia).

Momento 3: Detección e intervención con niñas en riesgo de sufrir una MGF:

Niñas con factores de riesgo (pertenece a una familia con madre o hermanas con la mutilación realizada, niñas originarias de países de riesgo). / Riesgo inminente: proximidad de viaje al país de origen.

SISTEMA DE PROTECCIÓN: ÁMBITO SANITARIO	SISTEMA DE PROTECCIÓN: EDUCACIÓN	SISTEMA DE PROTECCIÓN: SERVICIOS SOCIALES
<p>Pediatria, enfermería, trabajo social, médico@ de familia, vacunación internacional.</p> <ul style="list-style-type: none">- Niñas con factores de riesgo (pertenece a una familia con madre o hermanas que tienen practicada la mutilación, niñas de países de riesgo).- Actividad preventiva general (dentro del Programa de Salud Infantil).- Importante registrar en historia clínica la integridad de sus genitales.- En los casos en los que se detecte riesgo comunicar al trabajador/a social del Centro de Salud.- RIESGO INMINENTE (Viaje al país de origen).* Realizar actividad preventiva pre-viaje:- Citar a la niña a consulta programada.- Ofrecer la información preventiva a la familia.- Realizar exploración física y anotar en historia clínica.- Ofrecer firma del compromiso preventivo (Modelo Anexo I). <p>Notificar al servicio especializado de menores* en los siguientes casos:</p> <ul style="list-style-type: none">- La familia no acude a las citas.- La familia no firma el compromiso preventivo.* Realizar actividad post-viaje:- Exploración física.- Si no tiene realizada la MGF, refuerzo positivo.- Si la familia no acude a la cita y no se les puede localizar comunicar al trabajador/a social del centro de salud, que coordinará el caso si se precisa con el ámbito educativo y los Servicios Sociales para su localización y comunicación de la necesidad de visita con pediatría.- Notificar al servicio especializado de menores si La familia no permite la exploración física de la Menor o si hay una negativa expresa a acudir al centro sanitario.*- En todos los casos se debe registrar en historia clínica todas las actuaciones realizadas.	<p>Si el profesorado detecta cualquiera de estas dos situaciones:</p> <ul style="list-style-type: none">- Comunicar al Equipo Directivo y al Servicio de Orientación (Orientadora/a y/o Trabajador/a Social).- Comunicar al Centro de Salud (Pediatra /médico/a de familia).- Comunicar a Servicios Sociales en caso de que la niña pertenezca a una familia con madre o hermanas con la mutilación realizada o que esté en situación de riesgo inminente porque va a viajar al país de origen. La comunicación no es necesaria cuando el único factor de riesgo consista en ser niña originaria de países de riesgo.- Realizar actividades preventivas dentro de la labor tutorial y de las funciones propias del Equipo Directivo:<ul style="list-style-type: none">a) Informar a los padres y madres de los riesgos para la salud e implicaciones legales.b) Orientar hacia el servicio de Mediación Intercultural del CAREI (intervención individual y/o sesión formativa en el centro).	<p>Niñas con factores de riesgo.</p> <ul style="list-style-type: none">- Intervención Social con la Unidad Familiar con la finalidad de prevenir la práctica de la MGF. <p>Riesgo Inminente.</p> <p>Coordinación/comunicación con el Centro de Salud (Pediatría /médico/a de familia).</p> <p>Y en caso de viaje a la firma del compromiso preventivo (Modelo Anexo I).</p> <ul style="list-style-type: none">- En caso de no acudir al Centro de Salud, y existir riesgo inminente, notificar al Servicio Especializado de Menores (Modelo Anexo II del protocolo).

* **Modelo Anexo II**

Momento 4: Detección e intervención con niñas menores de edad, con MGF practicada. / Niña nacida en país de riesgo recién llegada. / Niña que le han realizado la MGF en un viaje.

**SISTEMA DE PROTECCIÓN:
ÁMBITO SANITARIO**

Pediatria, enfermería, trabajo social y médicos de familia.

Si se constata una MGF en una menor de edad:

Si es una niña nacida en país de riesgo recién llegada:

- Anotar en historia clínica, comunicar a protección de menores mediante hoja de notificación de maltrato infantil para coordinar el momento de enviar parte de lesiones.

Si es una niña que le han realizado la MGF en un viaje y su residencia habitual es en España:

- Notificar al servicio especializado de menores.*

- Realizar parte de lesiones.

En ambos casos se debe:

- Valorar las posibles secuelas de la MGF practicada. Planificar desde este momento atenciones para paliar el daño en salud.

- Realizar siempre una actividad preventiva comunitaria con la familia para prevenir en el futuro, mutilaciones en otras hijas.

- Registrar en historia clínica todas las actuaciones realizadas.

*Modelo Anexo II

**SISTEMA DE PROTECCIÓN:
EDUCACIÓN**

Si el profesorado detecta cualquiera de estas dos situaciones:

- Comunicar al Equipo Directivo y al Servicio de Orientación (Orientador/a y/o Trabajador/a Social).

- Comunicar al Centro de Salud (Pediatra/ médico/a de familia).

- Comunicar a Servicios Sociales.

- Realizar actividades preventivas dentro de la labor tutorial y de las funciones propias del Equipo Directivo:

a) Informar a los padres y madres de los riesgos para la salud e implicaciones legales.

b) Orientar hacia el servicio de Mediación Intercultural del CAREI (intervención individual y/o sesión formativa en el centro).

**SISTEMA DE PROTECCIÓN:
SERVICIOS SOCIALES**

- Coordinación con centro de salud (Pediatria/ médico/a de familia) y derivación a servicio especializado de menores a través del Anexo II de MGF.

ANEXO II.

TRANSCRIPCIÓN SEMILITERAL DEL GRUPO DE DISCUSIÓN

E01: Moderadora del grupo.

E02, E04, E05, E06, E07, E08, E10: Integrantes del grupo. Mujeres gambianas

E03: Integrante del grupo. Mujer congoleña-

E09, E11: Integrantes del grupo. Mujeres Senegalesas.

E01 Hola, vamos a empezar presentándonos. Yo soy Clara. Y podemos decir también el país del que somos. Yo soy de aquí, de España.

E02 Hola. Me llamo Aisetou. Soy de Gambia.

E03 Bueno, soy Nana del Congo

E04 Soy Oumou Casama, soy de Gambia

E05 Yo Worokia.

E06 Me llamo Bayleme, y soy de Gambia

E07 Yo me llamo Aisatou. De Gambia

E08 Yo me llamo Niuma y soy de Gambia

E01 ¿Cuántas de Gambia, no? Bueno como ya sabéis, vamos a hablar del corte. No se cómo le llamáis vosotras en vuestros países...

