

INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL, ANTE LA REALIDAD DE MUJERES Y NIÑAS QUE SUFREN LA ABLACIÓN EN ESPAÑA

Trabajo Fin de Grado: Grado en Trabajo Social

Autora: Sara Catherine Jofre Vicente

Tutora: María Loreto Aranda Sánchez

Curso: 5º Doble Grado Criminología y
Trabajo Social

Fecha de Presentación: 18/06/2021

Convocatoria: 2020/2021 Extraordinaria



COMILLAS
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

ICAI

ICADE

CIHS



RESUMEN Y PALABRAS CLAVE:

Resumen:

El presente trabajo se encuentra orientado hacia la mutilación genital femenina (MGF) en España. De este modo se aborda el concepto, la realidad dentro del territorio español, los tipos de MGF, las justificaciones subyacentes, y las consecuencias de la MGF. Igualmente, se integran nociones ligadas a la migración, al centrarse el trabajo en torno a las niñas y mujeres migrantes que han sufrido o están en riesgo de padecer esta práctica. También, se introduce la conexión entre la MGF y el género, al practicarse únicamente sobre mujeres y niñas. Al resultar fundamental en esta materia la regulación existente, dentro del actual trabajo se incorpora la legislación vigente a nivel español, europeo e internacional relativa al intento de erradicar la MGF. Después se explican las distintas actuaciones que se efectúan en el seno de la comunidad de Madrid desde diversas entidades e instituciones, respecto a la sensibilización y prevención sobre este procedimiento. A fin de ampliar el conocimiento vinculado a las acciones implementadas en este tema se explica y se analiza dentro del trabajo parte de la información proporcionada por dos profesionales que forman parte del área social y una técnica del ámbito sanitario, referente a las acciones que realizan para frenar la MGF tanto dentro de España como en África. Asimismo, el trabajo integra propuestas relacionadas con la sensibilización, que se pueden realizar desde el trabajo social.

Palabras clave: mutilación genital femenina (MGF), migraciones, género, consecuencias, feminismo decolonial.

Abstract:

The present work is oriented towards female genital mutilation (FGM) in Spain. In this way, the concept, the reality within the Spanish territory, the types of FGM, the underlying justifications, and the consequences of FGM are addressed. Likewise, notions linked to migration are integrated, by focusing the work on migrant girls and women who have suffered or are at risk of suffering from this practice. Also, the connection between FGM and gender is introduced, as it is practiced only on women and girls. As the existing

regulation is fundamental in this matter, the current legislation at the Spanish, European and international level regarding the attempt to eradicate FGM is incorporated into the current work. Afterwards, the different actions that are carried out within the community of Madrid from various entities and institutions are explained, with respect to awareness and prevention of this procedure. In order to broaden the knowledge related to the actions implemented in this subject, part of the information provided by two professionals who work in the social area and a professional from the health field, referring to the actions they carry out to stop FGM both within Spain and in Africa. Likewise, the work integrates proposals related to awareness, which can be carried out from social work.

Keywords: female genital mutilation (FGM), migrations, gender, consequences, decolonial feminism.

Índice:

1. INTRODUCCIÓN:	4
1.1 Finalidad o motivos de la elección:	4
1.2 Objetivos y preguntas de investigación:	4
2. MARCO TEÓRICO:	5
2.1 Metodología:	5
2.2 La migración, la inmigración y la extranjería:	6
2.3 El concepto, la incidencia y los tipos de la mutilación genital femenina:	9
2.4 Las justificaciones que respaldan la mutilación genital femenina:	16
2.5 Las consecuencias de la mutilación genital femenina:	22
2.6 El sexo, el género y la relación con la mutilación genital femenina:	29
2.7 Derechos humanos (Declaración universal, CEDAW, Convención de los derechos del niño) y la mutilación genital femenina:	31
2.8 La normativa contra la mutilación genital femenina:	32
2.9 Intervención y prevención de la MGF Comunidad de Madrid: .	35
3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:	41
3.1 Entrevistas:	41
4. CONCLUSIONES:	58
5. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL CONTRA LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA:	61
6. BIBLIOGRAFÍA:	63

1. INTRODUCCIÓN:

1.1 Finalidad o motivos de la elección:

El presente trabajo se enfoca en la mutilación genital femenina (MGF) en España, dado que considero que representa una realidad sobre la que todavía existe desconocimiento a nivel social en nuestro país, y por lo tanto parece fundamental continuar visibilizándola, especialmente al afectar a las personas inmigrantes que en ocasiones presentan mayor indefensión. También ha captado mi atención por el rol que juega el género en esta materia.

Asimismo, valoro que la MGF constituye una práctica que vulnera un número importante de derechos humanos, y deja desprotegidas a muchas niñas que se encuentran en una edad de enorme vulnerabilidad.

Desde el trabajo social resulta necesario intervenir sobre esta temática, puesto que supone una profesión que debe velar por el respeto de los derechos humanos, y por el bienestar y el desarrollo del potencial de las personas, en este caso de las mujeres y las niñas. Además, esta profesión cuenta con un papel importante en la sensibilización, y en consecuencia sin su actuación no se puede lograr un efecto completo. De la misma manera, los trabajadores sociales realizan una intervención directa con personas que se hallan una situación de vulnerabilidad o riesgo, por consiguiente, su rol aparece como necesario para detectar supuestos de niñas o mujeres que posiblemente estén en riesgo de sufrir la práctica o requieran asistencia después de haberla padecido. Por otro lado, el trabajo social al trabajar con familias puede conseguir un cambio en la concepción sobre la MGF, y de este modo contribuir a reducir o erradicar su implementación.

1.2 Objetivos y preguntas de investigación:

Objetivos Generales:

- Comprender la realidad de las mujeres y las niñas inmigrantes africanas residentes en España en cuanto a la mutilación genital femenina.
- Analizar el rol del trabajador social en la intervención contra la mutilación genital femenina.

Objetivos Específicos:

- Conocer la incidencia en España de la mutilación genital femenina en mujeres y niñas residentes en nuestro país.
- Identificar las razones detrás de la mutilación genital femenina.
- Entender las consecuencias de la mutilación genital femenina en mujeres y niñas inmigrantes.
- Diseñar un programa de sensibilización acerca de la mutilación genital femenina en España.
- Descubrir las funciones y acciones del trabajador social en la intervención contra la mutilación genital femenina.

Preguntas de investigación:

- ¿Cuántas mujeres y niñas inmigrantes en España han sufrido o están en riesgo de sufrir la mutilación genital femenina?
- ¿Sobre qué razones se amparan para justificar la mutilación genital femenina?
- ¿Qué derechos humanos se vulneran en la mutilación genital femenina?
- ¿Cuáles son las consecuencias de la mutilación genital femenina para las mujeres y las niñas que la han sufrido?
- ¿Qué acciones llevan a cabo las trabajadoras sociales en la intervención en contra de la mutilación genital femenina?

2. MARCO TEÓRICO:

2.1 Metodología:

En el presente trabajo he elegido efectuar una investigación social desde el enfoque del trabajo social, prosiguiendo el método deductivo, puesto que las preguntas de investigación las he construido basándome en revisión bibliográfica y en consideraciones propias acerca de la problemática de la mutilación genital femenina que sufren mujeres y niñas inmigrantes. Para poder investigar realizaré entrevistas a profesionales, y en consecuencia posteriormente llevaré a cabo análisis cualitativo.

Concretamente, haré entrevistas a tres profesionales que trabajan en España proporcionando ayuda a mujeres y niñas inmigrantes que han sufrido o están en riesgo de que las practiquen algún tipo de mutilación genital femenina. Concretamente, entrevistaré a dos profesionales del área social y a una profesional del ámbito de la salud, teniendo en cuenta la participación voluntaria de los profesionales.

De igual forma, el trabajo constará de una estructura por fases. Primeramente, implementaré una revisión bibliográfica, posteriormente elaboraré y efectuaré las entrevistas, le seguirá un apartado de conclusiones, para finalmente acabar con una reflexión personal y una propuesta de programa de sensibilización.

2.2 La migración, la inmigración y la extranjería:

En primer lugar al dirigir el trabajo en torno a las mujeres y niñas inmigrantes que han experimentado o se encuentran en riesgo de padecer la mutilación genital femenina resulta esencial definir el término migrante, según la Organización Internacional para las Migraciones se puede considerar “como cualquier persona que se desplace, o se ha desplazado, a través de una frontera internacional, o dentro de un país, fuera de su lugar de residencia independientemente de: 1) su situación jurídica; 2) el carácter voluntario o involuntario del desplazamiento; 3) las causas del desplazamiento; 4) o la duración de su estancia.” (Naciones Unidas, s. f.)

Además, parece necesario abordar el concepto de inmigrante, una posible aproximación es “aquel individuo que se ha movido de su sociedad natal (y de origen) y se ha insertado en una sociedad ajena a él, y que además ha realizado un desplazamiento “espacial” buscando satisfacción a sus necesidades e inquietudes vitales.” (Canela, y Rincón, 2016, p. 60).

La noción de inmigrante se divide en inmigrantes de primera y de segunda generación. Los primeros representan los padres (las personas que inmigraron en origen) y los segundos hacen referencia a los hijos de personas inmigrantes. Sin embargo, la mayor parte de los sujetos a los que se les considera inmigrantes de segunda generación no han llevado a cabo un proceso de inmigración. Detrás de ambas categorizaciones se encuentra el hecho de pretender agrupar a ambos conjuntos dentro de la condición de inmigrante,

esto deriva de la aspiración de distinguir a los dos grupos de los no-inmigrantes. (García, 2003).

Resulta preciso señalar la diferencia entre los términos inmigrante y extranjero, el primero se refiere a un concepto demográfico, relacionado con una variación en el lugar dónde se reside. Por el contrario, el segundo es de carácter jurídico, integrando a las personas que marca la Ley Orgánica en materia de extranjería (Instituto de la Juventud, 2004).

Asimismo, se debe introducir qué engloba el conjunto de personas al que se denomina inmigrantes, dado que incluye a muchos sujetos que se ven afectados tanto por problemáticas similares como distintas. “Los inmigrantes, como tal, no son un grupo social, ni primario ni secundario, puesto que no tienen conciencia de grupo, no tienen los mismos valores, creencias, hábitos y símbolos; no tienen las mismas normas jurídicas, ni la misma historia, ni comparten los mismos objetivos políticos o económicos” (Bordas, Baeza, y Figuero, 2011, p.45). De este modo en realidad esta agrupación representa una categoría de análisis, y por ende realmente resulta poco preciso aplicar a tantas personas el mismo termino, al derivar el comportamiento de estos sujetos de distintas subculturas (Bordas, Baeza, y Figuero, 2011).

La inmigración se encuentra regulada en la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social. En esta Ley se utiliza el término extranjero, se fija en el artículo 1.1 que se entiende por esta denominación “a los que carezcan de la nacionalidad española” (Jefatura del Estado, 2000, p.1). En el artículo 1.2 se aclara que a las personas que cuenten con la nacionalidad de países de la Unión Europea se les aplicarán las normas establecidas para esta materia, y se les atribuirá la presente Ley en las cuestiones que les puedan beneficiar. (Jefatura del Estado, 2000).

Conviene destacar la forma de acceder al territorio español, dado que el presente trabajo está orientado a mujeres y niñas inmigrantes en situación regular e irregular. En el Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000, se establece que una persona extranjera puede acceder al área geográfica de España mediante los puntos autorizados para ello, tiene que llevar consigo un pasaporte o documento de viaje vigente y que permita de forma legítima confirmar su identidad, contar con un visado lícito en los casos en que se demande, y encontrarse libre de prohibiciones manifiestas. También, dentro de las obligaciones del sujeto está mostrar documentos en los que se incluya el fin y las circunstancias de su

acceso y permanencia, y poder avalar que detenta los recursos económicos necesarios para mantenerse durante el periodo que permanezca en el país, y si no hallarse en una situación que le posibilite la adquisición de los recursos de modo legal. No obstante, los dirigentes o empleados públicos pueden admitir que se atravesase la frontera por lugares ajenos a los puestos autorizados, y en días y horarios diferentes a los establecidos en dos supuestos: cuándo se concede a un individuo una autorización extraordinaria que le permita pasar la frontera por una necesidad específica, o si una persona es ciudadana de un país fronterizo que posee un tratado con España en esta materia. (Ministerio de la Presidencia, 2011).

Adicionalmente, dentro de la Ley Orgánica 4/2000, en el artículo 29, se explica que los extranjeros se hallan en estado de estancia o residencia. La condición de estancia, según el artículo 30, implica mantenerse en España durante un máximo de 90 días. Al finalizar este periodo para poderse quedar dentro del país se debe conseguir un aplazamiento de la estancia o una licencia de residencia. En el artículo 30 se recoge el estado de residencia, integrando a aquellas personas extranjeras que están en el interior del territorio español y poseen un permiso de residencia. Esta última circunstancia comprende dos modalidades: residencia temporal o residencia de larga duración. (Jefatura del Estado, 2000).

La residencia temporal, en el artículo 31, permite que los sujetos habiten en el país entre más de 90 días y por debajo de cinco años. Existe la posibilidad de reestablecer estas licencias, requiriendo que se demande por el titular y valorando las condiciones por las que se le otorgó. En algunos casos si la persona extranjera se puede proveer de los recursos esenciales para ella misma, y si tuviese para su familia, se proporciona un permiso que prohíbe desempeñar un empleo. Desde la administración resulta posible proporcionar una licencia de residencia basándose en que el sujeto se encuentre asentado, haya motivos humanitarios, se coopere con la administración de justicia, o se presenten otras situaciones especiales establecidas en el reglamento. (Jefatura del Estado, 2000).

Por otro lado, en el artículo 32 se expone qué conlleva la residencia de larga duración. Este estado supone poder vivir y labrar dentro del territorio español sin límite temporal, y en un escenario igual al que disfrutaban los ciudadanos. La residencia de larga duración está al alcance de las personas que hayan estado en situación de residencia temporal por un periodo de cinco años ininterrumpido y cumplan los requisitos fijados dentro del reglamento. Como parte del cálculo del tiempo se incorpora si el sujeto ha habitado anteriormente de manera constante en algún otro país de la UE, si cuenta con una tarjeta

azul de esta agrupación. También, no se penalizan para la residencia ininterrumpida las salidas de España por vacaciones o por otras causas determinadas en el reglamento. (Jefatura del Estado, 2000).

Conviene resaltar algunos datos acerca de las mujeres inmigrantes que residen en España. Debido a que si en este trabajo indagaré en cuanto a la realidad de las mujeres y las niñas inmigrantes que han sido o están en peligro de ser mutiladas parece fundamental conocer el número de mujeres que se sabe que habitan en el país. En el año 2019 España contaba con 3.190.456 mujeres inmigrantes (Datosmacro, s. f.). También resulta importante mostrar los países más frecuentes de los que provienen las mujeres inmigrantes, en 2019 los inmigrantes venían en mayor número de Marruecos, Rumania y Ecuador (Datosmacro, s. f.). Concretamente, respecto a las mujeres, en enero de 2020 España incluía 376.804 mujeres de Marruecos, 342.941 de Rumania y 59.961 de Ecuador (INE, 2020).

De igual forma, respecto a la edad de las mujeres inmigrantes, en el conjunto de España la edad media de las mujeres extranjeras se encuentra en 33 años en 2019 (INE, 2019 a). El grupo de mujeres inmigrantes más extenso, en 2019, en base a la edad es de 35 a 39 años, con 307.872 mujeres; después de 30 a 34 con 305.514 mujeres; seguidamente de 40 a 44 años con 260.337 mujeres; luego de 25 a 29 con 252.956 mujeres; y el quinto grupo más numeroso de 45 a 49 con 201.330 mujeres. El conjunto de mujeres por edad menos concurrente representa mujeres inmigrantes de 100 años y más. (INE, 2019 b).

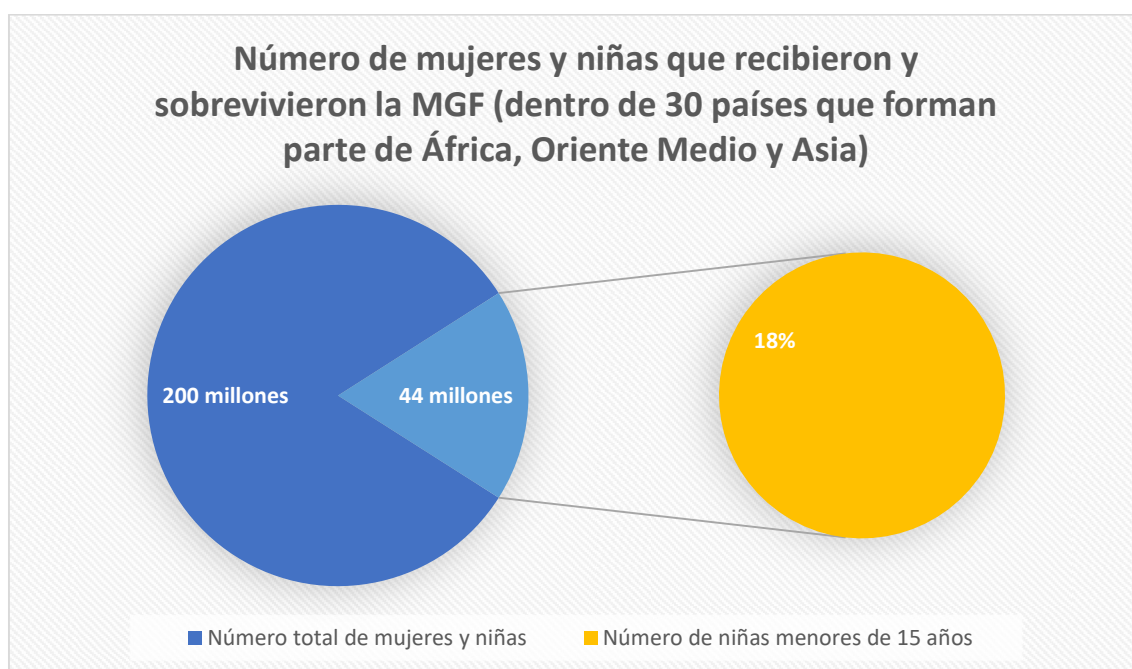
2.3 El concepto, la incidencia y los tipos de la mutilación genital femenina:

Conviene destacar que se entiende por mutilación genital femenina (MGF), puesto que el presente trabajo está focalizado en las mujeres y las niñas inmigrantes que han padecido o se encuentran en riesgo de sufrir esta técnica en su cuerpo. Una definición posible es la establecida en la Estrategia Global contra la Mutilación Genital Femenina, por diversos organismos pertenecientes a Naciones Unidas: “comprende todos los procedimientos quirúrgicos que conllevan la ablación parcial o total del aparato genital externo, u otro tipo de lesiones, en los órganos genitales de la mujer por razones culturales o no terapéuticas de otro tipo”. (Ballesteros, Almansa, Pastor, y Jiménez, 2014, p.287).

Por otro lado, para las mujeres que experimentan la mutilación genital esta práctica implica un modo de conservar su pureza. Mientras que, otras mujeres lo consideran una memoria cargada de sufrimiento, que modificó su niñez al convertirla en dolorosa y perder su alegría. (Traspas, 2019).

Asimismo, la MGF constituye un problema de escala global, por ende, es preciso señalar la incidencia de este método en el mundo (UNICEF, 2016):

Gráfico 1: Número de mujeres y niñas que recibieron y sobrevivieron la MGF.

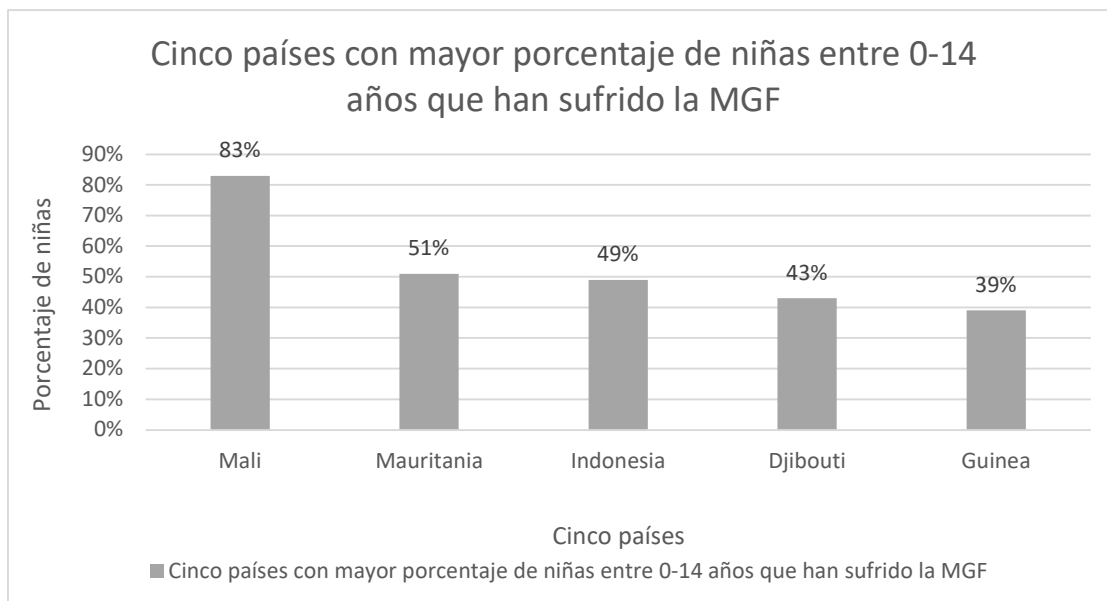


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de *UNICEF, 2016*.

El gráfico 1 señala a nivel mundial el dato de las mujeres y las niñas que padecieron y sobrevivieron la MGF, e integra que dentro de esta cifra un 18% corresponde a niñas que tienen menos de 15 años.

Concretamente en el interior de estos continentes (abordados en el gráfico 1), se ha detectado en gran medida esta técnica en países africanos ubicados entre la costa atlántica y el Cuerno de África, en Iraq y Yemen, y en Indonesia. También, se ha hallado la MGF en ciertas zonas de América del Sur, incluido Colombia. (UNICEF, 2016).

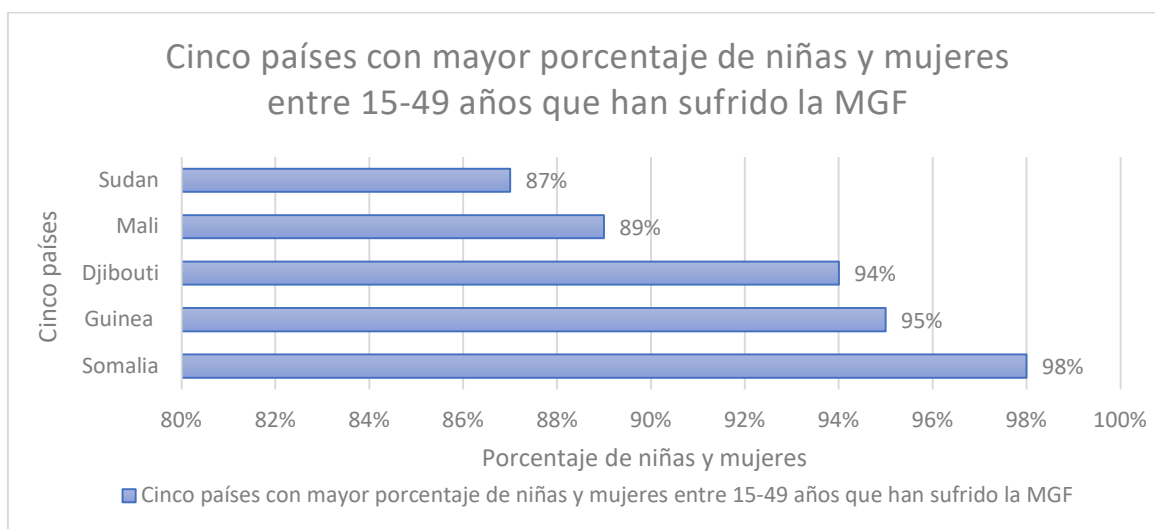
Gráfico 2: Cinco países con mayor porcentaje de niñas entre 0-10 años que han sufrido la MGF.



Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de *UNICEF, 2020*.

En el gráfico 2 se exhiben los cinco países con un porcentaje más elevado de niñas en el rango de edad de 0 a 14 años que han sido sometidas a la MGF. Específicamente manifiesta que el estado de Mali presenta una frecuencia mayor de esta práctica, y muestra una diferencia notable respecto al resto. Los otros cuatro países cuentan con cifras bastante similares, considerando que posiblemente existan casos no reportados.

Gráfico 3: Cinco países con mayor porcentaje de niñas y mujeres entre 15-49 años que han sufrido la MGF.

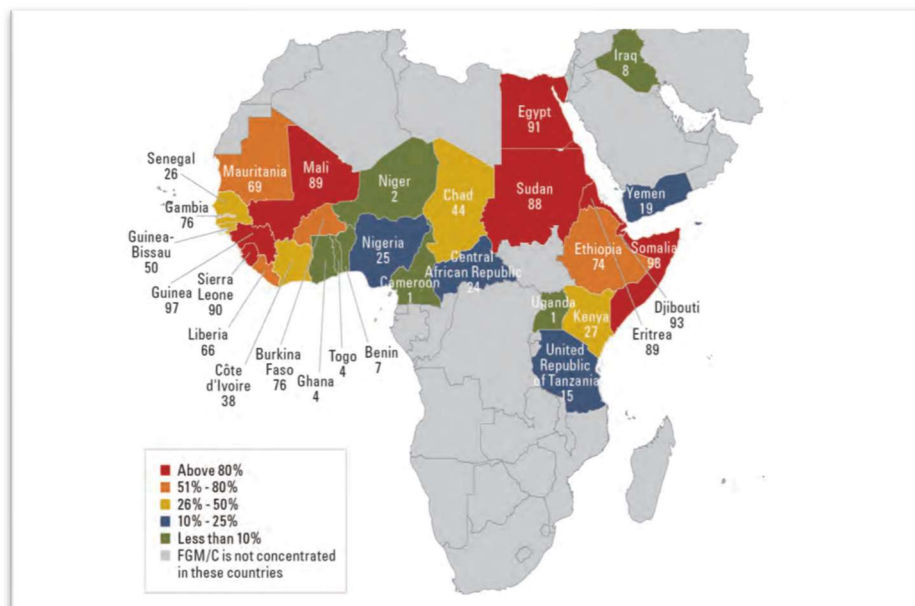


Fuente: Elaboración propia a partir de los datos obtenidos de *UNICEF, 2020*.

El gráfico 3 ilustra los cinco países en los que hay un porcentaje superior de niñas y mujeres entre 15 y 49 años que han padecido la práctica de la mutilación. En este intervalo de edad, Somalia representa el país con más realización de MGF. De forma global los cinco países revelan datos semejantes, existiendo una mayor disparidad de Somalia a Sudan.

Cabe resaltar diferencias y similitudes entre el gráfico 2 y el gráfico 3, para comprender mejor en qué países hay más incidencia de MGF. Los estados de Mali, Djibouti y Guinea están dentro de los países que practican con más frecuencia este procedimiento en ambos intervalos de edad, por consiguiente, se puede determinar que en ellos seguramente se halle bastante extendida la MGF. Mauritania e Indonesia presentan un porcentaje más elevado de féminas que han sufrido esta práctica en edades tempranas, de 0 a 14 años. Por el contrario, en Sudan y Somalia la implementación de la MGF es mayor dentro del segundo grupo de edad, entre 15 y 49 años. Sin embargo, se debe introducir que respecto al primer rango de edad no se conocen datos en el caso de Somalia, y que referente al segundo no se cuenta con cifras de Indonesia, de manera que no es posible efectuar comparaciones exactas entre los dos intervalos de edad, y el orden de incidencia de los países posiblemente variaría si se supiesen los porcentajes de estos últimos.

Mapa de la Distribución geográfica en África de la MGF:



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

A nivel universal, entre 1985 y el 2016 se ha observado un descenso en cuanto a la MGF, en niñas de quince a diecinueve años, de un 51% a un 37% respectivamente. (UNICEF, 2016).

Por otro lado, resulta fundamental abordar la incidencia de la MGF en España, dado que el presente trabajo se centra especialmente en la realidad de las mujeres y las niñas que experimentan esta práctica en el territorio español. En España en el ámbito nacional no existen cifras en cuanto al número de mujeres que han sufrido este procedimiento y habitan dentro del territorio español. Sin embargo, conviene establecer el porcentaje de personas africanas, suramericanas y centroamericanas, y asiáticas, en el conjunto de personas que tienen la residencia dentro del Régimen General. (Fundación Wassu-UAB, 2019). El 30 de junio de 2020 se contabilizó que la comunidad africana constituye un 44% de los residentes al interior del Régimen General, las personas de América Central y del Sur un 28,4%, y la colectividad de Asia un 19,4% (Observatorio permanente de la inmigración, 2020). Al inicio del año 2016 el territorio español contaba con un número superior a 69.000 mujeres y niñas que en origen derivan de Estados, que incluyen pueblos que efectúan la MGF (Fundación Wassu-UAB, 2019).

Adicionalmente, se ha estimado la cifra de niñas que en 2018 se encontraban en riesgo de padecer la MGF en cada provincia española (Fundación Wassu-UAB, 2019). En el actual trabajo se va a mostrar el dato de niñas en riesgo por comunidades autónomas.

Tabla: Niñas en riesgo de MGF por comunidades autónomas:

Comunidad Autónoma	Número de niñas en riesgo
Andalucía	302,125
Aragón	192,885
Principado de Asturias	25,385
Islas Baleares	146,55
Canarias	192,13
Cantabria	14,385
Castilla y León	47,78
Castilla- La Mancha	113,965
Cataluña	1.575,28
Comunidad Valenciana	236,805
Extremadura	4,84

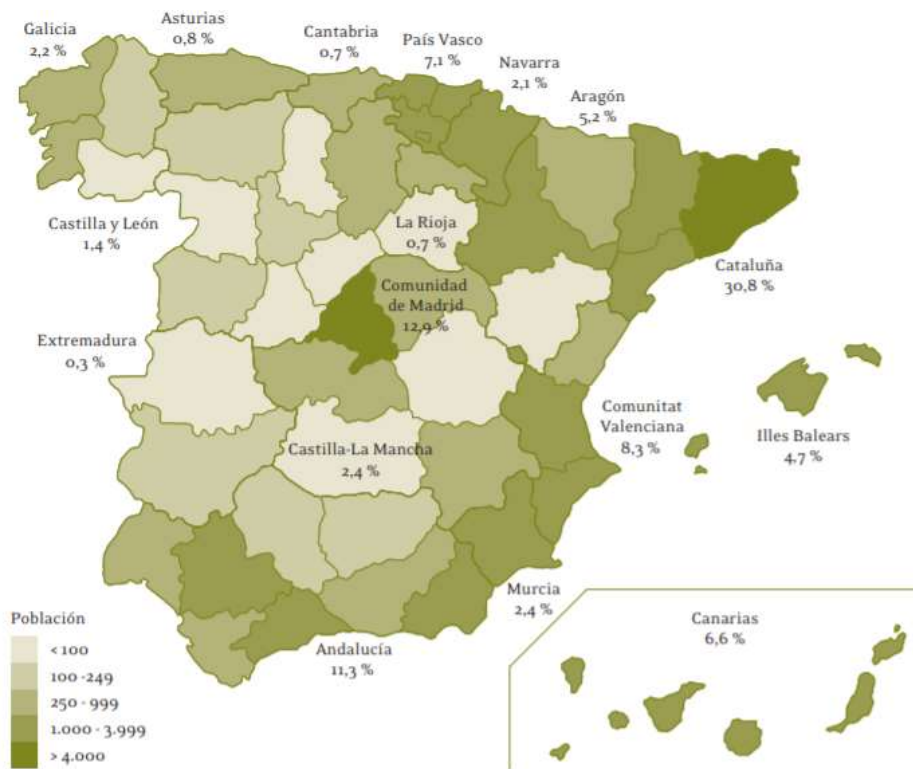
Galicia	46,815
Comunidad de Madrid	335,065
Región de Murcia	104,035
Comunidad foral de Navarra	56,055
País Vasco	223,82
La Rioja	33,77
Ciudad Autónoma de Ceuta	0,435
Ciudad Autónoma de Melilla	0,005
Total	3652,13

(Fuente: *Fundación Wassu-UAB, 2019*).

De este modo, la comunidad autónoma que presenta un número más elevado de niñas en riesgo de ser mutiladas supone Cataluña, manifestando gran diferencia respecto a las demás comunidades. Después en cuanto a la incidencia, con cifras similares, se hallan la Comunidad de Madrid y Andalucía. Luego respecto a los datos de niñas en riesgo están la Comunidad Valenciana, y el País Vasco. Seguidamente en un nivel medio se sitúan Aragón, Canarias, las Islas Baleares, Castilla- La Mancha, y Murcia. Las otras comunidades autónomas incluyen cifras notablemente más bajas de niñas en riesgo de MGF, por debajo de 60. Resulta relevante mencionar que, en la Ciudad Autónoma de Ceuta, y en la Ciudad Autónoma de Melilla existe la menor incidencia.

Al mismo tiempo, es preciso señalar que el conjunto de asociaciones denominado End FGM ha efectuado una estimación del número de mujeres que han sufrido la MGF en España. Conforme a esta fuente en 2019 dentro del territorio español 15,907 mujeres habían padecido esta práctica. También, se ha llevado a cabo una aproximación de las mujeres que han experimentado la MGF en la totalidad de Europa, correspondiendo con una cifra superior a 600,000 mujeres en 2019. (End FGM, 2019). De acuerdo con ACNUR, de 2008 a 2013 el Estado español proporcionó protección a alrededor de 20 mujeres por razón de esta técnica (Fundación Wassu-UAB, 2019).

Mapa de la distribución territorial de la población femenina de origen MGF, 2016:



Fuente: Kaplan, A.; López, A. (2017) *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*, *Antropología Aplicada 3*, Bellaterra, Fundació Wassu-UAB.

Generalmente se lleva a cabo el acto durante la infancia de las niñas, desde el periodo de la lactancia hasta los quince años. Un elevado número de países lo realizan en edades inferiores a cinco años. (UNICEF, 2016).

De igual modo, se debe introducir las distintas clases de mutilación genital femenina que existen, a fin de comprender que procedimientos se realizan sobre los órganos sexuales de las mujeres y las niñas. Según la Organización Mundial de la Salud hay cuatro tipos de mutilación genital femenina, aunque posiblemente los métodos se modifiquen en base a diferentes factores que incluyen el grupo étnico y el área geográfica. La primera clase se denomina clitoridectomía, implica cercenar el prepucio del clítoris, pudiendo integrar también la erradicación completa o parcial del clítoris. Dentro de la cultura islámica se utiliza el término sunna y representa una circuncisión, y en los países africanos se iguala a la circuncisión masculina. El segundo tipo es la ablación/escisión, que entraña amputar el prepucio y el clítoris, además de los labios menores de forma íntegra o en parte, sin modificar los labios mayores. (Gallego, y López, 2010).

En tercer lugar, se encuentra la infibulación, en la cual el clítoris, los labios menores, y los mayores se extraen enteramente. A posteriori se procede a coser las dos partes de la vulva, por lo tanto, solamente se conserva una abertura por la que pasa la orina y el flujo menstrual. El cuarto tipo, abarca las prácticas que conllevan eliminar algún fragmento o el conjunto de los órganos sexuales femeninos. Este grupo engloba diferentes métodos que presentan mayor o menor gravedad. Se incluyen en estas técnicas la punción, colocación de un anillo o la incisión del clítoris y/o de los labios vaginales, suturar y comprimir el clítoris y/o los labios vaginales, y cauterizar el clítoris y el tejido cercano. La cuarta categoría además comprende otra clase de procedimientos, que entrañan insertar hierbas corrosivas en la parte interior de la vagina con el fin de generar sangrado o reducir su tamaño, raspar el tejido unido a la abertura vaginal, cortaduras dentro de la vagina, etc. Este último conjunto se incorpora al tener consecuencias para los órganos sexuales femeninos. (Gallego, y López, 2010).

Existen estimaciones que muestran que del total de la MGF que se practica aproximadamente un 90% representan métodos del primer, segundo y cuarto tipo, y un 10% corresponde a técnicas incluidas en el tercer tipo. Esta tercera clase se lleva a cabo fundamentalmente dentro de los países africanos del noreste, integrando Djibouti, Eritrea, Etiopía, Somalia y Sudán. Los tipos uno y dos se realizan frecuentemente en las regiones de África Occidental. (World Health Organization, 2021).