E07 *Saline, saline...*

E01 Vale...

E04 Hay muchos nombres. En mi idioma, *saline*. En mandinga, *naisiyu*... ¿Hay muchos, ¿eh? Cada lengua...

E01 Depende del país, ¿no?

E04 No, no, no... del país no.

E07 Es que tenemos muchos idiomas.

E01 ¿Dentro de cada país?

E07 Si... dentro de cada país tenemos muchos...

E01 Dialectos...

E07 Si, dialectos. Y cada uno lo llama...

E03 A su manera

E01 Como en España, ¿no? Vale... ¿Creéis que depende del país de África que se haga o no la ablación? ¿Hay países en los que se hace y países en los que no?

E03 Sí, sí. Por ejemplo en mi país no se hace. No se practica en mi país. La Mutilación Genital Femenina se practica en África Subsahariana, no en toda África. Y cuando se practica es según las etnias. No todas las etnias, ¿entiendes?

E01 Si si...

E03 Como Gambia, Guinea, Nigeria, Senegal, Mauritania, Mali... son los países donde lo hacen.

E07 Pero los musulmanes sí que lo hacen

E03 Pero de fuera, es la gente de fuera. Es la gente de fuera de mi país la que viene a mi país y lo hacen entre ellos... pero en Congo no lo practican.

E01 Ah, la gente de otros países que va al Congo, ¿no?

E07 Si...

E03 Si, gente de otros países que vienen a Congo y entre ellos sí lo hacen. Se habla de musulmanes normalmente... bueno, es que es una práctica que no tiene nada que ver con la religión. Porque se dice que son los musulmanes quienes lo practican, porque la mayoría de la gente que lo practica son musulmanes, pero eso no tiene nada que ver con la religión.

E07 Hasta en mi país hay otras tribus que no son musulmanas... que también lo hacen.

E03 La mayoría que practica esto normalmente son la gente que tienen... los musulmanes. Por eso la gente confunde.

E01 Entonces, ¿no es religión? ¿Es la cultura?

E03 Es una práctica cultural, tradicional, si... pero cuando ves bien, la gente que lo practica, la mayoría son musulmanes. Por eso la gente piensa que es una práctica de musulmanes, y no es eso...

E01 ¿Todas estás de acuerdo pues con lo que dice? ¿Qué no es algo religioso, sino cultural?

TODAS si si...

E01 ¿Y eso lo piensan en vuestros países también? ¿O se cree que es por religión? ¿Porque la religión lo manda?

E03 Quiere decir que...

E01 En vuestros países... por qué... la... la mutilación ¿por qué creéis que se hace? ¿Creéis que manda la religión?

E07 Si, si lo manda la religión...

E01 O sea se piensa que si.

E03 Pero no tiene nada que ver.

E07 Si, para mi es por la religión.

E09 ¿Y para las demás que es? Es que claro... ¿Qué es para vosotras? ¿Es la religión? ¿O es la tradición, la cultura?

E06 Está en el libro.

E07 En el Corán si... en el libro sagrado.

E01 ¿Está escrito?

E07 Si, está escrito.

E03 ¿Estáis seguras chicas...?

E07 Si... No hay que hacerlo, pero en el Corán dice que no tienes que cortar todo.

E08 Solo un poco

E07 Para los hombres es obligatorio, para las mujeres no es obligatorio. Pero si lo hacen, con una condición... poco, no todo.

E01 Si...

E07 Pero ellos mezclan la tradición.

E03 Pero en este momento vamos a olvidarnos un poco de los hombres, estamos hablando de las chicas...

E07 De las mujeres, si...

E01 Por lo tanto, ¿el Corán dice que la mujer se corta?

E07 Dice que se puede, que se puede... una cosa es que sea obligatorio, pero no lo es.

E06 Si no lo haces no es un pecado. Pero si lo haces, estas en camino de...

E01 ¿En buen camino...?

E07 De lo bueno, sí.

E01 O sea que ¿es mejor hacerlo que no hacerlo?

E07. No... tampoco es así. No... lo que dice el libro sagrado es que si lo haces o si no lo haces no pasa nada, no es malo

E03 Entonces, si quieras hacerlo lo haces pequeñito.

E07 Si, pequeñito, solo un poco.

E01 Vale, vale

E07 Pero no mucho. Pero ellos lo mezclan con la tradición, lo de que los hombres lo hagan y que las mujeres también lo tienen que hacer. Pero en el Corán no es obligatorio que una mujer se corte.

E01 ¿Y qué significado tiene?

E06 Dicen que, si se quita un poco no vas a tener tantas ganas... no vas a tener tantas ganas de sexo. Para que no hagas el amor con otras personas.

E01 ¿Para que sea fiel al marido?

E07 Eso, para no tener muchas ganas de estar con hombres.

E06 Eso.

E01 Y... y ¿vosotras que pensáis de eso?

E06 Bueno, hay gente que lo respeta, pero hay gente que está cortada y hace lo que quiere, lo que le pide el cuerpo. Por ejemplo, si... hay gente que es infiel a su marido, y hay gente que está cortada y está con su marido y con otro. Y eso depende de cada persona, de si respeta o no la religión...

E03 La religión, si...

E01 Vale, o sea que no tiene nada que ver el corte a ser fiel o infiel...

E07 No, no tiene que ver

E01 ¿Y en vuestros países se piensa así también? ¿Y vuestras familias?

E06 Ahora sí, ahora

E07 Ahora si

E06 Pero la mayoría, los mayores...

E01 La gente mayor... ¿sigue creyendo que está relacionado?

E06 Sí.

E07 Pero a nosotras cuando lo hicieron... éramos pequeñas y en aquel momento no teníamos conocimiento de si está bien o no está bien... es mi madre la que lo hizo y no importó. Pero, nosotras al descubrir que se hace así tan... tan, tan, tan... ya tenemos ideas, ¿no? Porque no está bien...

E06 Por que no... no... no nos acordamos porque cuando lo hacen... yo tenia una semana de nacimiento.

E01 ¿todas tenéis hechas la ablación?

E07 Si si si...

E03 ¿Todas cortadas?

E02 Si, todas.

E08 Yo no... (SE RÍE)

E01 ¿Por qué te ríes?

E03 en confianza... hay que saber que lo que estamos hablando es en secreto y no va a salir fuera.

E07 Que es una broma, es un comentario.

E01 ¿Estás o no cortada?

E08 Si si... estoy cortada

E01 Y... ¿a vuestras hijas?

E07 No, a mi hija no lo haría.

E01 ¿Vosotras habéis cambiado de idea? ¿Os habéis dado cuenta de las consecuencias al llegar a España? ¿O allí?

E07 Bueno, allí no lo supimos porque allí no tenemos ningún conocimiento, no hay información. Pero aquí, ya tenemos más información de los daños que puede hacer.

E01 Vale, y al llegar a tener esa información, vosotras...

E07 Sabemos las diferencias

E01 ¿Y las consecuencias, no?

E04 Pero ahora el presidente quiere quitarlo.

E07 Si, nuestro presidente

E01 ¿En Gambia?

E04 Si

E09 Pero... a vuestras hijas que no se lo vais a hacer, ¿también hay veces que se las llevan los maridos? A las hijas a escondidas.

E06 Hay gente que ha ido con sus hijas pero se puede hacer allí.

E07 No se puede. Porque cuando vienen aquí, es un delito.

E01 ¿De eso que pensáis? De que en España sea un delito. Aquí en España se puede ir a la cárcel si corta a las niñas. Y si los padres viajan con las niñas a África y cortan a las niñas y vuelven se les puede meter a la cárcel y quitar a los niños. ¿Qué pensáis de esto?

E07 Bueno... ahora en realidad, mucha gente lo dice a sus familias. "si le haces esto a mi hija, yo iré a la cárcel" y ahora las madres ya lo han dejado. Porque nadie quiere que nadie vaya a la cárcel.

E06 Yo no lo veo delito, porque ilegal es aquí.

E03 No entiendo, ¿Qué quieres decir?

E06 Las niñas que han nacido aquí, y te las llevas a África y lo haces, en África no pasa nada. Pero aquí... es un problema. Porque como ella ha nacido aquí, se aplica la ley de aquí.

(SE INCORPORA E09)

E03 Si se hace en África no pasa nada, pero aquí es un problema.

E06 Si la niña ha nacido aquí es la ley española, por eso cuando vas allí no hay que hacerlo porque es una niña española. Pero nuestros mayores piensan que no pasa nada.

E07 Ella dice que... si las niñas han nacido aquí es la ley de aquí, y tenemos que respetar la ley.

E01 ¿Y los que viven allí?

E06 En 2009 yo fui allí pero sola y mi suegra me dijo... ¿Por qué no has venido con Aisha y con Aminata? Y yo le dije... bueno aunque yo viniera con mis hijas no salgo de España sin el papel. Y si tú coges en mi ausencia a mis hijas y le haces eso, voy a tener problemas.

E01 Vale, una cosa es lo que legalmente es y otra lo que sentís... y aunque en tu país no pasase nada ni con la ley ni con el marido ni nada...

E07 No estoy de acuerdo.

E06 Hay muchas personas que han sufrido los problemas de la mutilación en su cuerpo. Por ejemplo... una prima mia se lo hicieron en África cuando era bebe pero cuando vino aquí con su marido se quedo embarazada. Aquí en Barcelona vieron muchos problemas. Le han hecho muchas pruebas sabiendo que le habían hecho la mutilación.

E07 Y si a una mujer le cortas es como si le faltara algo.

E01 Toda la información de las consecuencias ¿la habéis recibido aquí en España?

E04 Yo aquí. Yo vi un video y escuché una historia. Cuando corta se cierra y cuando tienes marido y no se abre hay que cortar otra vez. Yo conozco una chica que estaba en Londres que no tenía papeles y estaba cortada y tapada. Ella tenía al marido allí que intentó pasar y no pudo pasar, y tenía que ser cortada otra vez. Hay dos formas: una que cortas y dejas abierto y otra se corta y se cierra. Luego, si tienes marido hay que cortar otra vez. Se tienen dos dolores: el del marido y el del corte.

E01 Por que... ¿primero se intenta con el marido?

TODAS Si

E01 Y esto... ¿lo dices porque conoces a alguien que le ha pasado no?

E04 Si, si.

E07 A muchas, a muchas...

E04 Yo antes de venir aquí le pregunte a mi madre... ¿yo estoy cerrada o no estoy cerrada? Antes de mi boda yo pregunté y me dijo no, tu no. Pero una semana estuve con dolor... y llorando y llorando. El abuelo ha cogido a la niña sin permiso de sus padres y ahora tiene muchos problemas. Ni la madre ni el padre lo sabían y le trajeron a la niña llorando mucho y la madre preguntó que le pasa a mi hija porque nunca lloraba, y una semana se pasó la niña sin comer.

E07 Pero si pasa eso, no puede volver aquí la niña.

E01 ¿Vosotras informáis? A amigas... Cuando vais a vuestro país... ¿habláis de esto?

E06 En el año 2000 yo llamé a mi madre y le dije "mi sobrina va a ir, pero si alguien le toca tu no vas a ver a tu hija". Y mi madre le dijo "¿Por qué?... Porque si le haces la mutilación, mi hermana va a ir a la cárcel". Y ya ha pasado un año y medio y nadie la toca.

E07 Claro, hay que avisar

E01 Y los hombres, ¿Qué piensan?

E04 Para los hombres... no pasa nada.

E07 Bueno depende, depende de lo cerrada que tengan la mente. Porque algunos creen que si que hay que hacerlo pero otros dicen bueno pues no.

(SE INCORPORA E10)

E01 ¿Allí veis diferencia entre lo que piensan las mujeres y los hombres?

E04 no piensan lo mismo.

(SE INCORPORA E11)

E04 Algunos hombres dicen si, otros que no dicen si. Los hombres mayores están *impasse*. Muchos dicen que nosotras malcriamos, porque venimos a Europa. Aun hay muchos hombres que piensan así. Porque las mujeres que no lo han hecho están sucias, allí en África.

E01 ¿Eso lo piensan solo los hombres?

TODAS No, en general

E10 En los pueblos se hace pero en la capital no.

E01 ¿Y vuestros maridos que piensan?

E04 Ahora no piensan que sea bueno

E01 ¿Lo harían a vuestras hijas?

E04 No...

E07 No, no...

E01 Desde que estáis en España, ¿habéis cambiado de idea?

TODAS Si

E09 Algunos hombres aun así quieren que la mujer este cortada, otros no. Si, algunos les gusta que no se haga la mutilación.

E01 y... ¿Qué diferencia hay para el hombre de que este o no cortada?

E09 A algunos hombres, les gusta cuando la mujer esta mutilada porque si no eso se hace grande...

E03 Para ir no ir a buscar a otros hombres.

E1 Sí. Pero hay algunas cortadas y se van con hombres. Entonces, ¿Qué diferencia hay?

E09 Pero, no es un tema de amor. Algunas se cortan y tienen mucho amor y algunas no se cortan y no tienen amor. Y a veces las cortadas no tienen ganas de amor.