2.4 Las justificaciones que respaldan la mutilación genital femenina:

Es importante destacar, la forma de entender el feminismo en África, a fin de poder comprender en mayor medida el modo de interpretar el mundo de las mujeres africanas, y por ende conocer porqué se mantiene la MGF.

Antes que nada, en el marco del **feminismo decolonial**, se integran diferentes feminismos, englobando los feminismos africanos. Se puede definir el feminismo decolonial como “un movimiento en pleno crecimiento y maduración que se proclama revisionista de la teoría y la propuesta política del feminismo dado lo que considera su sesgo occidental, blanco y burgués” (Cubillos, 2014, p.266-267). De este modo parece necesario especificar los feminismos africanos: “encapsulan los diferentes tipos de teorías igualitarias y esfuerzos orientados a mejorar la condición de la mujer africana.” (Amaefula, 2021, p.290). Las feministas que siguen esta última línea, consideran que el

hombre se encuentra en una posición ventajosa frente a la mujer, al disponer de dividendos patriarcales y utilizar a las mujeres. En consecuencia, actúan para intentar acabar con las injusticias impuestas sobre las mujeres. (Amaefula, 2021).

Adicionalmente, existen distintas corrientes dentro de los feminismos africanos. El womanism, movimiento creado por la autora afroamericana Alice Walker, en 1983, supone un tipo de feminismo que se dirige al conjunto de las mujeres negras, con el objetivo de hacer frente a discriminaciones asociadas al género, la raza y el estatus socioeconómico. Posteriormente, Ogunyemi, en el año 1985, cambia el enfoque de esta última corriente, ocupándose de las necesidades particulares de las mujeres de África y de las vivencias dispares respecto a las afroamericanas, denominándola african womanism. Ulteriormente, Cleonora Hudson-Weems, una mujer afroamericana, volvió a realizar una modificación y se fija el nombre africano womanism, para la totalidad de las mujeres que derivan del continente africano. La iniciativa supone una separación drástica de los feminismos occidentales y propugna que las mujeres africanas pueden autonombrarse y autodefinirse. (Zirion, y Idarraga, 2014).

De igual manera, más adelante (año 1994) se funda el stiwanism, por Molaria Ogundipe-Leslie, a fin de trasladar la importancia de que formen parte las mujeres de la reforma social africana. En 1995, la autora Acholonu, procedente de Nigeria, establece el motherism, que se va a centrar en la maternidad, la crianza, y el respeto hacia el medioambiente. Por lo tanto, ser feminista según esta corriente conlleva seguir el pacifismo, el humanismo, y velar por la colaboración de los dos sexos. Después, se configura el nego-feminism, por parte de la mujer nigeriana Obioma Nnaemeka, que tiene como pilares la negociación y el apoyo mutuo. También se inspira en las ideas de ofrecimiento y recepción, que están integradas dentro su cultura natal, llamada Igbo, y en culturas africanas adicionales. (Zirion, y Idarraga, 2014).

Añadiendo, conviene destacar la perspectiva de los feminismos africanos de la MGF, dado que permite aproximarse a varias de las visiones africanas de esta práctica. Los feminismos africanos negros (incluye womanism, stiwanism, motherism, nego-feminism, y otras corrientes), consideran esta técnica como un elemento del patriarcado y con un carácter dañino para la salud de las niñas y las mujeres. También, se valora desde este enfoque que la MGF se utiliza a fin de mantener el sistema patriarcal, al emplear una filosofía que pretende someter a las mujeres. (Diop, 2017). Sin embargo, existen determinados feministas dentro de los feminismos africanos negros que amparan esta

práctica, porque a nivel objetivo no se puede categorizar de inmoral, al no contar con estándares éticos de carácter neutral. Incluso sostienen que para algunos estados no se encuentra vinculado a la contención del deseo sexual femenino, y su implementación responde a la aceptación de la costumbre. (Dahan, 2004).

Concretamente, se va a introducir el punto de vista de distintas activistas africanas de la MGF. Según Alice Walker la MGF representa un acto de muy alta gravedad, en consecuencia, no se debe invertir tiempo en el entendimiento y la conversación sobre esta materia. Ella recurre a la desacreditación de las mujeres que implementan este procedimiento, caracterizándolas como incultas y perversas, y manifiesta que no logra comprender que su ejercicio responda a razones sociales. (Guerra, 2008). Por otro lado, cabe señalar uno de los mensajes que transmite Waris Dirie, en su obra *Flor del Desierto*: *“Siento que Dios creó mi cuerpo perfecto de la forma en que nací. Entonces el hombre me robó, me quitó el poder y me dejó lisiada. Me robaron la feminidad. Si Dios hubiese querido que faltaran esas partes del cuerpo, ¿por qué las creó? ...”* (Goodreads, 2021).

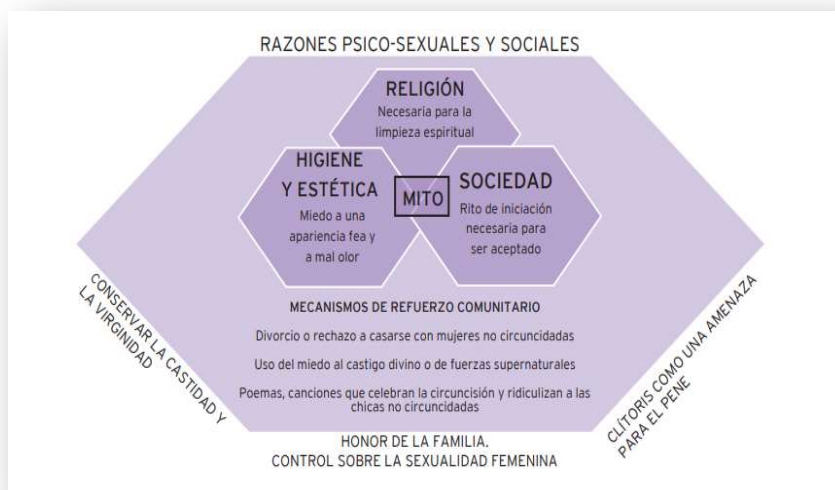
Del mismo modo, Ayan Hirsi explica la MGF como una práctica *“que se hace para matar la libido sexual de las niñas, y para asegurar la virginidad en el matrimonio. Es una práctica utilizada para controlar a las mujeres...”* (American Legislative Exchange Council, 2019). También, Nawal el Saadawi, durante una entrevista manifiesta que al ser médica se opone a esta práctica. Más tarde, en su relato, ella expresa como sufrir la MGF le generó rabia, y la ha canalizado a través de la ayuda a otras mujeres, niños, y hombres. (Zabalbeascoa, 2017). La activista Jaha Dukureh, muestra su oposición a esta práctica, y en una de sus manifestaciones expresa *“Estas cuestiones me tocan de cerca, forman parte de la historia de mi vida. No tendremos igualdad hasta que las niñas puedan crecer teniendo el control de su cuerpo y de su futuro”* (ONU Mujeres, s. f.). Además, Asha Ismail, proporciona una explicación de por qué se somete a las mujeres a la MGF *“... La mutilación no depende de la economía, la clase social, los estudios: se hace porque quieres ser aceptada”* (Jurado, 2018).

Parece esencial incluir el testimonio de una mujer africana que fue liberada de padecer la MGF por su hermana, debido a que permite conocer algunas razones que existen en África, para amparan la implementación de esta técnica a las niñas y las mujeres. Una mujer africana, Rebbi Sebei, que formó parte de la comunidad Pokot a lo largo de su infancia, que pertenece a East Pokot, expresó: *“En mi comunidad Pokot, no hay forma de*

que vivas como una niña o una mujer sin ser circuncidada, especialmente cuando todas tus amigas han sido cortadas. Mi tía era una gran defensora de la mutilación genital femenina. Así que le informé que quería circuncidarme al igual que mis amigas y ella me apoyó. Dado que mi madre nunca ha sido partidaria de la mutilación genital femenina (MGF)...” (Kendi, 2018).

Además, detrás de la mutilación genital femenina (MGF) se encuentran cinco mitos que se utilizan para justificar su implementación. Resulta posible establecer que mediante todos estos se intenta controlar la sexualidad femenina, y en consecuencia mantener a las mujeres en una posición de sometimiento. (Hermida, 2017 a).

Mapa mental de argumentos de la MGF:



Fuente: Datos recopilados de: UNAF, *GUÍA PARA PROFESIONALES LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN ESPAÑA*.

Primeramente, se hallan los motivos de naturaleza sexual y reproductiva. Se considera que esta práctica aumenta la fertilidad en la pareja. Porque se piensa que el clítoris pone en riesgo al hombre durante las relaciones sexuales, y también puede causar complicaciones en el parto para el feto. Al mismo tiempo, se recurre a extirpar parcialmente el exterior de los órganos sexuales femeninos para que el acto sexual no resulte placentero para las mujeres. En aquellos casos en los que la MGF se realiza a lo largo de la infancia se pretende mantener la virginidad de las mujeres hasta el matrimonio, al ser necesario que se encuentren en este estado para poder ser aceptadas por un varón. Dentro de este grupo de explicaciones se incorpora la idea de que estos procedimientos

garantizan que la esposa actúe de manera fiel y no tenga relaciones sexuales con otros hombres, al no presentar deseo sexual, y por ende se puede conservar la estima familiar. (Hermida, 2017 a).

Asimismo, hay fundamentos que apelan a la estética. Estas concepciones sostienen la fealdad de los órganos sexuales femeninos, por su carácter abultado. Otra vertiente de estas visiones entiende que se deben extirpar los genitales de las mujeres con el objetivo de eliminar un atributo varonil, y por lo tanto permite que ellas se vuelvan enteramente femeninas. La MGF se utiliza en determinadas tribus para diferenciar a las mujeres de los hombres, al resultar parecidos el pene y el clítoris. Concretamente en la etnia senegalesa bambara se considera que el clítoris puede dañar al varón, y en el pueblo peuls se comprende que si este último adquiere un gran tamaño se imposibilita la inserción del miembro masculino. De esta forma, en general se intenta incrementar el atractivo de la mujer para el varón. (Hermida, 2017 a).

En tercer lugar, existen justificaciones relacionadas con la pureza, que implican creer que la MGF permite limpiar a la mujer. En consecuencia, ella adquiere mayor decencia, además de mejorar la aceptabilidad o reputación propia y familiar. Frecuentemente se prioriza en esta materia las exigencias ligadas al matrimonio frente al sufrimiento que ocasiona en las niñas. Cuando una mujer no se somete a este procedimiento se la excluye de determinadas actividades de la colectividad. También, algunas instituciones sociales recurren a la ablación como modo de incrementar su nivel de dominio, incluyendo a las purificadoras que lo emplean a fin de conservar su alto estatus social. (Hermida, 2017 a).

Igualmente, están los argumentos de carácter religioso. La MGF se comenzó a implementar previamente al surgimiento de las religiones monoteístas, de modo que si se analiza según la historia y la cronología no resulta posible determinar que la causa corresponde ni al cristianismo, ni al islam. Específicamente, en el caso de la religión cristiana, dentro de la Biblia no se alude a la MGF. Posiblemente este procedimiento atente contra la noción de buena creación que estableció Dios, puesto que, si todos los órganos que presentan las personas cuentan con una utilidad y un rol concreto, entonces esta idea también se debe aplicar a los órganos sexuales femeninos. Al mismo tiempo, la finalidad de mantener vírgenes a las niñas, contradice las concepciones de virtud y vida virtuosa. (Hermida, 2017 a).

Por otra parte, parece que tampoco se puede explicar completamente por el islam, al no realizar la MGF un número notable de musulmanes, se ajusta en mayor grado a una técnica antigua de África. En el interior del Corán no aparece este método como precepto. Esta religión considera que se tiene que cuidar el cuerpo femenino, y que una mujer puede disfrutar de las relaciones sexuales, y que cuenta con la posibilidad de divorciarse si esto no se cumple. Las hijas de Mahoma no sufrieron la ablación. Sin embargo, ciertos predicadores recurren al islam a fin de que se ejecute la MGF, en países musulmanes se observa en la Sharía (ley islámica). Determinados teólogos apelan a la tradición para justificar la implementación de esta técnica, aunque no constituye un deber como la circuncisión masculina. (Hermida, 2017 a).

También, se utilizan los Hadices para crear las leyes islámicas, existen tres que tratan la MGF. En el número uno se aborda la forma de asearse después del coito. El segundo está destinado al tipo de ablación, que incluye por parte del Profeta la proscripción de la infibulación y la sugerencia de la escisión en los casos en que resulte ineludible. A partir de este hadiz numerosos muftís (doctores de la ley) entienden que no se permite la infibulación, e incluso ciertos de ellos deducen que además se aconseja la escisión. Mientras que para otros muftís en el texto no se propone la ablación, se ciñe a reducir la envergadura de la MGF. El tercer hadiz presenta la ablación como makrumah, significa que proporciona estima y es conveniente para las mujeres musulmanas; se debate su posible clasificación de débil. (Hermida, 2017 a).

Del mismo modo, el derecho islámico también se basa en la jurisprudencia (iytihad), integra la ichmá (acuerdo entre especialistas respecto al significado de la ley) y la quiyás (analogía). En el caso concreto de la MGF no se ha logrado conseguir un consenso real, existiendo diferentes concepciones desde un deber, o una sugerencia, hasta desaconsejar su realización. De modo que ante la falta de acuerdo los muftís adoptan decisiones apoyándose en leyes actuales (la analogía), en cuanto a la integridad física y la proscripción de lesionar. Actualmente los líderes religiosos con mayor frecuencia e intensidad desaprueban la MGF. Estas explicaciones religiosas son las que han recibido la mayor difusión, y su freno parece muy complejo, aunque su influencia se encuentra en declive. (Hermida, 2017).

En último lugar, la MGF también se apoya en alegatos de índole sociocultural. La realización de esta práctica representa un rito a través del cual las niñas transitan de la niñez a la adultez, al incorporarse en ellas su rol sexual como mujer desarrollada. El ritual

va a determinar para las mujeres el grado de intervención social, su papel, y su introducción real en la sociedad. La persona que lleva a cabo en cada caso la MGF recibe una cuantía económica, a menudo se efectúa por la élite del grupo social. En ocasiones este método se implementa de forma anticipada para impedir que las niñas se acuerden del momento en que fueron mutiladas. La MGF presenta una mayor vinculación con la tradición y la cultura, respecto a la religión. (Hermida, 2017 a).

2.5 Las consecuencias de la mutilación genital femenina:

Conviene señalar las consecuencias de la MGF, puesto que en el presente trabajo se analiza la realidad de las niñas y las mujeres que son sometidas a esta técnica. En términos generales la MGF provoca daños a nivel físico, reproductivo, psicológico, social, y sexual para las mujeres que lo padecen (Jiménez, Almansa, Pastor, y Pina, 2012).

Primeramente, esta práctica desencadena **consecuencias físicas**, tanto instantáneas como a largo plazo:

Dentro de los efectos que se generan al **momento** de la MGF puede existir:

- La **hemorragia**, al desencadenarse tras la incisión un sagrado elevado en el área perineal, dado que cuenta con gran número de vasos sanguíneos, y por lo tanto se origina al fracturar un tejido arterial y venoso o por la dislocación de un coágulo.
- Otra posible dificultad supone la **anemia aguda posthemorrágica**, un síndrome en el que la persona presenta una cantidad de glóbulos rojos inferior a la media, fruto del sangrado durante el procedimiento.
- También, las niñas pueden experimentar **shocks** de distinta índole, incluyendo el hipovolémico hemorrágico ocasionado por la abundante pérdida de sangre al realizar la cortadura, el distributivo séptico resultante de la eliminación copiosa de líquidos que tiene su origen en fuertes endotoxinas, y el neurogénico por razón del intenso dolor que entraña el corte. (Jiménez, Almansa, Pastor, y Pina, 2012).
- Al mismo tiempo la incisión está relacionada con un **dolor profundo**, al encontrarse numerosas terminaciones nerviosas en el área genital e implementarse la técnica con un reducido nivel de anestesia o sin ella. El dolor disminuirá a medida que se sana la herida.

- La MGF puede ser una vía de **transmisión de infecciones**, con una gravedad variante, de una infección localizada a una septicemia, al no llevarse a cabo una buena esterilización de los instrumentos. Estas infecciones integran el tétanos, el VIH o el SIDA, la hepatitis B y la C, cistitis y vulvovaginitis.
- Además, a lo largo del acto resulta posible **lisiar la uretra, la vagina, el perineo y/o el ano**, dependiendo del grado de competencia del sujeto que efectúe la incisión y de la efectividad con que se agarre a las niñas o mujeres.
- Ellas tal vez sufran **retención urinaria**, al sentir un elevado dolor al orinar o como resultado de una inflamación secundaria causada por una herida del conducto uretral.
- Incluso en algunos casos la MGF provoca el **fallecimiento**, porque no se consiguen controlar otros efectos que surgen. (Jiménez, Almansa, Pastor, y Pina, 2012).

Hay varias consecuencias de la MGF a **largo plazo**, después de las diez horas posteriores al procedimiento, se van a introducir las que se presentan con mayor frecuencia:

- La **anemia severa** constituye una repercusión, por causa de la hemorragia originada durante el proceso, unida a anemia hereditaria y malnutrición.
- También, existe la posibilidad de que se genere **uno** de los **cuatro tipos de cicatrización anormal**. La fibrosis implica la creación de tejido fibroso en los genitales. El segundo tipo son los queloides, que corresponden a daños en la piel, porque se desarrolla excesivamente el tejido cicatricial. Otra forma de cicatrización anormal constituye la sinequia, en la cual se unen de modo anómalo los labios mayores o menores, en parte o completamente. El cuarto tipo representa la rotación de tejidos, que se produce por una falta de piel como resultado de una cicatrización anormal y una disminución de su volumen. (Jiménez, Almansa, Pastor, y Pina, 2012).
- Por otro lado, las niñas o mujeres adquieren una **mayor propensión** para **contagiarse de enfermedades de transmisión sexual**, al no efectuarse la MGF en un lugar desinfectado, usar cualquier instrumento, no esterilizar los utensilios cuándo se emplean en distintos casos, y encontrarse más expuestas a heridas de rozamiento cuándo se produce la inserción del pene, entre otros factores.
- Esta práctica modifica la vagina y los conductos urinarios, por lo tanto, puede desencadenar dificultades para orinar, y en consecuencia se aumenta la

probabilidad de que se multipliquen los microbios y se generen **continuamente infecciones**. (Jiménez, Almansa, Pastor, y Pina, 2012).

- De igual modo, resulta posible la aparición de **fístulas vésico-vaginales y recto vaginales**, derivadas de un proceso infeccioso, que al inicio se manifiesta a modo de absceso y gradualmente se transforma en una fístula. En ocasiones las fístulas surgen de eventos traumáticos del acto.
- Por último, las niñas o mujeres pueden experimentar **dismenorrea secundaria**, es un trastorno de la menstruación, vinculado a problemas ligados a esta técnica, que se distingue por un elevado dolor durante el período. (Jiménez, Almansa, Pastor, y Pina, 2012).

Añadiendo, la **infibulación** acarrea **consecuencias adicionales**, por su naturaleza más agresiva. Se van a abordar una serie de ellas:

- En primer lugar, este tipo de MGF, puede provocar **dismenorrea grave**, al permanecer retenido el flujo menstrual, en el estrecho orificio que se deja.
- También, posiblemente las niñas o mujeres padezcan **estenosis (estrechamiento) introito vaginal y de la vagina**, porque se unen partes de la vagina.
- Al mismo tiempo, la infibulación puede dar lugar a **hematocolpos y hematómetra**, cuándo la abertura de la vagina se reduce excesivamente, si la mujer conserva su virginidad, se mantiene el flujo menstrual dentro de la vagina y la cavidad uterina.
- Otro efecto supone las posibles **infecciones pélvicas de carácter crónico**.
- Finalmente, se pueden presentar **complicaciones relacionadas con orinar**, como resultado del estrechamiento de la vagina que entraña la infibulación, causando que se obstruya la orina por la cicatriz y se formen piedras de escaso tamaño y quistes sebáceos. (Jiménez, Almansa, Pastor, y Pina, 2012) (Jiménez, Almansa, Pastor, y Pina, 2012).

Adicionalmente, es necesario resaltar las **consecuencias** de la MGF **de naturaleza reproductiva**, denominadas obstétrico-ginecológicas:

- Según una investigación efectuada por la OMS las mujeres que han sido sometidas a esta práctica tienen una probabilidad más alta de experimentar **problemas a lo largo del parto**, a diferencia de aquellas que no lo han padecido. Las dificultades generalmente se manifiestan en mujeres que se les ha

implementado el tipo 2 y el tipo 3 de MGF. De la indagación se hallaron **diferentes problemas**, algunos se consideraron de mayor relevancia: (Jiménez, Almansa, Pastor, y Pina, 2012).

- ❖ En primer lugar, se debe recurrir con más asiduidad a la ejecución de **cesáreas**, y se desencadenan en una proporción superior las **hemorragias postparto**.
- ❖ Regularmente se mantienen en el **hospital un tiempo más elevado**.
- ❖ Se practican con mayor frecuencia **episiotomías**, que implican un corte quirúrgico en la parte lateral o media del periné, para facilitar que salga el feto.
- ❖ También, las mujeres presentan mayor riesgo de **fallecer** durante el parto.
- ❖ Se llevan a cabo más **reanimaciones a recién nacidos** de madres que han sido mutiladas.
- ❖ Existe una posibilidad mayor de **morir antes y después** del parto en **descendientes** de mujeres que cuentan con el tipo 2 y el tipo 3. (Jiménez, Almansa, Pastor, y Pina, 2012).

De la misma manera, se han descubierto **dificultades adicionales** de índole obstétrico-ginecológicas:

- Se aumenta la probabilidad de que a lo largo del embarazo las mujeres se enfrenten a **procesos infecciosos**. Puesto que se incrementan el número de vasos sanguíneos en el área vaginal y se vuelven más laxos los músculos del perineo, y esto se junta con la continua humedad en la parte inicial del canal urinario como consecuencia de la infibulación.
- Además, las mujeres que han sufrido la MGF, principalmente las clases 2 y 3, presentan **contratiempos** a la hora del **parto**. A causa de la práctica en estas mujeres el perineo se ha cubierto de tejido cicatricial, por ende, ha perdido flexibilidad, esto impide que se pueda explorar la vagina y chequear la evolución del parto. (Jiménez, Almansa, Pastor, y Pina, 2012).
- Concretamente, para aquellas que han padecido la **infibulación alumbrar** resulta **prácticamente inviable**, debido a que el introito vaginal se encuentra tapado por la cicatriz y la expulsión del recién nacido es muy difícil. Existe la posibilidad de que se desencadenen **desgarros perineales y hemorragias severas**, por razón de

la fuerza que el feto ejerce en el canal del parto. En el caso de estas mujeres todas las acciones que entraña el parto se complican, propiciando que surjan **fistulas obstetricias**. Para facilitar este proceso se implementa la “des-infibulación”, en mujeres que han experimentado la infibulación. Después del alumbramiento se procede a efectuar la infibulación, con los peligros que entraña, mencionados previamente, sumados a dificultades reproductivas adicionales a largo plazo. Por otra parte, existe la posibilidad de que los recién nacidos de madres mutiladas con tipo 3 presenten **asfixia neonatal**, generado por las propiedades del área vaginal y los problemas durante el proceso del parto. Esta dificultad tiene efectos negativos en el neonato, incluyendo daño cerebral y el fallecimiento. (Jiménez, Almansa, Pastor, y Pina, 2012).

- En último lugar, las mujeres sometidas a la MGF pueden presentar **infertilidad primaria**. Conforme a una investigación de Almoth et al en 2005, cuánto más agresiva sea la práctica mayor probabilidad hay en cuanto a infertilidad primaria. Se pueden producir procesos infecciosos en la vagina, porque la incisión ha lesionado el tejido genital y ha introducido microbios. También, las niñas en etapas anteriores a la pubertad cuentan con un menor grado de protección frente a infecciones, por lo tanto, resulta posible que los procesos infecciosos se extiendan al útero y a las trompas de Falopio, que puede derivar en una infertilidad primaria. Los cambios anatómicos que la MGF provoca en la vulva de las niñas, posiblemente origine modificaciones a nivel estructural y fisiológico, que pueden desencadenar consecuencias perjudiciales para la reproducción. (Jiménez, Almansa, Pastor, y Pina, 2012).

Por añadidura, las mujeres que padecen la MGF manifiestan **consecuencias psicológicas**:

- Primeramente, existen testimonios de mujeres que relatan **sentimiento de engaño** respecto a personas con quien mantienen vinculación emocional.
- Además, aunque no se conoce con exactitud la incidencia de determinados trastornos de forma aislada, se ha reportado la presencia de **depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT)**, entre **otras repercusiones psicológicas**. (Whitehorn, Ayonrinde, y Maingay, 2002).

Se considera que el impacto psicológico seguramente sea menor en sociedades que practican esta técnica regularmente, puesto que las vivencias se interiorizan como

cotidianas. Algunos autores afirman que posiblemente las niñas que han sufrido los tipos de MGF más severos o que tuvieron problemas durante el acto, muestren con mayor frecuencia TEPT. Ligado al TEPT ellas pueden experimentar flashbacks, que se estimulan al acordarse del procedimiento, pudiendo aumentar en intensidad cuándo mujeres más susceptibles viven determinados acontecimientos, incluido mantener actos sexuales, revisiones ginecológicas y dar a luz. Se estima que hay comunidades en las no haber sufrido la MGF acarrea efectos psicológicos más severos a los del trauma derivado de esta práctica. (Whitehorn, Ayonrinde, y Maingay, 2002).

- De igual forma, otra consecuencia psicológica supone el **dolor crónico**, por razón del trauma o de dificultades de índole física vinculadas a la práctica. Este efecto genera una mayor propensión a sentirse abatido, una disminución en la sociabilidad, considerarse incompetente, culpabilidad, y hasta pensamientos relacionados con el suicidio.
- También, la causa de una incapacidad física, propicia la **soledad y disminuye la participación social**. (Whitehorn, Ayonrinde, y Maingay, 2002).
- Se han manifestado **fobias, somatizaciones** (Mulongo, Hollins, y McAndrew, 2014), y **terrores nocturnos** (Kaplan, Torán, Bedoya, Bermúdez, Moreno, y Bolívar, 2006).
- Concretamente, determinadas niñas y mujeres padecen el **síndrome de la ansiedad-depresión enfocada genitalmente**, que entraña continuo desasosiego respecto a cómo se encuentran sus genitales y temor a ser estériles (Jiménez, y Granados, 2016).
- Cabe destacar que generalmente las **mujeres inmigrantes en occidente** presentan implicaciones psicológicas **asociadas a disparidades culturales**, al mantenerse en el país de acogida una visión negativa de la MGF:
 - ❖ Posiblemente ellas experimenten **conflictos internos serios** acerca de su identidad y lealtades a la cultura de origen. En consecuencia, las mujeres sienten desprecio, desconcierto, impotencia, que fallan a su familia, y vergüenza.
 - ❖ Resulta probable que se creen **traumas** derivados de la vergüenza, al habitar dentro de sociedades en las cuales se considera la MGF un delito y se percibe como aberrante a nivel moral. Esta última emoción también posiblemente

conduzca a que **se reduzca su participación social y su autoestima**. (Jiménez, y Granados, 2016).

Por otra parte, la MGF acarrea **consecuencias de naturaleza social** (Jiménez, Almansa, Pastor, y Pina, 2012):

- Primeramente, si una mujer no se encuentra mutilada posiblemente enfrente el **riesgo de no poder contraer matrimonio**, al ser necesaria esta práctica para avalar la virginidad. La posición de la mujer se ve realzada después de haber padecido este procedimiento. (Whitehorn, Ayonrinde, y Maingay, 2002).
- Además, debido a este procedimiento y a las emociones que provoca las mujeres adoptan una **personalidad calmada y suave**, que desencadena que actúen de forma subordinada y cumplidora. A este modo de proceder, en las mujeres, se le otorga mucho valor dentro de un gran número de sociedades que realizan la MGF, al favorecer la subordinación al varón y por ende incrementa la probabilidad de ser aptas para el matrimonio. (Jiménez, Almansa, Pastor, y Pina, 2012).
- Adicionalmente, las mujeres que no llevan a cabo los ritos de paso, incluida la MFG, y residen en occidente, se enfrentan a **tres tipos de alteridades**:
 - ❖ La primera supone **ser mujer**, a causa de las desemejanzas entre los dos sexos, que en el caso femenino entraña entre otras cuestiones la complementariedad y una posición social, dentro de sociedades androcéntricas. Por lo tanto, afecta en grados distintos a la totalidad de las mujeres.
 - ❖ En segundo lugar, ellas experimentan la **alteridad cultural**, al encontrarse en situación de migrante. Puesto que, presentan disparidades a nivel racial, étnico, religioso, de idioma, o de tradición, respecto a la mayoría dentro del país receptor. De este modo van a padecer una discriminación más acentuada y compleja, porque no se respetan varias de sus características, en estas sociedades marcadas por el etnocentrismo. (Nuño, 2017).
 - ❖ Como resultado de sentirse las mujeres excluidas y menospreciadas, posiblemente proporcionen un mayor valor a los ritos de paso, al permitirles formar parte de su comunidad de origen.
 - ❖ Por último, si ellas no acatan los ritos pueden además sufrir una tercera alteridad, que conlleva recibir el **rechazo de la propia etnia y cultura**.

Este hecho puede considerarse bastante grave para las mujeres, porque se atribuye en determinadas culturas una gran importancia a la familia y el grupo para la confección de la identidad y se puede perjudicar la reputación familiar al no realizar el rito. (Nuño, 2017).

Finalmente, existen **consecuencias de naturaleza sexual** asociadas a la MGF:

- Una de las repercusiones supone **estenosis introito vaginal**.
- También, las mujeres pueden experimentar **dispareunia** (Kaplan, Torán, Bedoya, Bermúdez, Moreno, y Bolívar, 2006), que implica padecer dolor cuándo se mantienen relaciones sexuales (Kaplan, Hechavarría, Martín, y Bonhoure, 2011).
- De igual modo, como resultado de la práctica **se reduce el impulso sexual**, se pueden **no producir orgasmos**, **se altera la percepción** a nivel **sexual**, y la **sexualidad** se experimenta de un **modo atípico** (Kaplan, Torán, Bedoya, Bermúdez, Moreno, y Bolívar, 2006).

2.6 El sexo, el género y la relación con la mutilación genital femenina:

Asimismo, conviene destacar el significado del constructo género y su relación con el término sexo. Dado que en este trabajo se pone el foco en la MGF, y esta técnica se practica en las mujeres y las niñas inmigrantes por pertenecer al sexo y género femenino. Una forma de explicar el sistema sexo/género es “el modo esencial, que no contingente, en que la realidad social se organiza, se divide simbólicamente y se vive experimentalmente. Entiendo por sistema de género/ sexo la constitución simbólica y la interpretación socio-histórica de las diferencias anatómicas entre los sexos.” (Cobo, 2005, p.253).

Además, el género se puede definir como “el conjunto de ideas, representaciones, prácticas y prescripciones sociales que una cultura desarrolla desde la diferencia anatómica entre mujeres y hombres, para simbolizar y construir socialmente lo que es “propio” de los hombres (lo masculino) y “propio” de las mujeres (lo femenino).” (Lamas, 2000, p.2).

De igual modo, se debe introducir el concepto de violencia basada en el género, dado que se encuentra vinculada a la MGF, una posible aproximación supone “una gama de

costumbres y comportamientos en contra de niñas y mujeres; incluyendo violencia del compañero sexual, violencia en el hogar, ataques físicos a mujeres, abuso sexual de niños y violación.” (amfAR, 2005, p.1). Casi siempre se origina por reglas de naturaleza cultural y social que sitúan al varón en una posición ventajosa frente a la mujer, al disponer de mayor control y mando dentro de la sociedad (amfAR, 2005).

Concretamente, en este tipo de violencia se puede englobar la MGF, porque se realiza únicamente por razón de género. Se valora como una modalidad muy grave de discriminación hacia las mujeres, que muchas veces se presenta junto a otras manifestaciones de violencia dirigidas al género femenino. Representa una muestra de violencia de género contra la mujer, altamente atroz, descarriada, y discriminatoria, y que genera una señal irremediable y permanente para toda la vida. Este procedimiento es aún más brutal y perjudicial a nivel moral si se tiene en cuenta que se ejecuta por los progenitores o parientes directos de las mujeres. (Vallejo, 2014).

Cabe resaltar el efecto de la MGF en “ser mujer”, para profundizar sobre su repercusión. Desde mi punto de vista, esta práctica no permite a las personas del género femenino sentirse cómodas, orgullosas, y dueñas de su propio cuerpo, también restringe la posibilidad de expresarse por completo a nivel corporal del modo que cada una desee. En consecuencia, coarta en gran medida la libertad de la mujer y la sensación de sentirse plena, incluyendo el placer y la autoexploración. Además, transmite la idea de que para vivir la feminidad se requiere más que ser como una es, al tener que realizarse cambios, por lo tanto, afecta al autoconcepto y a la autopercepción.

Por otra parte, mediante la MGF se impone desde fuera a las niñas o mujeres el ritmo de desarrollo, cuándo realmente en cada persona se produce de forma distinta. De esta manera se disminuye el orgullo y el valor de ser mujer, no encontrándose equiparada con el hombre. De igual manera, más allá del propio acto, este procedimiento determina en un alto grado el rumbo que se debe seguir si se forma parte del género femenino, sin contar con la potestad de elegir hacia dónde prefieren dirigir su vida como mujer, y ciertamente si se reflexiona existen bastantes opciones para vivir la feminidad.

2.7 Derechos humanos (Declaración universal, CEDAW, Convención de los derechos del niño) y la mutilación genital femenina:

Resulta esencial abordar los derechos humanos que se vulneran en la MGF, debido a que constituye una consecuencia de esta práctica, y porque representa una creación que vela por los derechos de las personas, integrando las niñas y las mujeres, a nivel global. Según una declaración configurada por diferentes agencias de la ONU, la MGF supone una transgresión de derechos humanos, una clase de discriminación fundamentada en el género y una modalidad de violencia dirigida hacia las niñas (Williams-Breault, 2018).

Específicamente, mediante este procedimiento se infringen numerosos principios, reglas, y estándares establecidos dentro de los derechos humanos, en la **Declaración universal de derechos humanos**. Se quebranta:

- El principio de igualdad y no-discriminación fundado en el sexo.
- El derecho a vivir (si la técnica desencadena que fallezca la niña).
- El derecho a ser rescatado de tortura y de trato o condenas atroces, despiadas o denigrantes.
- Los derechos de los niños.
- También, se vulnera el derecho a obtener el mayor grado posible de salud, a causa de que se provocan lesiones en el tejido del área genital sin requerimiento médico y posiblemente se ocasionen efectos altamente nocivos a nivel corporal y psíquico en las mujeres.
- La Declaración Universal de Derechos Humanos integra el artículo 3, que manifiesta el derecho de todas las personas a vivir, a ser libres y a estar seguros. Sin embargo, un gran número de países violan estos derechos en el caso de las mujeres y las niñas, al no permitirles a ellas disponer completamente de su vida, su libertad, y su cuerpo. (Williams-Breault, 2018).

Del mismo modo, la MGF implica la transgresión de múltiples derechos humanos recogidos en La **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer** (CEDAW):

- El fundamento de esta convención es la idea de que cuándo se discrimina a la mujer se quebranta el principio de igualdad en derechos y el de respetar la dignidad humana.
- Se introduce que los gobernantes en los países deben implementar medidas orientadas a suprimir los prejuicios, las actuaciones recurrentes, y cualquiera otra forma de proceder, que se apoye en una distribución desigual de poder entre los sexos.
- Además, algunos países no están adscritos a la CEDAW, pese a que tiene como objetivo modificar las pautas comportamentales de naturaleza social y cultural en hombres y mujeres. Dentro de estos países se encuentra Somalia, por lo tanto, parece no mostrar mucho interés en reconocer determinados derechos humanos elementales. (Williams-Breault, 2018).