E03 Claro porque a veces cuando están cortadas no tienen ganas de eso... Es una de las consecuencias que provoca el corte. Con el dolor que la mujer tiene ahí pierde el apetito y las ganas de tener sexo porque piensas que cuando lo vas a hacer te va a doler y cuando te duele te quita las ganas de hacerlo, de acercarte a tu marido. Entiendes un poco, ¿no? Es como que dejas de tener sed de tomar algo.

E04 Si si... yo antes tenía miedo. Cuando mi marido vino, yo tuve miedo. Porque cuando fui pequeña y me lo quitaron me estuvo doliendo dos o tres semanas. Porque a veces cuando te cortan te cierran un poquito y yo estuve dos semanas o tres con dolor. Por eso yo no quiero mutilación.

E01 Porque... ¿el corte te lo hicieron de mayor?

E03 Te cortaron de pequeña, ¿no?

E04 Sí.

E07 Yo me acuerdo de cuando me hicieron la mutilación, tenía siete u ocho años.

E04 Yo no.

E06 Yo a los siete años, a los siete...

E01 Y estos dolores de los que habláis ¿creéis son efecto del corte entonces?

TODAS Si si

E01 ¿Y en vuestros países? ¿Se piensa que son a causa del corte? ¿O porque las mujeres todas los sentimos?... estemos cortadas o no.

E07 No ellos no piensan así, no tienen ninguna información. Ellos piensan que la mutilación no es causa del dolor.

E03 Es que lo del dolor...

E11 A ti no te duele, ¿no?

E03 No no, no me duele.

E11 Aah, normal.

E03 Pero lo de doler a veces no tiene nada que ver con lo del corte. En mi país no se corta. Si hay un momento en el que si quiero ir con mi marido y mi vagina esta seca y el entra ufff. Porque la

vagina tiene que estar húmeda para permitir la penetración. Y esto no tiene nada que ver con la mutilación.

E06 Pero esto no es mutilación

E03 Ella me ha preguntado si me duele y yo le he dicho primero que en mi país no se hace, pero que el dolor no se trata solo de la mutilación. Le estoy dando un ejemplo de que a todas las mujeres les duele cuando ahí está seco y si el hombre quiere entrar, duele. No tiene nada que ver.

E07 Pero yo hablo de la ablación. Ella lo que está diciendo es que la vagina no tiene que estar seca.

E04 Cuando yo tuve mi marido, el primer mes a mí me dolía mucho. Pero ahora ya no hay problema, ya no me duele.

E03 Voy a explicar lo de las ganas, a ver... Toda mujer que está cortada o no puede tener ganas. Porque las ganas no viene solo de ahí. De ahí viene el orgasmo. Pero ganas todo el mundo puede tener.

E01 pero cuando un corte y se producen muchas infecciones y enfermedades que pueden causar que te duela. Y si hay dolor no hay ganas, porque si a ti te duele cada vez que lo haces...

E03 Cuando es permanente sí. Y a veces por el miedo, porque a veces está todo en la cabeza. Hay que liberar el cerebro. Entonces si el marido viene y tienes la mente liberada puedes tener ganas aunque estés cortada. Pero el problema es que si tienes en la cabeza la idea del corte y de que te va a doler entonces te bloqueas directamente.

E01 ¿Entonces también piensas que la ablación tiene efectos psicológicos?

E03 Sí. Todas tenemos ganas estemos o no mutiladas porque se pueden provocar, como se diría en francés *l'appétit vient en mangeant*. La diferencia es el orgasmo, eso es otra cosa. Cuando estás mutilada no puedes llegar al orgasmo, eso está claro, porque el placer más alto de la mujer está ahí. Ahí no se puede llegar, porque está cortado.

E03 eso es verdaderamente un trabajo. Hay un tanto por ciento de mujeres que aunque estén cortadas pueden llegar al orgasmo. Ahí está el trabajo del marido. Si el marido sabe trabajar muy bien te puede ayudar a llegar. Porque las mujeres somos muy difíciles para excitarnos. Y la mujer también tiene que enseñar al marido los puntos que tenemos.

[...]

E01 Entonces, tú lo que dices es que cuando te mutilan no es solo lo físico sino que ¿te bloquea mentalmente?

E03 Si, también tiene consecuencias psicológicas. Es un trauma lo que te bloquea también.

E06 Por eso, si buscas el porque se hace la mutilación... es porque se bloquea la mente Para que no tengas ganas de salir e ir con otros hombres

E01 Vale. ¿Y creéis que el corte es una forma de controlar a la mujer psicológicamente? Su sexualidad.

ALGUNAS Si, si

ALGUNAS No, no

E01 Vamos a hablar de una en una, las que quieran comentarlo, sin presión, como queráis. ¿Vosotras queréis decir algo?

E09 No, yo no sé...

E07 No

(SURGE EL TEMA DE LA POLIGAMIA)

E01 Y... ¿qué pensáis de eso?, ¿qué pensáis de que los hombres puedan tener muchas mujeres y tener hijos con ellas, pero que las mujeres solo puedan estar con un hombre?

E07 Es el Islam, la religión

E10 Aquí también, ¿solo con uno no?

E01 Aquí solo un hombre y una mujer. Y ¿pensáis que el Islam favorece al hombre más que a la mujer? ¿O al revés? ¿o igual?

E06 El Islam favorece al hombre pero en muchas cosas favorece a las mujeres, en muchísimas cosas. Por ejemplo si está casada la mujer no tiene que ir a trabajar, no tiene que buscar nada y los hombres si. Solo tienen que cuidar la casa y los niños.

E01 Y eso, ¿os parece bueno?

E06 Bueno. Porque antes de venir Mahoma trataban muy mal a las mujeres.

E11 Antes mataban a las mujeres.

E07 si, al campo, hasta que se les cortaba.

E11 si, como si fuera algo sucio...

E01 ¿Antes de que llegara Mahoma?

E07 Si, sí.

E06 Antes si a una mujer se le moria el marido, nunca podía volver a tocar a un hombre. Eran vistas como...

E03 Impura, sucia...

E06 Sí. Pero cuando llego Mahoma la situación mejoró.

E03 Porque la mujer era muy maltratada.

E06 Muchísimas cosas ahora es mejor. Ahora no tienen que pegar.

E01 Y, ¿no se pega?

E06 Si... pero eso depende de cada persona. Hay gente que respeta todo y gente que no.

E07 Hay gente machista.

E01 Y, ¿os parece bien que la mujer sea mantenidas por el marido?

TODAS Si, si

E01 ¿Y que la mujer pueda elegir lo que quiere hacer?

E07 Eso no es cuestión de respeto. El profeta dice que la mujer tiene que cuidar la casa y los niños, y los hombres tienen que ir a buscar...