Por otro lado, esta técnica también quebranta diversos derechos humanos incluidos en La **Convención de los Derechos del Niño**:

- Primeramente, se establece que los niños de forma progresiva pueden ir adoptando decisiones sobre cuestiones que les atañan. De esta forma la MGF viola esta última recomendación, porque hasta cuándo las niñas acceden a la realización de la práctica, realmente están actuando por el condicionamiento social y las expectativas comunitarias. En consecuencia, las determinaciones de las niñas sobre la MGF se encuentran viciadas, al tomarse de modo forzado, sin conocimiento, y bajo coacción.
- La convención integra el principio del “interés superior del menor”. Ocasionalmente los progenitores a favor de la implementación de esta práctica en sus hijas consideran que es más positiva que negativa. Este último argumento no se puede utilizar de pretexto para la MGF, al tener carácter duradero, modificar la vida de las niñas, y vulnerar derechos fundamentales básicos. (Williams-Breault, 2018).

2.8 La normativa contra la mutilación genital femenina:

Es necesario resaltar la legislación que existe para frenar la realización de la MGF, a nivel español, europeo, y en organismos internacionales, dado que la normativa resulta esencial para poder erradicar esta práctica.

En primer lugar, dentro de España la MGF se encuentra regulada en la Ley Orgánica 11/2003, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros (Jefatura del Estado, 2003). Concretamente en el artículo 149.2 de esta Ley, se castiga “El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.” (Jefatura del Estado, 2003, p.35401). Mediante este último artículo se cambia el Código Penal, y se añade el delito de mutilación genital, de forma independiente y precisa (Hermida, 2017 b).

Además, se aplica también en esta materia la Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina (Jefatura del Estado, 2005). Esta Ley incorpora a la sección 4 del artículo 23 de la LOPJ una división adicional: “g) Los relativos a la mutilación genital femenina, siempre que los responsables se encuentren en España.” (Jefatura del Estado, 2005, p.24457). El artículo incluido en la LO 3/2005 transforma el Código Penal. Se ha introducido la nueva división para que sea posible penalizar la ejecución de la MGF si se comete dentro de los países de procedencia de las niñas, en visitas durante el periodo vacacional. No obstante, continúa resultando complejo indagar sobre lo ocurrido, que es necesario a fin de poder asegurar la implementación del acto e identificar a las personas ejecutoras. Por otra parte, dentro de la Ley Orgánica 1/2009, de 3 de noviembre, se incluye “vínculos de conexión” al artículo 23.4 para hacer más restrictivo su ámbito de aplicación a nivel internacional. (Hermida, 2017 b).

De igual manera, con relación a las comunidades autónomas, en ciertas de ellas se ha incorporado la MGF como parte de las legislaciones existentes sobre la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres y contra la violencia hacia la mujer, y en otras se ha incluido dentro de la normativa destinada a la infancia. Las comunidades autónomas que han optado por la primera opción incluyen Canarias, Cantabria, Madrid, Aragón, Murcia, Cataluña, La Rioja, y la Comunidad Valenciana. Únicamente está presente este procedimiento dentro de legislaciones relativas a la infancia en La Comunidad Valenciana y en Cataluña, concretamente la Ley 12/2008, de 3 de julio, de protección

integral de la infancia y la adolescencia de la Comunidad Valenciana y la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia, de Cataluña. (Hermida, 2017 b).

Asimismo, a nivel europeo, existen tres alternativas de normativa referentes a la MGF. Ciertos estados (Reino Unido y Suecia) han creado leyes penales específicamente orientadas a la proscripción y la condena de esta técnica. Mientras que en determinados países (Bélgica, Dinamarca, Italia) se ha integrado dentro de los códigos penales a modo de delito independiente. La mayor parte de estados europeos no han elaborado un tipo penal concreto para la MGF (como Alemania, Finlandia, Francia, Grecia, Irlanda, Luxemburgo, Países bajos, Portugal...), debido a que se ha estimado que se pueden utilizar otros delitos ya existentes, como la tipificación de lesiones y sus versiones de carácter agravado si se ejercen sobre menores o si los ejecutores son los progenitores o los tutores. (Sanz, 2014).

Añadiendo, desde el Consejo de Europa se adoptó la Resolución 1247, de 2001, sobre la Mutilación Genital Femenina, que solicita a los países miembros que instauren una normativa concreta destinada a frenar la MGF, y se considera que vulnera derechos humanos y la integridad física de las personas perjudicadas. Después en abril de 2009 se implantó una Resolución en la cual mayoritariamente se repite el contenido de la anterior. Más tarde, se fundó el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención contra la violencia contra las mujeres y violencia doméstica, el 11 de mayo en 2011. (Vallejo, 2014).

Cabe destacar, la legislación referente a la MGF en la Unión Europea (UE), al formar parte España del conjunto de países miembros. En primer lugar, se configuró la Resolución (2001/2035 INI), de 20 de septiembre de 2001 (Vallejo, 2014), que proporciona cifras e información, y establece exigencias para los estados miembros y determinados órganos de la UE, respecto a esta práctica (Parlamento Europeo, 2001). Además, se creó la Resolución (2008/2071 INI) (Vallejo, 2014) de 24 de marzo de 2009, sobre la lucha contra la mutilación genital femenina practicada en la UE, en la cual se fijan recomendaciones orientadas a los estados sobre la MGF, después de nombrar múltiples textos oficiales y datos a nivel mundial y europeo de esta técnica (Parlamento Europeo, 2009). Posteriormente, se constituyó la Resolución de 5 de abril de 2011 (Vallejo, 2014), sobre las prioridades y líneas generales del nuevo marco político de la UE para combatir la violencia contra las mujeres, que determina líneas para actuar en la

violencia de género y en otras formas de violencia contra las mujeres (Parlamento Europeo, 2011).

Adicionalmente, se debe introducir la legislación presente sobre la MGF en diferentes organismos internacionales vinculados a esta materia. Primeramente, la Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en 1993 elaboró la Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer, Resolución 48/104. En este documento se fijan las “prácticas perjudiciales” como un modo de violencia contra la mujer, y se aconseja a los países miembros la erradicación de estos procedimientos. (Vallejo, 2014). Más tarde, se estableció por la Asamblea General de la ONU en el año 2012 mediante resolución la interdicción de este procedimiento (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Después, esta misma asamblea aprobó cinco resoluciones adicionales, dirigidas a aumentar los derechos reconocidos para las mujeres, que integra una relativa a la intensificación de los esfuerzos mundiales para eliminar la mutilación genital femenina. Mediante la última resolución se demanda a los estados la penalización de técnicas perjudiciales hacia las mujeres y las niñas, particularmente la MGF, que implementen las acciones precisas, la publicación y aplicación de leyes sancionadoras, que ejecuten actos de sensibilización, y que destinen los recursos imperiosos a fin de salvaguardar a las mujeres y las niñas de la MGF. (Vallejo, 2014). También, la Asamblea Mundial de la Salud, en 2008, determinó una resolución que exponía la abolición de esta técnica, e incluía que resulta preciso que los distintos ámbitos (sanidad, educación, finanzas, justicia, y el área de mujer) procedan de forma conjunta (Organización Mundial de la Salud, 2020).

2.9 Intervención y prevención de la MGF Comunidad de Madrid:

Médicos del Mundo:

Entre las acciones que se llevan a cabo desde la asociación Médicos del Mundo para erradicar la MGF, en la Comunidad de Madrid, se encuentra instruir a profesionales del ámbito sanitario que trabajan a nivel público (Médicos del mundo España, s. f. b). En concreto han cooperado con otras instituciones (profesionales) y entidades a fin de confeccionar un protocolo socio-sanitario de atención a la MGF en la Comunidad de

Madrid (Ayuntamiento de Parla, 2016). También, efectúan talleres de carácter preventivo destinado a mujeres africanas, e imparten cursos para formar sobre mediación cultural. Por ejemplo, se ha hecho un Programa en Parla con mujeres para advertir sobre la MGF, y se están ejecutando otros en la ciudad de Madrid, empezando a involucrar a hombres (Médicos del mundo España, s. f. b).

Concretamente, implementan talleres con respecto a salud sexual y reproductiva, en los cuales se empodera a mujeres que provienen de países de riesgo, se incrementa el acceso a recursos y se mejoran las circunstancias a fin de que ellas puedan tener un rol más activo en adoptar decisiones. Además, se aborda que no se reparten equitativamente los recursos y las oportunidades sociales entre hombres y mujeres, debido a la diferencia de género. Intervienen en calidad de mediadoras algunas mujeres que anteriormente asistieron a los talleres. Estos últimos proyectos los imparten profesionales técnicos, voluntarios pertenecientes a distintas disciplinas (incluyendo de ginecología, pediatría, enfermería, psicología y trabajo social), técnicos y mediadores interculturales. Por lo tanto, ellos intervienen directamente con las mujeres, enseñan a los mediadores, y hacen juntas con el propósito de programar los ejercicios, configurar los materiales necesarios, y valorar los conocimientos adquiridos por ellas y los profesionales. (Médicos del mundo España, s. f. a).

Además, se realiza un programa denominado Prevención comunitaria en violencia de género y empoderamiento de mujeres migrantes (ACCES) (Médicos del mundo España, s. f. b), en el cual las mujeres y las niñas originarias de estados con más riesgo exponen vivencias marcadas por la discriminación y la dominación (a modo de mujeres, mujeres migrantes, y racializadas), y después se analizan estas situaciones. Se intenta que ellas tengan un papel principal y que contribuyan al programa. (Médicos del mundo España, s. f. a).

Unión de asociaciones familiares (UNAF):

En primer lugar, se realizan reuniones de análisis y concienciación, destinadas a migrantes que han sido mutiladas o se encuentran en riesgo de padecer la MGF, incluyendo explicaciones sobre que existe detrás de los mitos vinculados a este procedimiento y relativas a los efectos en la salud. Estas juntas integran mediadores interculturales, a fin de facilitar el contacto y la interrelación con la población migrante. Las actuaciones pretenden lograr que las familias migrantes se involucren activamente

para conseguir transformaciones, y empoderar a las personas de género femenino. (UNAF, 2019).

De igual forma, la organización imparte formación a técnicos provenientes de diferentes disciplinas, combinando la instrucción y la meditación. También, desde UNAF se crean distintos tipos de documentación: guía para profesionales, tríptico (para personas pertenecientes a comunidades que implementan la MGF), díptico (destinado a los hombres), cortometraje documental Mariama, cuento Mariama, guía didáctica Mariama, marco teórico para profesorado, guía breve para intervenciones en prevención de la MGF para mediadores y mediadoras interculturales; encaminados a personas migrantes y a técnicos que presenten interés de ahondar en la temática y descubrir métodos e instrumentos a fin de trabajar. Se incluyen mediadores interculturales en el seno de la totalidad de las actuaciones que realizan desde la ONG. (UNAF, 2019.)

Asimismo, se ocupan de preparar, con una trayectoria de prácticamente diez años, una jornada internacional contra la MGF, constituyéndose como un lugar reconocido dedicado a estudiar y compartir conocimiento y práctica orientada hacia el cambio social que posibilite erradicar esta técnica. Intervienen especialistas sobresalientes, activistas, instituciones y entidades de carácter interior y exterior, lo cual permite exponer las acciones que se están implementado para la eliminación del método. (UNAF, 2019).

Por otra parte, UNAF promueve que se actúe en red, y se transmita información y praxis efectiva a través de los distintos profesionales, e organizaciones a nivel nacional, de la Unión Europea, y de estados que tradicionalmente efectúan la MGF. Se suman a eventos de intercomunicación, incluyendo foros profesionales, mesas redondas y juntas, dentro de los cuales proporcionan conocimiento y se nutren de información, y promueven que las niñas y las mujeres que hayan sufrido o tengan riesgo reciban mayor soporte. (UNAF, 2019). Específicamente han colaborado a la par de otras instituciones (profesionales) y entidades a crear un protocolo socio-sanitario de atención a la MGF en la Comunidad de Madrid (Ayuntamiento de Parla, 2016).

De la misma manera, trabajan conjuntamente con los medios informativos para lograr que la MGF forme parte de la agenda social, dirigido a aproximar y sensibilizar a la población a este tipo de violencia de género, y promover que se involucren los diversos agentes sociales para intentar suprimir esta técnica (UNAF, 2019).

Lasexologia.com:

La asociación a partir del año 2013 comenzó a implicarse vivamente dentro del área de la MGF. Las acciones que efectúan integran instruir a técnicos, intervenir personalmente con personas de origen subsahariano utilizando talleres de educación sexual, producir diferentes modalidades de documentación orientada a la concienciación (como publicaciones, un reportaje, participación en jornadas, cooperación con medios informativos etc.), y dar apoyo a mediadores interculturales. (Lasexologia.com, 2020). Concretamente han contribuido conjuntamente con otras instituciones (profesionales) y entidades en la elaboración de un protocolo socio-sanitario de atención a la MGF en la Comunidad de Madrid (Ayuntamiento de Parla, 2016).

Mujeres en Igualdad:

La ONG cuenta con una exposición: “Erradiquemos la Mutilación Genital Femenina”, compuesta por dibujos, que a partir de 2017 se está mostrando en múltiples zonas del territorio nacional. Concretamente dentro de la Comunidad de Madrid se ha exhibido en Alcorcón, San Martín de Valdeiglesias, Algete, Getafe, Parla, Alcalá de Henares, Collado Villalba, Pinto, y Coslada. (Mujeres en Igualdad, s. f. a). Además, se elaboró el año 2014 una guía para prevenir la MGF: “Manual de Prevención de la Mutilación Genital Femenina: Buenas Prácticas”, posteriormente se efectuó una renovación en 2016 (Mujeres en Igualdad, s. f. b).

ONG Rescate:

Primeramente, desde la organización sin ánimo de lucro, se efectúan numerosas acciones, algunas más encaminadas a la MGF. Específicamente se proporciona instrucción para profesionales que intervienen en el Tercer Sector, personalmente o de forma virtual, con el propósito de aumentar las nociones y perfeccionar las técnicas destinadas a atender a mujeres y personas LGTBI que son migrantes o refugiadas. (ONG Rescate, s. f. a).

Adicionalmente, se ofrece alojamiento provisional para sujetos que hayan pedido o ya han recibido protección internacional, dentro de pisos de acogida. Concretamente se encuentra orientado a refugiados por razones relacionadas con el género, la identidad de género, y/o la orientación sexual, que integra la mutilación genital femenina. También, se provee soporte a distintos niveles, al ejecutar intervención social a fin de lograr su integración social y satisfacer las necesidades esenciales, asistencia de carácter jurídico

destinado a monitorizar el proceso de solicitud de asilo y gestiones vinculadas a esta materia, apoyo psicológico con el objeto de tratar el trauma generado por la persecución sufrida al interior del estado de procedencia, mediación intercultural dedicada a prestar ayuda durante la adquisición de derechos, medios, y residencia independiente. (ONG Rescate, s. f. b).

Por último, las féminas migrantes de países externos de la Unión Europea, que han padecido o se hallan en riesgo de experimentar violencia fundamentada sobre el género y sus hijos, son acompañadas, incluyendo: apoyo de carácter jurídico y psicológico dedicado a migración y género, lugares protegidos dónde las mujeres se dan ayuda entre ellas, y actividades dirigidas a prevenir la violencia de género (ONG Rescate, s. f. b).

Ayuntamiento de Parla:

Este ayuntamiento en el año 2013 inició un programa de prevención de la mutilación genital femenina, dentro del proyectos las mujeres de origen africano tienen un papel activo con relación a la prevención. Se ha apoyado a otras instituciones (profesionales) y entidades para configurar un protocolo socio-sanitario de atención a la MGF en la Comunidad de Madrid. Desde 2015 se dispone de una mesa local orientada a descubrir y asistir supuestos asociados a esta práctica dentro de Parla. Por otro lado, comenzando en 2014, existen cursos para enseñar a mujeres que atienden a personas dependientes, con la intención de que ellas trasladen a otras mujeres patronas de autocuidado personal, adopten conocimientos referentes a la crianza de sus hijos, y se pueda prevenir la MGF. (Ayuntamiento de Parla, 2016).

Ayuntamiento de Alcalá de Henares:

Se realizan acciones puntuales relativas a la MGF, como celebrar el Día Internacional de la Tolerancia Cero a la mutilación Genital Femenina a través de una jornada profesional, la intervención en una jornada internacional, y la ejecución de mesas de trabajo sobre este tema (Ayuntamiento Alcalá de Henares, s. f.).

Ayuntamiento de Madrid:

El ayuntamiento de la ciudad de Madrid desde 2019, cuenta con 21 medidas a fin de suprimir la violencia contra las mujeres, específicamente existen cinco encaminadas a la MGF. Primeramente, en cuanto a sensibilización y prevención, promover el desarrollo de un proyecto que instruya a mujeres originarias de estados internacionales y pertenecientes

al pueblo gitano con el propósito de que actúen como mediadoras interculturales a fin de que prevengan, descubran y atiendan potenciales supuestos tanto de mutilación genital femenina como de matrimonios forzados. También, establecer, conjuntamente con la Dirección General de Innovación y Estrategia Social, el Observatorio de Violencia contra las Mujeres, que posibilite acceder a conocimientos y datos sobre violencia de género, violencia sexual, trata y prostitución forzada, mutilación genital femenina, y matrimonios forzados en menores. (Ayuntamiento de Madrid, 2018).

Añadiendo, respecto al descubrimiento y la asistencia, la adquisición de mayor competencia en detección temprana relativa a las distintas formas de violencia contra las mujeres y menores, por parte de los servicios municipales del Área de Familias, Igualdad y Bienestar Social, con la colaboración de la Policía Municipal, servicios sociales, sanitarios pertenecientes a la Comunidad de Madrid, y los diferentes distritos. Además, la configuración de una estrategia que posibilite detectar y apoyar integralmente a distintos conjuntos de mujeres que presentan mayor vulnerabilidad ante diversos tipos de violencia y su situación es menos manifiesta, incluyendo mujeres migrantes y niñas, implicando el fortalecimiento de las acciones realizadas por los Espacios de Igualdad y el aumento de la cooperación con la Dirección General de Mayores. (Ayuntamiento de Madrid, 2018). Expresamente ha cooperado conjuntamente con otras instituciones (profesionales) y entidades a conformar un protocolo socio-sanitario de atención a la MGF en la Comunidad de Madrid (Ayuntamiento de Parla, 2016).