E01 Y, ¿vuestras hijas que ahora están estudiando, formándose...?

E07 No, eso es diferente. Estudiar y después ir a trabajar es diferente.

E04 Eso es porque puedes ayudar al marido. Ahora la situación está muy difícil. Porque si con lo de tu marido no podéis llegar, tu puedes echarle una mano.

E06 Pero si la mujer trabaja tiene que ser en trabajos para ella-

E01 ¿Creéis que hay trabajos específicos para mujeres?

E07 Eso.

E08 Si

E08 Si, Si

E04 Si, si

E01 ¿Al llegar a España habéis visto alguna practica parecida al corte?

E05 No

E07 No

E04 No

E06 Los hombres se pueden operar para hacerse algo con el pene.

E03 Los hombres que cambian de sexo.

E01 ¿Creeís que depende de la educación que se recibe el apoyar o no la mutilación? Por ejemplo las chicas que van a la universidad ¿cambian de opinión?

E06 si

E03 si cambia.

E07 Desde el colegio ya cambian.

E01 Y ¿qué cambia?

E07 Piensan de otra manera diferente a lo que pensamos nosotros. Por ejemplo uno que ha nacido en la capital a otra que ha nacido en el pueblo siempre piensan diferente, ¿sabes? Pero no solo con la mutilación, con muchas cosas.

E06 Pero también depende del colegio. Hay colegios árabes, otros de inglés. La mayoría de personas que se educan en colegios árabes están de acuerdo con la mutilación.

E11 Y en la capital sí que se cambia pero en los pueblos no, porque las viejas lo van a hacer.

[...]

E03 Si t madre es Congoleña y su padre es de Gambia. Y está cortada. Esto significa que el hombre está por encima de las mujeres. Yo pienso que si tu padre fuera del Congo y tu madre de Gambia no te lo hubieran hecho. Porque es el hombre quien manda sobre la mujer.

E01 ¿Pensáis que hay que mantener el corte? Vamos a hacer otra ronda.

E09 Tiene que acabar ya

E01 ¿Todas pensáis así? ¿O cambiar alguna cosa?

TODAS Si, si acabar, acabar.

E01 Y ¿vosotras podríais hacer algo para cambiarlo?

E04 Hablar con gente. Pero yo he hablado de esto en mi país y me han dicho que no tengo ni idea del papel que ocupo.

E01 ¿Os dicen que aquí os han metido ideas equivocadas?

E07 Si, sí.

E06 Si, por ejemplo, cuando yo fui a mi país y mi tía me dijo: “¿por qué no has venido con Aisha”? y yo le dije... “tía déjame en paz”. Porque hay muchas personas que han tenido problemas, problemas de sexo y de salud. Eso significa que yo no estoy con ellos ahora, que no lo apoyo. Pero para sus hijas, no me hace caso.

[...]

E01 Bueno pues, ya está, ya hemos acabado. Muchas gracias a todas.

ANEXO III.

TRANSCRIPCIÓN SEMILITERAL DE LA ENTREVISTA

C: Entrevistadora

E: Entrevistada

C: ¿Cuál es tu trabajo en la lucha contra la MGF? y ¿desde hace cuánto que estás trabajando en ello?

E: Vale... en primer lugar, pues no sé si lo sabes, que yo también mis prácticas las hice aquí, aquí en Médicos del Mundo... vale... Y decir que lo que más me trajo aquí y lo que me captó para ser... para hacer lo que estoy haciendo como mediadora, fue el hecho de ver que... desde los países donde se practica la MGF se está llevando a cabo una lucha contra esta práctica. Y luego pues ya... entendí que la inmigración también trajo a mucha gente que en sus países de origen se practica y aun viviendo aquí, pues lo siguen practicando. Yo... en mi país, si sé que practica la MGF...

C: ¿Es Togo verdad?

E: Togo... es un pequeño país entre Ghana y Benín, en la costa oeste de África. Se practica la MGF... pero jamás antes el tema me había ocupado tanto porque... en África hay tantas culturas, que dije pues... es una cultura más... nunca te paras a pensar realmente lo que significa. Decir que yo realmente mis... primeras.... digamos.... entendí que la práctica no era nada bueno para la mujer, digamos aquí, porque yo antes... había... parado a pensarlo muy poco, pensaba que era una cultura más...

C: ¿Algo más no?

E: Algo más y... y punto. Nunca antes lo había...

C: Te habías parado a pensarlo... entonces, ¿te diste cuenta cuando llegaste aquí a España? ¿de las consecuencias?

E: Cuando llegué yo me puse a estudiar y quería hacer mi trabajo fin de grado, pues fue cuando realmente... además llevando viviendo aquí... mucho tiempo... pues fue a raíz de eso que digamos

que el tema me captó... por... por ver que desde fuera de los países de riesgo se está llevando a cabo una lucha. Y dije... otras...

C: Y te hizo sentir como... se está llevando una lucha aquí y allí...

E: Claro, lucha que realmente... aquí no es un país de riesgo, pero que al fin y al cabo también se convierte en un país de riesgo por la inmigración

C: claro

E: Pues fue lo que me llama la atención y... Y dije pues ya merece la pena parar un poco y pensar a ver realmente lo que hay detrás de esta práctica. Fue ahí donde un poco empecé a enterarme, a leer un poco más sobre el tema y a participar más como mediadora... Bueno, como mediadora no, a seguir a las primeras que hubo aquí. Pues cuando iban a hacer visitas, pues Julia me dijo, si quieres puedes ir con ellas...

C: ¿En las prácticas?

E: Si, a ver el trabajo que hacen y todo eso... y... también... las jornadas de mutilación que se realizaban pues ya me permitían ir, asistir y ver e incluso aquí en los talleres y todo eso... fue así, poco a poco como...

C: Te enganchaste.

E: Me enganché, sí.

C: Y, ¿en qué consiste el trabajo de mediadora?

E: Bueno, el trabajo de mediación que... que estamos haciendo y que yo hago... no si... supongo que ya lo sabrás, Médicos del Mundo aquí en Aragón, bueno es uno de... Médicos del Mundo es una organización pionera en la lucha contra la mutilación aquí en España. Especialmente aquí el de Aragón. Y a raíz de eso pues que tienen como un convenio con los hospitales...

C: Si, eso sí me lo explico Julia.

E: Eso. Mi trabajo consiste en que cuando ya avisan a Médicos del Mundo en que ha dado a luz una mujer que vive en un país de riesgo, pues yo voy con los folletos que tenemos para... darle información

C: A los hospitales, ¿no?