Estrategia Madrileña contra la Violencia de Género:

Dentro de la Comunidad de Madrid hay una estrategia dirigida a la violencia de género que integra la MGF, con una duración de 2016 a 2021. En ella se incorporan diferentes medidas, algunas aluden directamente a esta última práctica: la realización de jornadas y actuaciones dirigidas a la concienciación tanto a nivel educativo como universitario, incorporar al interior de los Planes Generales y Planes Anuales de Cooperación para el Desarrollo de la Comunidad de Madrid el fomento de campañas para proporcionar conocimiento y prevenir la trata de mujeres y niñas y la mutilación genital femenina dentro de los estados de dónde procede esta técnica. (Dirección General de la Mujer, 2016).

También añade, la implementación de un programa concreto que persigue la prevención de la MGF (enfocado principalmente para personas migrantes), abordando los efectos

corporales y mentales que desencadena; instruir a profesionales que trabajan en distintos ámbitos sobre esta materia, promover que se facilite a los agentes que asisten en violencia de género conocimiento específico con respecto a asesoramiento, detección y prevención relativa a la trata con fines de explotación sexual y a mujeres mutiladas, y concesión de información y orientación a nivel jurídico a mujeres que han padecido diversos tipos de violencia incluida la MGF (Dirección General de la Mujer, 2016).

Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid:

A partir de 2013 la Comunidad de Madrid dispone de esta red, compuesta por la Consejería de Sanidad, instituciones estatales, agrupaciones de carácter científico y técnico, y organizaciones sin ánimo de lucro. La finalidad que persigue es planear y efectuar numerosas acciones que permitan prevenir la MGF y asistir a las mujeres que lo han sufrido de una forma más eficiente, junto con los actos que lleva a cabo cada miembro por separado. (Comunidad de Madrid, 2020).

Red Estatal Libres de MGF:

Desde el año 2019 existe una red que engloba a activistas, profesionales y distintas organizaciones dentro de España, con el propósito de prevenir y eliminar la MGF, y proporcionar asistencia a mujeres y niñas que han sufrido esta práctica empleando una perspectiva global y comunitaria. Para alcanzar estos objetivos se realizan tácticas y actuaciones conjuntas. Forman parte por medio de las organizaciones de redes de grado estatal, europeo, e internacional, incluyendo la Red europea End FGM, y la Red CopFGM que pertenece al proyecto Building Bridges to end FGM. (Red Estatal Libres de MGF, s. f.).

3. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN:

3.1 Entrevistas:

Se han efectuado tres entrevistas estructuradas, concretamente dos a profesionales del ámbito social y una a una profesional del área sanitaria. La muestra se ha reunido en base a lo necesario y se ha elegido con deliberación. Específicamente se han escogido profesionales que dirigen su trabajo e intervención en programas para erradicar la MGF,

desde distintos niveles y cuentan con enfoques diferentes sobre esta materia. Las entrevistas referentes al ámbito social están compuestas por siete preguntas cerradas y cuatro preguntas abiertas, y la entrevista relativa al área sanitaria se conforma de siete preguntas cerradas y una pregunta abierta.

Entrevistas ámbito social:

Entrevista a la coordinadora y fundadora de la Fundación Kirira, Estrella Giménez (E.G.), en Castilla- La Mancha:

La entrevista efectuada a la coordinadora de la ONG presenta una duración de 27 minutos y 09 segundos. Se fijó la entrevista un día antes de su realización. La vía utilizada para llevar a cabo la entrevista es la telefónica. Se ha efectuado una grabación de la entrevista, después de haber solicitado autorización para ello. Al inicio se ha demandado consentimiento a la entrevistada, para poder utilizar su información y registrarse en el presente trabajo.

Entrevista a la mediadora social intercultural de la ONG Save a Girl Save a Generation, María Gascón (M.G.), en la Comunidad de Madrid:

Además, se ha realizado una entrevista con la mediadora social intercultural de una ONG, cuya extensión es de 35 minutos y 04 segundos. Se contactó con la profesional para la entrevista a través de una persona de referencia dentro de la ONG, el periodo transcurrido fue cuatro días. La entrevista se ha ejecutado por videoconferencia, encontrándose únicamente la entrevistada y la entrevistadora (mi propia persona). Se ha procedido a grabar la entrevista, después de haber solicitado y recibido el consentimiento. Previamente al comienzo de las preguntas formales se ha solicitado el consentimiento a la profesional para poder entrevistarla.

Análisis de las dos entrevistas:

Primeramente, en cuanto a las consecuencias sociales de la MGF, respecto a la pregunta: ¿Cuáles consideras que son las consecuencias sociales asociadas a la MGF?:

E.G. explica que como consecuencia de la MGF se desencadena un trauma y se experimentan los efectos vinculados a una clase de violencia de género muy grave, que

pueden incluir distintos impactos de carácter físico, y psicológico integrando estos últimos percibirse a sí mismas en calidad de objeto y encontrarse supeditadas a los deseos de los hombres (al inicio del padre y posteriormente del cónyuge).

“Dependiendo de la población a la que nos refiramos, todas las mujeres, las niñas han sufrido un trauma, han sufrido una violencia de género extrema, entonces es una consecuencia como víctimas de violencia de género extrema, que puede tener consecuencias muy variadas [...]” (E.G.).

Por otro lado, M.G. expresa que los efectos sociales van a variar según se lleve a cabo la MGF en el seno de los países de origen o al interior de estados de occidente. El procedimiento se efectúa por los familiares con la idea de beneficiar a la niña menor (se implementa en estas edades), al afianzar su rol futuro que supone la reproducción, porque posibilita que contraiga matrimonio con un varón adecuado (requiriéndose la virginidad y la juventud), y que tenga descendientes. También, resulta preciso para su admisión a nivel social, basándose en motivos distintos según la etnia y la costumbre. Subyace a este pensamiento papeles muy determinados para cada sexo. Si la práctica se hace dentro del mundo occidental el impacto social supone una respuesta penal, existiendo la posibilidad de condena de seis a doce años en prisión. La MGF puede producir múltiples consecuencias físicas e impactos psicológicos, estos últimos son señalados por las propias mujeres en muchas ocasiones.

De las ideas aportadas por ambas profesionales se puede determinar que E.G. se centra en el componente de violencia de género, a diferencia de M.G. que pone más el foco sobre las repercusiones sociales que entraña la MGF. Además, si se realiza una comparación con la bibliografía resulta posible establecer que M.G. coincide con Whitehorn, Ayonrinde, y Maingay (Whitehorn, Ayonrinde, y Maingay, 2002) en el requerimiento de la MGF a fin de casarse y la demanda de la virginidad para este acto. Resulta posible que la profesional como menciona los roles diferenciados según el sexo apunte a la alteridad por ser mujer que señala Nuño, 2017 (Nuño, 2017). También, se puede intuir que E.G. al aludir a los efectos de la violencia de género, incluya formar en la mujer un carácter dócil y tranquilo, recogido por Jiménez, Almansa, Pastor, y Pina, 2012 (Jiménez, Almansa, Pastor, y Pina, 2012).

En segundo lugar, se abordan las razones que amparan la práctica, con la pregunta: ¿Qué razones se encuentran detrás de la MGF?:

De acuerdo con E.G., los fundamentos varían según la comunidad, aunque el motivo que subyace a la MGF es ejercer dominio sobre las féminas, concretamente en relación con la esfera sexual (apetito sexual, limitar las relaciones sexuales y la descendencia al matrimonio) y las actividades que ellas realizan, como una modalidad de violencia de género. Al entregar los progenitores a sus hijas a cambio de una dote.

Conforme a M.G., hay justificaciones dispares, y se usan unas u otras según las familias, las comunidades y las costumbres. Existen motivos de naturaleza social, que implican transitar desde la niñez a la adultez, y no siempre aplican al implementarse la MGF ocasionalmente sobre bebés, sustentado esto último en otras explicaciones. También, se encuentran argumentos sexuales, al intentar preservar la virginidad en la mujer, y para ello suprimir su apetito sexual con el propósito de asegurar la fidelidad sexual. Se hallan fundamentos ligados a la religión, porque ciertos sujetos con cargos en el seno del islam transmiten la MGF como un precepto, aun no exigiéndose esto realmente por la religión. Al mismo tiempo están presentes mitos, incluidos que si se desarrolla el clítoris posiblemente desencadene en un pene, en el caso de un recién nacido el clítoris puede dañarle, y esta parte potencialmente perjudique al varón durante el coito. Además, se conciben los órganos femeninos como poco estéticos, no limpios (ampliamente compartido, también en occidente). Por último, a veces la MGF radica en qué representa una tradición y por lo tanto se sigue. Los motivos se emplean porque se trasladan entre generaciones.

En base a los relatos de las dos profesionales resulta posible señalar como ambas explican que los motivos difieren dependiendo de la comunidad. Sin embargo, E.G. se dirige hacia el fin último de la MGF, mientras que M.G. aborda las diversas razones que se utilizan para amparar la práctica. Respecto a otros autores, la exposición de M.G. confirma varias justificaciones de la MGF descritas por Hermida, 2017 (Hermida, 2017 a) , incluyendo concebirlo a modo de rito de paso, suprimir el deseo sexual y asegurar la fidelidad sexual y la virginidad, la inexistencia de precepto en el islam y la utilización de ello por ciertos cargos religiosos, la idea del carácter antiestético y sucio de los genitales femeninos, y los mitos en torno al peligro del clítoris para un recién nacido y un varón. Añadiendo, las justificaciones de carácter sexual manifestadas por Hermida, 2017 (Hermida, 2017 a) y M.G. también se introducen por parte de E.G.

A continuación, la entrevista se centra en la metodología del Trabajo social, integrando tres preguntas: ¿Qué metodología se utiliza desde el trabajo social para intervenir con

mujeres que han sufrido la MGF para que cambie su perspectiva sobre esta práctica?, ¿Qué metodología se utiliza desde el trabajo social para sensibilizar a familias y evitar que practiquen la MGF en niñas de su familia?, y ¿Qué tiene que aportar tú crees el trabajo social a la erradicación de la MGF?:

Referente a la pregunta: ¿Qué metodología se utiliza desde el trabajo social para intervenir con mujeres que han sufrido la MGF para que cambie su perspectiva sobre esta práctica?, E.G. manifiesta que se deben efectuar varias entrevistas previamente a poder abordar la MGF. Al inicio de la intervención con una mujer es necesario indagar sobre su comunidad de origen, descubriendo las tradiciones que practican. También, resulta fundamental conocer el acceso a la educación, y si el lugar de proveniencia es rural o urbano. Cuando se habla acerca de la MGF tiene que ocuparse de ello una mujer y existir un clima marcado por la confianza, ser distendido e individualizado.

Desde otra perspectiva M.G., relata que la actuación en el área de la MGF no se orienta hacia detectar mujeres que han sufrido esta práctica o a hombres vinculados a ella. Se es consciente de que puede existir este procedimiento. Una intervención adecuada supone comenzar conectando con las mujeres y las familias y proporcionarles recursos, destinados a solventar carencias, incluyendo aprender español. Mediante la instrucción de español se va a intentar forjar una relación marcada por la confianza. Introduciendo en las lecciones técnicas distintas, como educación sexual y salud reproductiva, nutrición, instrucción sobre otras materias según los requerimientos específicos de cada mujer, para transmitirles que se tiene buena intención y se pueden fiar de los profesionales.

Al mismo tiempo se llevan a cabo acciones adicionales, integrando acompañamientos a lugares concretos, tiempos para escuchar, excursiones por la ciudad, hay gran número de ellas necesarias a fin de que las mujeres estén y se sientan integradas. A partir de esta base, resulta posible establecer conversaciones. El trabajo mencionado requiere años, un número considerable de mujeres no terminan el proceso, aquellas que permanecen hasta el final adoptan competencia de liderazgo, de modo que pueden debatir y concienciar respecto al carácter no beneficioso de la MFG en el seno de sus comunidades y con otras mujeres, logrando modificaciones en esta materia. Además, desde el pediatra, el ginecólogo, o el médico de familia resulta fundamental que se descubra si una niña menor está en riesgo de padecer la MGF (indagando sobre el país de origen, la etnia, la posible mutilación de la madre, la posibilidad de viajes al país de origen etc.), y se debe llevar a

cabo un seguimiento. Representando dos modos a fin de poder conocer cuantas niñas se encuentran en riesgo o mujeres han sufrido la MGF.

“[...] Nosotras pensamos que lo que hay que hacer es, en primer lugar, tomar contacto con esas personas, con esas mujeres, con esas familias, ofrecerles [...] las herramientas de lo que más necesiten, lo primero que necesitan las personas que vienen de África o de alguna parte de Asia es conocer el idioma español. Sin hablar el mismo idioma es imposible comunicarse, y por lo tanto si no hay posibilidad de comunicarse tampoco hay posibilidad de transmitir valores, de establecer un diálogo intercultural que permita pues preguntar cómo estás, cuáles son tus costumbres, explicar cuáles son las nuestras. Es decir, llegar a una relación en dónde se pueda hablar bueno de cosas digamos personales o de cosas que tengan interés. [...]” (M.G.).

Conforme a las respuestas proporcionadas por las técnicas del ámbito social, se observa que las dos perciben que se debe llevar a cabo un proceso previo antes de comenzar a conversar sobre la MGF, y es fundamental que la mujer se sienta en confianza.

En relación con la pregunta: ¿Qué metodología se utiliza desde el trabajo social para sensibilizar a familias y evitar que practiquen la MGF en niñas de su familia?, E.G. refiere que primeramente desde el colegio parece preciso que los profesores, los trabajadores sociales, y el equipo de orientación se ocupen de reconocer a niñas en potencial riesgo de padecer la MGF, al encontrarse cerca del momento cuándo puede surgir el período. El rol de la profesora radica en acercarse a la menor, a fin de descubrir los elementos mencionados en la pregunta anterior, como la comunidad originaria (integrando la frecuencia de la práctica), y contactar con la progenitora, comprendiendo la existencia o no de este procedimiento dentro de la familia.

La siguiente actuación supone el acercamiento hacia la madre y la familia, que implica el dialogo en torno a la MGF (porque se mantiene en secreto) y el modo de experimentar la feminidad en España, esta actuación va a desencadenar la transmisión por parte de la madre del nuevo enfoque a otras parientes, mujeres comunitarias, y el apoyo a su descendiente si muestra su oposición a la técnica. Específicamente, la ONG en Kenia, llevan a cabo la concienciación mediante la incorporación en escuelas, a partir de clubs antiablación.

Asimismo, de acuerdo con M.G., dentro de la ONG no les ha surgido la situación de que una niña esté en riesgo próximo de ser mutilada. Se deberían dar supuestos de este tipo

en el contexto sanitario, sin embargo, en la práctica no ocurre, y para ello resulta fundamental que se intensifique la formación destinada a la prevención y la acción. Desde la ONG, en una ocasión aconsejaron a otra entidad sobre cómo actuar en un caso concreto, dónde un progenitor solicitó orientación para evitar que su hija que se hallaba dentro de su país de procedencia sufriese la MGF. Les asesoraron que se elaborase y se sellara un compromiso preventivo y el padre lo trasladase al país de origen, manifestando que la implementación de la práctica podría acarrear consecuencias negativas para él.

Cuando existe una niña que se encuentra en una edad muy temprana y a futuro podría padecer la MGF es preciso que colaboren los pediatras y los trabajadores sociales, informando a la familia sobre cómo se encuentra este procedimiento en España y los efectos que desencadena. El método a fin de actuar con mujeres se tiene que personalizar en cada caso, y hay que introducir la materia de la MGF en el momento que lo señalen ellas.

En definitiva, si se comparan las dos perspectivas aportadas por las profesionales resulta visible que E.G. considera indispensable la intervención a nivel escolar por medio de los profesores, los trabajadores sociales y el equipo de orientación, en contraste con M.G. que valora como primordial la actuación del ámbito sanitario.

Con respecto a la pregunta: ¿Qué tiene que aportar tú crees el trabajo social a la erradicación de la MGF?, E.G. valora el trabajo social como esencial para erradicar la MGF. Debiendo comenzar las profesionales por instruirse a fondo en este procedimiento, implicando adoptar una actitud empática, y no acusatoria cuándo se interacciona con las mujeres. También, resulta necesario que los/as trabajadores/as sociales comprendan las distintas culturas de África de las que pueden formar parte las mujeres, y las disimilitudes presentes, integrando diferentes tipos de MGF y periodos dónde se practica. De esta forma, ser consciente de la mujer con quien se actúa, y proceder si se está seguro de lo que hay que afrontar, en definitiva, para prevenir que existan casos de MGF.

De acuerdo con M.G., el trabajo social resulta relevante al tener las profesionales contacto de primera mano con las personas, que integran la población migrante. Las trabajadoras sociales deben dominar la tarea de gestión correspondiente a la profesión, así como comprender lo que implica la igualdad de trato, proveer a cada persona lo necesario para ella. Por consiguiente, es fundamental la empatía, a fin de poder captar las cuestiones que individualmente precisan los sujetos, facilitar la contestación más ajustada y asistir hasta

que se logre lo requerido, y cuándo proceda explicar apropiadamente la imposibilidad de conceder la demanda solicitada. Respecto a las personas de origen africano se tiene que empatizar y actuar con delicadeza, al posiblemente comunicarse en inglés o francés y haber recibido algún comportamiento racista. En caso de que no se consiga comprender la petición expuesta por ellas, se debe buscar el modo para realizar otra entrevista. También, es importante que las trabajadoras sociales se formen, integrando qué supone una sociedad multicultural, que posiblemente acarree problemáticas.

Los dos relatos ofrecidos por las profesionales señalan la importancia de que las trabajadoras sociales actúen con empatía y se formen. No obstante, E.G. se enfoca en la instrucción acerca de la MGF y las diferentes culturas africanas, y M.G. en torno a la igualdad de trato y una sociedad multicultural.

Después, se introduce la intervención en contra de la MGF, a partir de tres preguntas: ¿Qué otras acciones llevas a cabo en la intervención en contra de la MGF en España?, ¿Qué otras acciones llevas a cabo en la intervención en contra de la MGF en África (Kenia)?, ¿Qué proyectos o acciones se realizan en su ONG para frenar la MGF?:

A propósito de la pregunta: ¿Qué otras acciones llevas a cabo en la intervención en contra de la MGF en España?, conforme a E.G., se efectúan programas junto con el Instituto de la Mujer de Castilla la Mancha. Comprendiendo en gran medida proporcionar instrucción, al profesorado y equipos de orientación dentro de colegios de todo tipo, al interior de institutos y escuelas de arte, en centros universitarios integrando trabajo social, y a profesionales pertenecientes a diferentes ámbitos, incluido trabajadores sociales y distintos técnicos que intervienen con mujeres migrantes. La enseñanza en el área universitaria supone presentar qué entraña la MGF, visualizar esta realidad, abordar el modo de realizar aproximación y la forma de hacer esto último a nivel profesional. Concretamente, respecto a los profesores que tengan conocimiento para detectar si una menor se halla en riesgo y qué proceso seguir, incorporando la colaboración con servicios sociales, sanitarios, y policía (cuándo resulte necesario). Al mismo tiempo, han colaborado en la creación del protocolo de Castilla la Mancha relativo a la MGF.