E: Si, a los hospitales. Hace años... yo... me di cuenta de una vez que iba a viajar con mi hija, al ir al centro de vacunación internacional, me presentaron un folleto que era el compromiso de....

C: ¿Preventivo?

E: Preventivo. Que me obligaron a firmar, que yo me compr... primero, esto fue una llamada de atención.

C: Y ¿tú no lo conocías en aquel momento?

E: No, no, no, no. Y al igual que yo pensé que... en esos momento me chocó mucho que me presentaran un folleto así donde me... querían que firmara, porque ellos sabían que iba a viajar con mi hija. Mi hija... en esos tiempos tendría...

C: ¿Pequeñita?

E: 6, 7 años... justo en la edad en la que mutilan a muchas niñas y todo eso, y en donde me obligaban a firmar y decir que no... que yo me comprometía a no mutilar a mi hija cuando me fuera de viaje y todo eso... decir que ha sido como recibir una bofetada

C: ¿Cómo te sentiste en ese momento?

E: el primer momento fue un poco... muy... como... ufff... recibir algo muy fuerte, ¿no? Que decía... “pero bueno, ¿este hombre de que va?”... pero luego tranquilamente en mi casa me alegre mucho de que al menos, se está intentando llevar a cabo un trabajo que... que se supone que los profesionales tienen que hacer para evitar la... la MGF, ¿no? Entonces ya... lo tomé a bien pero... la primera impresión fue un poco como...

C: Claro, como... te sentiste como...

E: Como que te están agrediendo, ¿no? Como... que se estaban metiendo en un tema que no es de su competencia... entonces, yo me sentí así y... cuando nosotros también vamos al hospital intentamos hacer ver a las mujeres este compromiso preventivo para que ellos sepan de que va el asunto. Porque para mí la primera vez fue como...

C: Chocante

E: Chocante y... y... y luego de eso pues hacerles ver el Código Penal aquí, lo que dice

C: ¿Todo eso se lo enseñáis a las mujeres el mismo día que vais al hospital?

E: Sí... hablamos primero con ellas para ver si saben que es la MGF y todo eso, pues normalmente ellas no tienen problemas en contestarte, y ya luego les informamos que aquí en España está prohibido, la ley lo castiga... y todo eso. De todos modos tienen que saber que llevan un control desde sus centros de salud con las niñas... sobre todo si son niñas. De que si la mutilan pues que tendrán problemas. Pero digamos que sobre la pena legal... tienen que saber lo que existe, ¿no? Pero lo que más pretendemos cuando visitamos a las mujeres es hacer que vengan aquí...

C: ajam...

E: Porque... no creo que en una visita... las visitas suelen durar entre 15 minutos o media hora cuando se alargan un poco. No creo que este tiempo sea suficiente para concienciar a nadie de lo que es la MGF. Lo más importante es conseguir que la mujer venga aquí a los cursos donde etapa a etapa, que tú misma has estado, pues se haga...

C: Se sensibiliza, y se previene...

E: Eso, y además que pueden tener también un espacio en el que se pueden expresar y contar...

C: Y, ¿cómo veis a las mujeres en ese primer encuentro con ellas? ¿Las veis receptivas? En general, ¿eh?

E: en general... te tengo que reconocer que al principio cuando yo empecé la mediación no ha sido siempre camino de rosas, porque entiendo que vas allí y estas invadiendo un espacio que no te corresponde. Porque la mutilación como bien sabes es un tema privado.

C: Y sensible

E: "Quien eres como para ir a hablar de los genitales de una mujer mutilada o no"...

C: Si...

E: Entonces, ha habido momentos que ha habido como enfrentamientos, ¿no? En que... gente de nuestra cultura echándonos en cara el hecho de que estamos hablando de un tema tan privado, incluso llegar a decir que estamos como... eh... sacando... revelando los secretos de nuestra cultura, ¿no? ha habido momentos que ha habido como enfrentamientos, ¿no? En que... gente de nuestra cultura echándonos en cara el hecho de que estamos hablando de un tema tan privado, incluso llegar a decir que estamos como... eh... sacando... revelando los secretos de nuestra cultura, ¿no?

C: Conflictos...

E: Conflictos en que nos ven como malas personas

C: Se sienten atacados, claro

E: Claro, estás hablando de una cultura... se supone que nuestra cultura tenemos que protegerla y estamos aquí diciendo que no está bien, ¿no? Pero, también a la parte tengo que decir que ha día de hoy cuando vas al hospital no hay tanta tensión como al principio

C: ajam...

E: La tensión ha bajado porque, a día de hoy, gracias al trabajo que todas las mediadoras hemos ido haciendo... muchas mujeres saben más o menos cuando ven Médicos del Mundo de lo que vamos a hablar.

C: O sea que la imagen mejora, ¿no? Ha mejorado...

E: Si... sí... Algunas incluso las hemos visitado dos o tres veces ya, porque han tenido varios bebés... entonces cuando llegas ya te sonríen... "ah ya sé porque tu vienes... yo ya sé que no tengo que mutilar a mi niña", algunas te lo dicen claro.

C: Jo, eso es genial, ¿no? Reconforta

E: Si, eso es una... te da un poco más de tranquilidad, aunque sea una sola mujer que lo reconozca, dices bueno, el trabajo ha servido para... para...

C: Para algo, ¿no? Que bien

E: A día de hoy cuando yo voy ahí personalmente, no voy con tanta presión como antes. Porque antes nunca sé con qué me iba a encontrar. Hoy en día, aunque sea la primera vez de la mujer, seguramente haya tenido a alguna amiga que le haya contado lo que Médicos del Mundo suele hacer, así que no hay tanta sorpresa, o tanto...

C: ¿Conflictos?

E: Conflicto, sí. Eso es, si, exactamente.

C: Eso es una buena señal de que el trabajo no solo llega a las mujeres que vienen a los cursos sino que esas mujeres se lo transmiten a otras...

E: Si, si, si. A día de hoy creo que muchas mujeres o familias que vienen de países de riesgo, saben que la mutilación está prohibida aquí... o sea muchas lo saben y luego ya bueno, no solo lo tienen que saber, se tienen que convencer de que la práctica no es beneficiosa para las mujeres, y yo creo que ahí está el trabajo. Porque puede que haya todavía incluso algunas familias que tengan un poco de resistencia porque quitar una cultura que lleva existiendo tanto tantísimos años pues tampoco es un trabajo fácil, ¿no? Entonces ahí hay que seguir trabajado. Porque las familias que no lo hacen por miedo a... a las penas legales, al menos que con el tiempo, lleguen a convencerse de que eso está mal...

C: Claro, que no sea un... no se permite y por eso no lo hago, sino un con lo hago porque sé que está mal, ¿no?

E: Claro, claro... porque mientras siga habiendo gente convencida de que la práctica... bueno, que puede que no lo haga ahora por miedo a que les metan en la cárcel. Pero a la primera que encuentran una ocasión, sino están convencidas de que la práctica no es beneficiosa, lo van a hacer. Y ahí está el trabajo...

C: Aunque la ley de aquí lo prohíba, ¿no?

E: Si...

Yo: Es mucho más fuerte el sentimiento que...

E: Si, si... así que uno no puede descansar y decir bueno al menos se dan por enterados. Hay que convencer realmente y sensibilizar y que entiendan porque no se debe hacer. La ley está bien porque respalda, o de alguna forma te da... margen de tiempo para poder actuar con las familias y llegar a convencerles de que está mal. La ley está bien que este ahí pero después de eso hay que hacer un trabajo a fondo... yo de alguna forma soy optimista porque digo, si ha funcionado conmigo que yo al principio no le daba ninguna importancia y ahora llega a ocupar un lugar más grande de convencimiento personal, pues de la misma forma que conmigo funcionó, tiene que funcionar con otras personas, ¿no? Se tiene que convencer de que no está bien la práctica bien, ¿no? Y decir... yo creo que en nombre de la mayoría de las mediadoras, yo creo que alguna trayectoria... que nos llevó a convencernos, ¿no? Y si ha funcionado con nosotras, que en un principio no le dábamos ninguna importancia, pues tiene que funcionar a la fuerza... bueno a la fuerza... con mucha más gente

C: Y, entonces es muy esencial el papel de la mediadora intercultural porque... mi trabajo lo quiero enfocar un poco en el papel de trabajo social a la lucha contra la mutilación. Pero claro yo lo que me... lo que veo, por lo que leo, por lo que escucho. Es que los trabajadores sociales la forma que tienen de trabajar es demasiado, dura a lo mejor, ¿no? Desde su posición, a lo mejor...

E: Ya... yo personalmente creo que la labor de mediación es fundamental sobre todo, al menos en la lucha contra la MFG, porque vamos a ver estamos tratando un tema cultural... un tema que sabemos que España desde el principio no es un país de riesgo pero que con el tiempo se ha transformado en un país de riesgo por la inmigración, ¿vale? Pero quitando eso, el problema reside en la cultura africana y yo creo que puede convencer más una persona de la misma cultura.

C: Claro

E: Que va y habla contigo y que te diga "mira estamos haciendo algo porque yo sé de lo que te estoy hablando, no es un tema que... haya descubierto así porque sí. Yo sé que en la cultura, en nuestra cultura se practica y vengo a decirte que está mal esta práctica." Yo creo que no es por cuestión de color de piel o qué, pero yo creo que si con nosotras, una mujer negra que va a hablar de la MGF a otra mujer o a otra familia africana, el choque todavía sería mayor que si a una persona blanca que vaya a hablar con esas familias. No sé si entiendes lo que quiero decir.

C: Si, si, lo entiendo, pero a la vez es más creíble, ¿no? Más empático el hecho de que dos personas de la misma cultura...

E: Eso, eso (efusiva). Porque imagínate, tú te presentas... lo mismo que me paso una vez en el centro de salud que te decía... Que ahí el médico me dijo... era como una bofetada, no sabía. Pero tu si te presentas ahí en la habitación de una mujer, de una familia africana para hablarle de la mutilación, puede que te escuche pero yo creo que el impacto va a ser... o incluso puede que no llegue a tomarte en serio... te puede cuestionar, porque conmigo ha pasado, que te pueda cuestionar... "¿tú qué sabes de eso para decirme lo que tengo que hacer y lo que no?". Pero yo si te hablo como una persona que viene de esa misma cultura... a pesar de que es un poco... no es racional, ¿entiendes? Porque yo muchas cosas las aprendí aquí. ¿Entiendes?

C: Pero es que muchas veces la práctica supera a la teoría...

E: Eso, pero, yo creo que me recibirían mejor que si yo voy a hablar con esa mujer que a ti, que quizás sabes bastante más del tema que yo...

C: Claro por la idea de viene otra cultura a imponernos su cultura... pero como no eres de mi cultura nunca lo vas a entender...

E: Eso, eso, si, si...

C: Y... ¿has trabajado también con los hombres, no solo con mujeres?

E: sí, sí. Y con adolescentes

C: ¿Aquí también? ¿En Médicos del Mundo?

E: si si

C: eso es súper interesante. Y, ¿desde hace cuánto?

E: Pues desde que estoy aquí, ya va... bueno este taller con los hombres lo acabamos de terminar hace... dos semanas más o menos. El día 4 de mayo fue la última sesión. Y nada, la verdad que para mí muy bien... y había... hace... dos o tres años... dos años, también participe en un taller con los hombres. Decir que los talleres con los hombres es muy difícil porque por el motivo que fuera pues nos cuesta más hacer talleres con ellos cuando con las mujeres no... Es más sencillo

C: Y ¿Por qué? ¿Existe más resistencia con estos temas?

E: Existe, existe... pero claro ahí tirando, tirando... y además este último taller, han venido 6, 6 hombres con los que hemos trabajado, eso es todo un logro. Y ahora al acabar pues claro con todo el tema de la igualdad y todo eso... dicen ellos, es que a mí en mi casa mi mujer no me deja hacer, pero nosotros tenemos las mismas capacidad de hacer todo por igual... Una mujer puede poner una bombilla, un hombre puede fregar los platos... es que no, es que no...

C: Y, ¿cómo reaccionan ellos?

E: Hombre, en un principio te dicen.... (Pone mala cara) Pero luego hablar mucho y la verdad que yo me lleve una sorpresa muy positiva de que son más... escuchan bastante más de lo que se...

C: De lo que se piensa, ¿no?

E: sí... que antes de empezar el curso ya tienes prejuicios, ya sabes... piensas esos chicos... ya sabes la cultura africana donde el machismo es muy fuerte, donde el hombre es el macho... la mujer la que tiene que fregar... recoger y... y la verdad que sí, incluso ha habido uno, (se ríe) en el taller que ha dicho que el dinero prefiere entregarlo a la mujer para que lo gestione porque lo gestionan

mejor que cuando él tiene el dinero. Son cosas que te dices... jo para un hombre africano... tela, ¿eh? Porque hay mujeres que ni saben lo que ganan sus maridos...

C: Y esos hombres... ¿cómo los captáis para que vengan aquí?