Por otra parte, M.G. refiere que realizan sensibilización a través de las redes sociales, y se hacen visibles dentro de lugares públicos por ejemplo al ejecutar actividades de forma individual o en unión con otras entidades para conmemorar el día internacional de tolerancia cero con la MGF, informan de la práctica, establecen la necesidad de adoptar

acciones y formulan demandas orientadas a instituciones públicas sobre medidas de carácter social integrando que se instruya a técnicas del área sanitaria, a policías, a educadores/as y a trabajadoras sociales (en torno a qué entraña el procedimiento, que su implementación pretende beneficiar a las niñas aun constituyendo violencia de género, que representa un tipo específico de esta clase de violencia al haber sido víctima la persona que ejerce la MGF, encontrándose esto último en debate.).

Desde las exposiciones de ambas profesionales se advierte que es sustancial proporcionar formación a profesionales de diversos ámbitos, para que sean referentes. Concretamente E.G. y M.G. (en dos preguntas posteriores) indican que proveen instrucción a distintos técnicos, esta labor también se realiza por otras entidades descritas previamente: Médicos del Mundo (a aquellos del área sanitaria), UNAF, lasexologia.com, la estrategia madrileña contra la violencia de género, y ONG Rescate.

Referente a la pregunta: ¿Qué otras acciones llevas a cabo en la intervención en contra de la MGF en África (Kenia)?, E.G. relata que las actuaciones fundamentales que llevan a cabo representan campañas de índole educativo dentro de ochenta y seis escuelas rurales, pertenecientes a tres comunidades. Se encuentran compuestas por clubs antiablaución, encabezados por dos profesores/as (de escuelas) uno de cada sexo, que se van a encargar de transmitir en el seno del ámbito educativo y a las niñas los efectos nocivos ligados a la MGF, qué entraña esta práctica, y talleres sobre reproducción, derechos humanos y género destinados a las niñas. A fin de que las menores tomen conciencia de su semejanza a los varones y por consiguiente su posibilidad de escoger su proyecto de futuro, las repercusiones negativas y las razones que hacen necesario que se nieguen a este procedimiento.

Las acciones señaladas también se orientan hacia las madres y los padres, y proporcionan soporte a los centros educativos a través de la fabricación de equipamientos integrando paredes con mensajes, entrega a las menores de objetos necesarios, y la concesión de becas para estudiar (desde un notable, mediante apadrinamientos) a fin de impedir la realización de la MGF. Se ofrecen créditos destinados a niñas (edades más elevadas) y mujeres, con el propósito de proporcionarles soporte a nivel futuro. Conocen casos concretos de niñas que en el presente se hallan estudiando grados o ya los han finalizado, por ejemplo, profesoras que trabajan en su comunidad y por tanto sirven de aval.

Desde otro ángulo, M.G. explica como en Kenia están comenzando a implementar un proyecto, concretamente por la directora de la ONG, que supone una casa de acogida, destinada a mujeres que han padecido la MGF y a niñas que se hallan en riesgo de ser mutiladas. Integrará esta residencia la proporción de un medio de vida y educación orientada a su autonomía futura. Actualmente se encuentran identificando sitios dónde establecer la residencia, reuniendo recursos financieros a fin de construir y conservar la vivienda, y ocupándose de cuestiones administrativas. También, se ha impartido dentro de Kenia un curso, durante dos semanas, dirigido a personas de ambos sexos. Ha consistido en la explicación de los efectos a nivel físico y psicológico derivados de la MGF, y en la intervención de imanes opuestos a esta práctica para exponer como este procedimiento no supone un precepto del islam y por lo tanto se puede evitar el temor de fallar a su religión.

Cabe destacar basándose en lo tratado por las dos profesionales, como ambas ONG están implementando proyectos dentro de Kenia, y específicamente han efectuado actividades dirigidas a mostrar las consecuencias de la MGF. Además, el proyecto de la ONG de E.G. está destinado en mayor grado a la instrucción sobre esta práctica, en contraste con aquel perteneciente a la ONG de M.G. que se encuentra más orientado hacia el refugio, aun los dos proyectos teniendo una proyección a futuro.

En cuanto a la pregunta ¿Qué proyectos o acciones se realizan en su ONG para frenar la MGF?, E.G. comienza facilitando una respuesta parecida a la dada en la pregunta anterior, al resultar preguntas similares, sin embargo, expande la contestación. Se relata como desde la organización cuándo comienzan a intervenir con una comunidad en África les formulan preguntas a las mujeres, porque habitualmente ellas no conversan acerca de la MGF, y tampoco manifiestan sus preocupaciones o complicaciones que sufren de índole física, también les explican que los efectos nocivos que derivan de la práctica se pueden evitar. Por lo tanto, al acercarse resulta necesario proveer información, actuar desde la empatía, y concienciar. Particularmente, dentro de España se aborda con las madres la regulación de la MGF en el país y el protocolo que se utiliza, porque pueden recurrir a ello a fin de fundamentar su negación a mutilar a sus hijas, además de contar que no es adecuado.

“Tienes que tener en cuenta que hay un ocho por ciento de niñas de algunas comunidades mueren por la mutilación, por sangrados excesivos, por lo que sea, entonces nosotros intentamos hacer ver que todo ese sufrimiento no es necesario. En el acercamiento

siempre es informar, sensibilizar, y empatizar con las mujeres, tampoco, nunca puedes ir desde una idea de superioridad ni muchísimo menos, tienes que ir con muchísima humildad, con muchísima empatía, sin criminalizar a las madres porque las madres a su vez han sido siempre víctimas, en primer caso [...]” (E.G.).

Por otro lado, M.G. expone que se efectúan actuaciones dirigidas a concienciar. Se llevan a cabo conferencias dentro de institutos y espacios públicos (con anterioridad al covid-19), abarcando en torno a la MGF qué implica, los países dónde se práctica, las razones subyacentes, los distintos tipos, utilizando un formato de preguntas y respuestas. Además, proveen instrucción a los voluntarios, al resultar fundamental tratar las diversas concepciones relativas a este procedimiento e intercambiar posiciones, determinar qué enfoques son los centrales, y ser conscientes de los debates presentes respecto a la asistencia a mujeres y personas de origen africano. De igual modo, se interacciona con diferentes organizaciones, en el presente se está trabajando conjuntamente a fin de crear un protocolo para la Comunidad de Madrid. Se instruye a profesionales técnicos/as, concretamente a médicos/as, policías, trabajadoras sociales, abordando qué conlleva la MGF y especialmente modos de proceder que se deben evitar cuándo se actúa a nivel social (como interrogar si se halla mutilada).

Asimismo, realizan intervención de modo directo, dedicado a mujeres (explicado previamente). Integrando entender que un sujeto de referencia les va a proporcionar asistencia, sin condiciones y sin juicios. Se establecen conexiones con instituciones canalizado hacia conseguir subvenciones o formular demandas acerca de medidas o políticas. Específicamente desde la ONG se plantean también requerimientos a escala europea, como la participación actual dentro del programa Chain, conjuntamente con una entidad francesa, una alemana, una belga, una italiana, y varias españolas, a lo largo de dos años, habiendo cumplido medio año. El proyecto pretende crear líderes de ambos sexos, a fin de que puedan hacer labores de evitación y detección en el seno de sus comunidades.

Conviene señalar a la vista de las acciones indicadas por ambas profesionales que resulta necesario no juzgar a las mujeres que han sufrido la MGF. Asimismo, desde las dos ONG se llevaba a cabo intervención directa con mujeres (aun siendo en la de E.G. fundamentalmente dentro de Kenia), charlas en institutos y otros lugares públicos, colaboran para la configuración de protocolos, y se puede intuir que ambas intentan conseguir subvenciones. En cuanto a otras organizaciones, instituciones y planes

mencionados anteriormente, como estas dos ONG, Médicos del Mundo, UNAF, lasexologia.com, el ayuntamiento de Parla, ONG Rescate, y el ayuntamiento de Madrid (las dos últimas de forma distinta) también realizan intervención directa con mujeres. Adicionalmente, de manera similar Médicos del Mundo, UNAF, la sexología.com, el ayuntamiento de Parla, y el de Madrid, colaboran en crear protocolos, además de formar parte de jornadas (charlas), igual que (no incluyendo el ayuntamiento de Parla, ni el de Madrid) puntualmente el ayuntamiento de Alcalá. Añadiendo, la Estrategia madrileña contra la violencia de género integra jornadas y actuaciones dentro de institutos.

A continuación, se hace referencia a la situación del contexto español, utilizando tres preguntas: ¿Cómo consideras que está evolucionando la situación de la MGF en España?, ¿Qué rumbo consideras que se está siguiendo en España respecto a la MGF?, ¿Qué dificultades has encontrado en el trabajo en contra de la MGF en España?:

Referente a la pregunta: ¿Cómo consideras que está evolucionando la situación de la MGF en España?, E.G. relata que al principio dentro de España no se hallaba la MGF, y sin poder determinar el momento exacto de comienzo. Inicialmente durante el tiempo que no se trataba esta práctica, la MGF en el seno de comunidades procedentes de África se efectuaba por mujeres que eran trasladadas hasta el territorio español. Actualmente cuándo se intenta realizar en este país se detecta, ocasionalmente se produce la MGF sobre niñas menores durante viajes que llevan a cabo las familias al país de procedencia. Las leyes españolas se muestran contra este procedimiento y los protocolos pretenden impedir que sucedan esta clase de situaciones, también pudiendo ayudar a las familias a tener un compromiso sobre la no mutilación a sus hijas, debiendo hacer un seguimiento de la menor a lo largo de la visita, incluyendo trasladar la posible retirada de la patria potestad en caso de implementar la MGF.

Conforme a M.G., se desconoce si se practica la MGF dentro del territorio español, pese a que seguramente no esté presente por la inexistencia de redes sólidas que permitan su ocultación y al no haberse detectado consecuencias directas de su implementación en el ámbito sanitario. Añadiendo, actualmente este tema es más ampliamente conocido a nivel social. Sin embargo, resulta preciso tener cuidado con relación al formato que se utiliza para transmitir nociones sobre la MGF desde las ONG, porque si se exhibe mediante imágenes de niñas sobre una cuchilla, se incrementan las dificultades a las que se enfrentan las personas africanas, hay que orientarlo a las personas de países africanos no hacia al resto de la población. Se debe entender que a través de este procedimiento se

pretende beneficiar a las niñas, puesto que únicamente desde aquí es posible proporcionar medidas alternativas a la penalización. En esta materia hay que efectuar coordinación y colaboración entre profesionales de la misma disciplina que actúan en ámbitos dispares, como las trabajadoras sociales.

De acuerdo con las ideas proporcionadas por ambas profesionales se puede intuir que en el seno de España no se practica la MGF, efectuándose ocasionalmente dentro de países de origen en viajes. Además, E.G. se centra en el papel de las leyes y los protocolos, a diferencia de M.G. que hace hincapié sobre la forma de implementar campañas de sensibilización.

Respecto a la pregunta: ¿Qué rumbo consideras que se está siguiendo en España respecto a la MGF?, según E.G., la trayectoria presente comprende proporcionar información y concienciar en las comunidades dónde se practica la MGF, realizar intervención destinada a las mujeres migrantes y a los hombres (qué entraña y las consecuencias), y transmitir que existe este procedimiento. Recomienda la película “The Cut”. Tanto a nivel legislativo como desde los gobiernos se está contribuyendo a frenar la MGF, sin embargo, supone una técnica altamente afianzada en términos tradicionales, por lo tanto, se debe actuar dentro del territorio español, pero focalizar en los estados de dónde deriva esta práctica.

Conforme a M.G., las acciones se realizan en base a la población, por consiguiente, determinadas zonas presentan un desarrollo mayor respecto a las actuaciones dirigidas a la MGF. Concretamente dentro de Cataluña se muestra un progreso más acentuado, tanto a nivel investigativo (integrando la Fundación Wassu) como profesional, comprendiendo un protocolo para el ejercicio profesional. En el seno de la Comunidad de Madrid se está fomentando la acción, al visibilizarse la MGF desde las ONG utilizando las redes sociales. Sin embargo, ella estima que se está llevando a cabo en mayor grado difusión y resulta esencial aumentar la intervención directa orientada a población migrante, al requerirse realmente la formación de líderes de ambos sexos, a fin de que logren introducirse en sus propias comunidades. Siendo preciso que se provea desde el exterior medidas y asistencia.

En virtud de las apreciaciones expuestas por las dos profesionales, ambas coinciden en que se está realizando intervención directa con población migrante e informando sobre la MGF a nivel global.

Sobre la pregunta: ¿Qué dificultades has encontrado en el trabajo en contra de la MGF en España?, E.G. relata que existen varios impedimentos, incluido la inviabilidad de abordar directamente con las mujeres la MGF (teniendo que conocer a qué persona se asiste y la razón), por lo tanto, resulta esencial trabajar en forma de red junto con otras entidades que acogen y atienden a mujeres migrantes, por ejemplo, Cruz Roja.

Desde otro punto de vista, M.G. refiere la gran satisfacción que le proporciona la actuación con las mujeres, y la ausencia de dificultades directamente ligadas a esta labor. Únicamente se puede valorar como una dificultad la elección del instante apropiado para abordar el asunto de la MGF con cada mujer. En cambio, se hallan dificultades externas a las acciones, que suponen que los profesionales se involucran de forma voluntaria, la complejidad que entraña encontrar sujetos voluntarios que deseen enseñar español o efectuar acompañamientos, la reticencia desde la administración pública a facilitar instrucción para profesionales aun aprobando su importancia, el hecho de que la regulación presente se orienta solamente hacia la penalización y no a la supresión de la MGF, y la falta de recursos destinados a las políticas de integración. Se explica la necesidad de instruirse para adquirir empatía.

De conformidad con los contratiempos mencionados por ambas profesionales, los vinculados a la intervención con las mujeres son parecidos. Sin embargo, M.G. se centra también sobre las problemáticas externas al trabajo realizado.

Finalmente, se pregunta si pueden contar alguna actividad concreta que realicen en terreno:

En torno a esta pregunta, E.G. narra que, dentro de su trabajo en Kenia, se efectúan foros, compuestos por personas de diferentes escuelas, dónde explican los conceptos que les han transmitido sus profesores a lo largo de las jornadas orientadas a la sensibilización. Durante estos eventos las niñas leen poemas en los que manifiestan las disparidades presentes si se comparan las vidas de las niñas que han sido mutiladas en contraste con aquellas que disfrutaban de la posibilidad de proseguir estudiando, resultando fundamental para lograr esto último las becas de estudio, los clubs antiablación, y proporcionar soporte a las menores a fin de evitar que sufran la MGF y se mantengan en la escuela.

“Entonces ahí las niñas pues muchas te hacen unos poemas, poemas preciosos, en los que te cuentan la diferencia entre una niña, las posibilidades de vida que tiene una niña que han mutilado y que van a casar a una niña que, pues ha seguido sus estudios, que ahora

es maestra, que es independiente, que puede ayudar a su familia. [...] Básicamente, cuándo a una niña le completas su educación y la ayudas, sabes que estás garantizando que evidentemente no va a sufrir mutilación.” (E.G.).

Conforme a M.G., actualmente se está instruyendo a un conjunto de personas originarias de África, compuesto por siete mujeres y un hombre, con el propósito de insertarse en un año dentro de sus mismas comunidades. Paralelamente en ocasiones apoyan puntualmente a centros de acogida o a hospitales, verbigracia posibilitando el dialogo entre una ginecóloga y una paciente que ha padecido una infibulación. Se ha dado asistencia a lo largo de la pandemia a mujeres que participan en la organización que experimentan pobreza severa, incluyendo la entrega de alimentos. Concretamente referente a los talleres, recientemente se ha implementado uno sobre salud reproductiva y educación sexual, en su primera fase, dónde se pregunta a las mujeres acerca de las semejanzas entre el cuerpo humano de ambos sexos, y el femenino se analiza, focalizándose en los genitales (por ejemplo, cuándo se trata el himen se comienza a abordar la virginidad). Por otra parte, en el presente dentro de África se está proveyendo refugio temporal para cuatro mujeres que han padecido persecución y perjuicios, durante el tiempo que reciben instrucción y adquieren autonomía. Se enseña a personas africanas en su país de origen, a fin de poder poner en práctica el proyecto del hogar de acogida (previamente explicado).

“Por ejemplo los talleres de educación sexual y salud reproductiva, son estables, el último [...] era un taller que se daba por primera vez, porque era un grupo nuevo de alumnas de español, estaban dos chicas de Bangladés, una chica marroquí, [...] tres africanas, [...] Y se empezó por ver el cuerpo humano, ósea el cuerpo humano, bueno primero las diferencias entre el cuerpo de las mujeres y el de los hombres para tratar de que lo dijeran ellas, de que expresaran con palabras, eh por supuesto la anatomía se centra en los órganos genitales externos e internos. Lo que aprovechamos para hablar de la virginidad, a la hora de hablar del himen preguntarles y decir qué sabéis del himen, porqué creéis que se le da importancia a que el himen en una primera relación sexual se rompa o no se rompa [...]” (M.G.).

Entrevista ámbito sanitario:

Entrevista a la Médica Especialista en Ginecología y Obstetricia, del Hospital Universitario 12 de Octubre, Dra. Gutiérrez Vélez (D.G.V.):

Se informó a la médica acerca de la entrevista el día previo a su ejecución. La entrevista se ha implementado en formato escrito.

Análisis de la entrevista:

En primer lugar, se alude a las consecuencias de la MGF mediante una pregunta: Si son conocedores de dichas consecuencias, los grupos sociales donde se practica. Y en caso de que si, sabría argumentar por qué se mantiene, pese a poner en peligro la vida de la mujer/niña:

Respecto a la pregunta, D.G.V. expone como la mujer que es mutilada en la niñez ignora los efectos físicos y psicológicos que derivan de la MGF. Concretamente gran número de mujeres acuden al médico debido a que presentan síntomas a nivel ginecológico, que consideran independientes a la MGF. Se prosigue realizando este procedimiento al valorar que favorece a las descendientes y a las nietas.