E: Pues hemos hablado a uno que conocemos y a partir de ahí que hable con el otro y con el otro y así hemos conseguido que... que... reunir unos cuantos. Y en un principio habíamos querido pues hacer con los maridos... el taller al que yo he asistido anteriormente eran los maridos de las mujeres que han venido aquí a los talleres. Pero en este caso no ha sido así, los hombres que vinieron no tenían nada que ver con las mujeres. Eran de manera independiente, pero es que cuesta mucho...

C: Y ¿concretamente el tema de la mutilación? ¿Se saca en los cursos?

E: Hombre si, lo hablamos

C: ¿sí?

E: sí... Si...

C: Y ¿ellos lo defienden? ¿No lo defienden?...

E: Bueno, el grupo que yo he tenido, hay un poco de todo, ¿eh? Al anterior taller al que asistí pues sí que hay ... ves hombres que lo defienden porque claro, es normal... que de un día para otro la gente no cambia así porque sí... le tienes que convencer, le tienes que dar más información, le tienes que... dar argumentos... Porque hay que entender que la cultura nuestra, la mutilación, pues te la venden como algo bueno. Y además sobre todo los padres de familia tienen como misión... Pues seguir... Digamos... prolongando lo que son nuestras costumbres... perpetuar. ¿Cómo se dice? Ellos tienen como deber...

C: El pasarlo de padres a hijos...

E: Eso, eso. Entonces de repente tú le sueltas que no. Y eso no se consigue así de un día para otro, ¿no? Y el grupo que acabamos de terminar la verdad que... me ha sorprendido porque ellos son algo más jóvenes que los otros... que también influye un poco, ¿no? Ellos... enseguida cuando hemos sacado el tema entienden que es algo malo.

C: ¿Los jóvenes?

E: si, son jóvenes porque la edad era entre 30, 35... o algo así... 40 y poco.... algo menos entonces ellos entienden que...

C: que es malo...

E: si...

C: Y ¿diferencia con... con las personas... con los más mayores?... ¿tienen la mente más cerrada?

E: si si y es que es normal es que son más conservadores, es como en todas las culturas

C: Eso te iba a decir, que aquí también pasa

E: Claro...

C: Y, ¿cuántos años llevas de mediadora?

E: Desde 2011... que ya son 5 años

C: Y... más concretamente como trabajadora social... ¿qué crees que se podría hacer desde el Trabajo Social a parte de lo que se está haciendo? Porque con el protocolo sí que se establece el papel que tienen que hacer los servicios sociales y demás... hay muchas guías prácticas también... ¿crees que hay algo que se podría hacer y no se hace?

E: Desde el ámbito del trabajo social... yo... lo que sí que entiendo todavía a pesar de que cada vez haya gente de que se entere más de lo que es la mutilación, hay mucho desconocimiento, de lo que... de lo que es la mutilación genital femenina. Y si realmente una trabajadora social tiene interés en trabajar en este ámbito le haría falta mucho conocimiento... entender y comprender primero... Porque como todo, este tema, no puedes trabajar en digamos, erradicar la MGF, si no te has parado a entender porque se hace, cuáles son los motivos y sobre todo no tener prejuicios

C: Claro, los prejuicios son importantes. Porque... ¿tú sí que ves que existen prejuicios a la hora de trabajar?

E: Si, si... y... ir un poco en plan neutral a ver... a aprender todo desde una perspectiva em... bueno, no sé, no es tan fácil no tener prejuicios pero intentar... y además que a la par uno que intente trabajar en este ámbito no tratar a la gente como...

C: ¿criminales?

E: Criminales... y como... pobrecitos... yo creo que hay que ser justo y respetuosos desde la humildad poder trabajar y no ir en plan aquí la que sabe soy... porque así vas a fracasar con seguridad. Si si, si... y yo lo digo por experiencia, porque uno no puede entrar y decir "Ay que

barbaridad y ¿por qué hacen esas cosas?? “ Entonces ya no vas a ningún lado, ¿no? Y tanto las trabajadores sociales como la mayoría de los profesionales que trabajan en este ámbito no pueden pensar “yo aquí se mucho y vengo y en nada este tema lo resuelvo”... entonces ya... apaga y vámonos. Es un proceso muy lento, y con mucha paciencia... y mucho respeto hacia las personas con las que vas a trabajar e intentar sobre todo entender todos los porques y en qué situación... en que... en que marco pasa todo eso y entenderlo para poder luego...

C: Poder trabajar y cambiarlo, ¿no?

E: Si, y cambiarlo... yo desde mi punto de vista creo que sería así más grande lo que... lo que puedo decir. Y luego hay que ser constante, porque a veces... de verdad... puede que... bueno nota que este trabajo es un trabajo lento y duro y hay una línea muy fina en caer... en fracaso... como... como también a veces con un poco de suerte puedes tener éxito y ver cómo está funcionando, ¿no? Porque... hay datos estadísticos que dicen que en algunos países a pesar de que cada vez se habla más del tema, la mutilación... que todavía en vez de bajar, va subiendo

C: ¿sí?

E: Entonces tú te preguntas... “¿pero por qué?”

C: ¿Eso está pasando?

E: Si, en algunos países si

C: ¿Está en auge?... está... ¿en países en los que está penado por ley?

E: Hombre... lo que te he dicho antes, sí. En la mayoría de los países africanos hay una ley que prohíbe la mutilación. Digo que las leyes de por si no es suficiente, hace falta convencer a la gente y eso es más lento porque la ley claro... te puede coger pero...

C: Si, pero que te pueden meter en la cárcel, no estar convencido y pensar que no es malo, salir de ahí y volverlo a hacer...

E: Eso, eso... y hace falta trabajar codo a codo con la gente y eso es más complicado

C: Y, ¿en África hace falta?

E: sí, sí... mucho, muchísimo, claro que si

C: Bueno, y ¿tú crees que ha cambiado algo al menos aquí en España?

E: Aquí sí, y eso ya te lo puedo decir con tranquilidad y con... como te he dicho antes, no es lo mismo cuando yo voy a ahora a hacer una visita que cuando yo empecé. Porque yo antes iba digamos que con una tensión. Pero ahora la gente sabe al menos, están más informados. Saben... abrir la puerta y que una mujer te diga: "Aaaah tu eres de médicos del mundo, yo sé porque estás aquí", pues eso ya es un plus. Y de hecho hay mujeres que vienen y demandan los cursos. Eso quiere decir bajo mi punto de vista que está habiendo cambio.

C: Que se está avanzando...

E: Y mujeres que te dicen claramente yo de verdad que no voy a mutilar a mi hija, y con mi marido... y ya lo hemos hablado. Y todo eso gracias a que les ha llegado alguna vez información, ¿no? Y eso hay que seguir trabajándolo.

C. Pues a ver si también pasa en África. Bueno pues eso es todo. Muchas gracias.