“Las mujeres que sufren mutilación genital durante su infancia no son conocedoras de sus consecuencias físicas ni psicológicas, de hecho, muchas consultan por síntomas ginecológicos que no relacionan con la práctica de la mutilación. [...]” (D.G.V.).

Por otra parte, se introducen las razones subyacentes a este procedimiento, empleando la pregunta: ¿Qué razones se encuentran detrás de la MGF? Y que justifican la práctica (en base al tipo de razones, explicar casos que tú conozcas, y qué explicación proporcionas desde tú conocimiento y experiencia, la perpetuación de la práctica.):

En relación con esta pregunta, según D.G.V. detrás de la MGF existen motivos de naturaleza cultural, que se trasladan entre generaciones.

Resulta posible realizar una comparación de la explicación aportada por la doctora y los dos relatos de ambas profesionales del ámbito social con respecto a esta misma pregunta. De este modo D.G.V. se focaliza en la esfera cultural, mientras que E.G. se centra sobre motivos ampliamente ligados a la constitución de un tipo de violencia de género, a diferencia de M.G. que manifiesta justificaciones de índole diversa.

Después, se profundiza sobre la metodología de la medicina, utilizando cuatro preguntas: ¿Cómo se atiende o se repara desde la medicina a una niña o a una mujer que ha sufrido o está en riesgo de sufrir la MGF? ¿conoce de casos de esterilidad, dolor crónico, etc., ¿Qué metodología se utiliza desde la medicina para intervenir con mujeres que han sufrido la MGF para que cambie su perspectiva sobre esta práctica?, ¿Qué metodología se utiliza desde la medicina para sensibilizar a familias y evitar que practiquen la MGF en niñas de su familia?, ¿Qué tiene que aportar tú crees la medicina a la erradicación de la MGF?:

Referente a la pregunta: ¿Cómo se atiende o se repara desde la medicina a una niña o a una mujer que ha sufrido o está en riesgo de sufrir la MGF? ¿conoce de casos de esterilidad, dolor crónico, etc., D.G.V. informa que se establecen tratamientos diferenciados según la patología ginecológica que se desarrolle. Específicamente se administran antibióticos en el caso de infecciones de orina de repetición e infecciones vaginales, analgésicos o anestésicos locales si se presentan dolores crónicos en el área del periné, una posible reparación quirúrgica si se experimentan complicaciones al momento de orinar, de defecar, o al expulsar el flujo menstrual, métodos de reproducción asistida en supuestos de esterilidad, efectuar una intervención quirúrgica antes del alumbramiento cuándo este resulte complicado mediante el canal vaginal (des-infibulación.).

A propósito de la pregunta: ¿Qué metodología se utiliza desde la medicina para intervenir con mujeres que han sufrido la MGF para que cambie su perspectiva sobre esta práctica?, conforme a D.G.V. en el sistema sanitario se ocupan de detectar la clase de MGF a la que han sido sometidas las mujeres y las consecuencias asociadas de índole física. También, cuándo ellas estén de acuerdo se les enseñan dípticos que ilustran el tipo de MGF que presentan. Sin embargo, realmente las ONG que actúan en torno a la MGF o los servicios de Salud Pública de la Comunidad de Madrid son quienes realizan la sensibilización y la formación relativa a este procedimiento.

En relación a la pregunta: ¿Qué metodología se utiliza desde la medicina para sensibilizar a familias y evitar que practiquen la MGF en niñas de su familia?, D.G.V. explica que a nivel ginecológico no se efectúa esta acción. Concretamente tratan este asunto los pediatras si se hallan niñas menores en riesgo, y la trabajadora social, ambos pertenecientes al centro de salud.

Con referencia a la pregunta: ¿Qué tiene que aportar la medicina a la erradicación de la MGF?, según D.G.V., la medicina resulta útil porque cuando las mujeres toman conciencia sobre los efectos médicos que derivan de la MGF, van a imposibilitar que se practique a sus hijas y harán una labor de sensibilización dentro sus países de pertenencia con parientes y amistades durante viajes.

“Si las mujeres son conocedoras de los problemas médicos que son consecuencia de la MGF, evitarán que se les realice a sus hijas y concienciarán a sus familiares y amigos cuando viajen a sus países de origen.” (D.G.V.).

Posteriormente, se incorpora la intervención en contra de la MGF, por medio de dos preguntas: ¿Qué otras acciones llevas a cabo en la atención y prevención en contra de la MGF en España?, ¿Qué acciones se realizan en su hospital para atender y frenar la MGF?:

En cuanto a la pregunta: ¿Qué otras acciones llevas a cabo en la atención y prevención en contra de la MGF en España?, D.G.V. expone que estas actuaciones corresponden a los agentes comunitarios.

Relativo a la pregunta: ¿Qué acciones se realizan en su hospital para atender y frenar la MGF?, de conformidad con D.G.V., desde su hospital se presta atención ginecológica específica, destinada a mujeres que han sufrido la MGF y siempre previa petición. Implica el diagnóstico de patologías de carácter ginecológico, y la determinación de tratamientos de naturaleza médica y relacionados con la cirugía, las mujeres pueden recibir asistencia por parte de una mediadora intercultural.

4. CONCLUSIONES:

A continuación, se señalan las conclusiones esenciales referentes al actual trabajo.

En primer lugar, la MGF entraña diferentes tipos de prácticas, que conllevan la extirpación por completo o parcialmente de los órganos genitales externos o distinta clase de daños en los órganos genitales femeninos, por causa de motivos dispares a los médicos.

Concretamente, en España, a nivel nacional, no se cuenta con datos sobre el número de mujeres que han sido mutiladas y se encuentran residiendo dentro del territorio español. Se ha efectuado una aproximación de la cifra de niñas que se hallaban en 2018 en riesgo de sufrir la MGF, constituyendo un total de 3652,13, presentando mayor incidencia

Cataluña, la Comunidad Autónoma de Madrid, y Andalucía. Desde End FGM se ha estimado que, en 2019, en el seno de España 15.907 mujeres habían sufrido la MGF.

De la misma manera, resulta necesario conocer las teorías basadas en el feminismo decolonial, específicamente los feminismos africanos, para entender las razones que sustentan el continuar realizando la MGF. Además, hay diversos mitos (motivos) subyacentes a este procedimiento, probablemente todos pretenden ejercer control sobre la sexualidad femenina, y por consiguiente sostener a las mujeres dentro de un estado de sumisión. Esta finalidad se apoya en gran medida por la entrevista de E.G. Existen fundamentos de índole sexual y reproductiva, vinculados con la estética, relativos a la pureza, de naturaleza religiosa, y de tipo sociocultural. La mayor parte de estos últimos argumentos son corroborados en la entrevista de M.G.

Por otra parte, cuándo se practica la MGF se dañan muchos derechos humanos integrados dentro de la Declaración universal de derechos humanos, La Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer, y la Convención de los derechos del niño.

Asimismo, como resultado de la MGF las mujeres y las niñas pueden padecer otras clases de consecuencias, que incluyen efectos físicos, ligados a la reproducción (obstétrico-ginecológicos), psicológicos, a nivel social, y de índole sexual.

Cabe destacar que esta práctica supone una violencia basada en el género, al radicar la implementación solamente en el género de la persona, expresamente por ser mujer.

A partir de las explicaciones aportadas por las profesionales del ámbito social parece fundamental efectuar un proceso previo al diálogo referente a la MGF con las mujeres, y que se encuentren en confianza. También, E.G. introduce que inicialmente cuándo se interviene con una mujer resulta esencial averiguar la comunidad de procedencia, las tradiciones que contemplan, el acceso a la educación, y el carácter rural o urbano del lugar originario. Al mismo tiempo, M.G. expone que primero hay que acercarse a las mujeres y presentarles recursos que pueden necesitar.

A fin de sensibilizar a las familias que implementan la MGF, E.G. considera como fundamental la intervención desde el ámbito escolar de parte de los profesores, los trabajadores sociales y el equipo de orientación. Mientras que, M.G. estima clave la acción del área sanitaria.

Conforme a las dos entrevistas a profesionales que forman parte del ámbito social (una de Madrid y otra de Castilla- La Mancha) y a la revisión de las acciones que se realizan dentro de la Comunidad de Madrid, actualmente las principales actuaciones que se están ejecutando en contra de la MGF incluyen la intervención directa con mujeres, charlas dentro de espacios públicos integrando institutos, formación a profesionales provenientes de distintas áreas y a voluntarios, colaboración entre entidades y profesionales, configuración de materiales sobre esta materia, sensibilización general, la introducción de mediadores interculturales, elaborar protocolos, y relación con instituciones. Siendo imprescindible de acuerdo con ambas técnicas entrevistadas no juzgar a las mujeres.

Asimismo, en el presente también existen proyectos dentro de Kenia (África) relativos a la MGF. Concretamente desde la ONG de E.G. se encuentran fundamentalmente implementando campañas educativas en el entorno escolar y para los progenitores, y la ONG de la que forma parte M.G. se hallan fundamentalmente iniciando una vivienda de acogida para mujeres y niñas.

Referente a las aportaciones del trabajo social las dos profesionales entrevistadas trasladan que esta disciplina resulta necesaria respecto a la MGF, debiendo ejercer con empatía e instruirse. Específicamente E.G. centra más la formación sobre la MGF y las diversas culturas africanas, y M.G. en cuanto a la igualdad de trato y una sociedad multicultural. También, E.G. explica la labor de prevención, y M.G. incorpora el papel de los trabajadores sociales al tener contacto directo con las personas.

En relación con la trayectoria que se está prosiguiendo actualmente ambas profesionales concuerdan en la ejecución de intervención directa con población migrante y en dar a conocer la MGF a la población de forma global.

Desde la medicina, a nivel ginecológico, se proporcionan diferentes tratamientos según la patología ginecológica que presenta cada mujer. Además, en el área sanitaria se diagnóstica la clase de MGF que ha padecido la mujer y las consecuencias derivadas de esta práctica, integrando la presentación de dípticos sobre el tipo que sufren.

5. PROPUESTAS DE INTERVENCIÓN DESDE EL TRABAJO SOCIAL CONTRA LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA:

A partir de la información recabada en las entrevistas y la revisión realizada sobre las actuaciones que se están llevando a cabo dentro de la Comunidad de Madrid se van a sugerir recomendaciones relacionadas con la sensibilización sobre la MGF, relativas al trabajo social.

Autoras de feminismos africanos:

Al haberse observado que resulta efectivo evitar que se practique la MGF por medio de la mediación intercultural, parece útil rescatar escritos e ideas aportadas por autoras africanas que forman parte del feminismo africano y aplicarlos cuándo se interviene directamente con mujeres provenientes de países dónde se ejerce la MGF. A fin de que ellas reciban mensajes de mujeres que pertenecen a su país o cultura originaria, que se identifiquen con ellas, por ser de su grupo de iguales, y por tanto a través de las claves que las autoras proporcionen se intensifique el nivel de comprensión y los argumentos en torno a porque no se debe mutilar a las niñas.

Charlas y sesiones grupales en centros culturales:

Dado que la MGF generalmente se efectúa en edades previas o a los quince años, puede resultar eficaz llevar a cabo charlas, y si funciona ampliarlo a sesiones grupales, dentro de centros culturales. Por medio de actividades de ocio que realizan niñas o mujeres en edades dentro o próximas a la adolescencia, probablemente sea posible lograr después de un periodo prolongado captar su atención respecto a esta práctica, y en consecuencia deseen participar en charlas e incluso a largo plazo poder tratar el tema de forma grupal entre adolescentes, para intentar que transmitan a sus familias que no tienen que ser sometidas a la MGF.

Además, también a través del ocio posiblemente se consiga implicar a niños o hombres dentro del mismo grupo de edad en charlas y potencialmente fijar sesiones grupales, a fin de que comprendan las consecuencias que provoca este procedimiento sobre las niñas y las mujeres. Por consiguiente, ellos puedan contribuir a erradicar la MGF desde la educación y en su futuro cuándo tengan pareja, contraigan matrimonio, o tengan hijas muestren su oposición a esta práctica, y por consiguiente rompan con la costumbre; y

manifiesten a sus abuelas, madres y hermanas los posibles efectos nocivos. Potencialmente ellos puedan sensibilizar a otros niños o hombres sobre la necesidad de no efectuar la MGF.

Talleres y charlas dentro de guarderías y entidades de apoyo al embarazo o la crianza:

Debido a que ocasionalmente la MGF se implementa cuándo las niñas son bebés o antes de los cinco años, considero que posiblemente se puedan establecer talleres y charlas en el seno de guarderías y asociaciones que ayudan a familias durante el embarazo o la crianza de los/as hijos/as, para madres y padres originarios de países dónde se lleva a cabo la MGF. Con el fin de sensibilizar a los progenitores tempranamente, para evitar que se practique este procedimiento sobre sus descendientes menores.

Plataforma para coordinación entre profesionales:

Conforme al relato de M.G. resulta preciso que se coordinen los profesionales de una disciplina que actúan en distintas áreas con una misma mujer. Por consiguiente, posiblemente se pueda crear una plataforma virtual que incluya información vinculada a la MGF, a la cual se proporcione acceso a los diferentes profesionales, pertenecientes a una o varias profesiones, que intervengan con una mujer o una niña que se halle en riesgo de padecer esta práctica.

Aumentar coordinación con servicios sociales:

Al poderse detectar casos de riesgo o de mujeres que hayan sufrido la MGF en hospitales, parece fundamental aumentar la conexión entre los trabajadores sociales que trabajan en hospitales y servicios sociales, puesto que posiblemente desde este último servicio ya se haya entrado en contacto previamente con la familia.

Proyectos de codesarrollo en África:

Con profesionales especializados en estas cuestiones, desde un prisma interdisciplinar, y a poder ser de origen (de los mismos países) en coordinación con profesionales españoles, para sensibilizar de las consecuencias tan graves que resultan estas prácticas. En colaboración con organizaciones no gubernamentales que trabajan en dichos países y son conocedoras de las costumbres y de las formas de comunicación con un mismo lenguaje. Estos proyectos, puedan estar avalados y trabajados en coordinación con las universidades que impartan disciplinas de Trabajo Social, Educación Social, Medicina, Psicología, Educación infantil y primaria, etc.

6. BIBLIOGRAFÍA:

- Amaefula, R. C. (2021). African Feminisms: Paradigms, Problems and Prospects. *Feminismo/s*, 37, 289-305. <https://feminismos.ua.es/article/view/2021-n37-african-feminisms-paradigms-problems-and-prospects>
- American Legislative Exchange Council. (2019, 7 de agosto). *Ayaan Hirsi Ali talks about female genital mutilation* [video]. YouTube. <https://www.youtube.com/watch?v=pWEowVWNR4w>
- Ayuntamiento Alcalá de Henares. (s. f.). *Resultados de la búsqueda*. Ayuntamiento Alcalá de Henares. Consultado el 30 de mayo de 2021. <https://www.ayto-alcaladehenares.es/?s=mutilaci%C3%B3n+genital+femenina>
- Ayuntamiento de Madrid. (2018). *21 medidas prioritarias para erradicar la violencia contra las mujeres*. Portal web del Ayuntamiento de Madrid. Consultado el 30 de mayo de 2021. <https://www.madrid.es/portales/munimadrid/es/Inicio/Buscador/21-medidas-prioritarias-para-erradicar-la-violencia-contra-las-mujeres/?vgnnextfmt=default&vgnextoid=c974234bcd226710VgnVCM2000001f4a900aRCRD&vgnnextchannel=7db8fc12aa936610VgnVCM1000008a4a900aRCRD>
- Ayuntamiento de Parla. (2016, 5 de febrero). *Parla, pionera en un programa de prevención de la mutilación genital femenina*. Ayuntamiento de Parla. <https://www.ayuntamientoparla.es/noticias/parla-pionera-en-un-programa-de-prevencion-de-la>
- AmfAR, aids research. (2005, junio). *Violencia basada en el género y VIH entre mujeres: evaluando la evidencia*.
- Ballesteros, C., Almansa, P., Pastor, M. y Jiménez, I. (2014). La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 287–291. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213911114000478>
- Bedia, R. C. (2005). El género en las ciencias sociales. *Cuadernos de trabajo social*, 18, 249-258. <https://explore.openaire.eu/search/publication?articleId=doajarticles::136d796cec1902f919493e3220aeb007>

- Bordas, J., Baeza, J. C. y Figuro, C. A. (2011). *Temas de sociología criminal: Sociedad, delito, víctima y control social*. UNED.
- Canela, L. A. y Rincón, U. A. (2016). Sobre el concepto de inmigrante y frontera: aproximaciones desde un planteamiento socio-fenomenológico. *Open Insight*, 7(11), 57-73. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/oaiart?codigo=5386497>
- Comunidad de Madrid. (2020, 5 de febrero). *Día internacional de tolerancia cero con la mutilación genital femenina*. Comunidad de Madrid. <https://www.comunidad.madrid/noticias/2020/02/05/dia-internacional-tolerancia-cero-mutilacion-genital-femenina>
- Cubillos, J. (2014). Reflexiones sobre el proceso de investigación: Una propuesta desde el feminismo decolonial. *Athenea digital*, 14(4), 261-285. <https://atheneadigital.net/article/view/v14-n4-cubillos>
- Dahan, H. (2004). Cultural rights or human rights: The case of female genital mutilation. *Sex roles*, 51(5/6), 339-348. https://www.researchgate.net/publication/226531678_Cultural_Rights_or_Human_Rights_The_Case_of_Female_Genital_Mutilation
- Datosmacro. (s. f.). España- Inmigración. Consultado el 28 de octubre de 2020. <https://datosmacro.expansion.com/demografia/migracion/inmigracion/espana>
- Diop, M. K. (2017). *A black African feminist theory to examine female genital mutilation (FGM) within African immigrant families in the United States* [tesis de doctorado, University Montclair State]. Montclair State University Digital Commons. <https://www.ncfr.org/system/files/2017-08/TCRM%20-%20-%20A%20Black%20African%20Feminist%20Theory.pdf>
- Dirección General de la Mujer. (2016). *Estrategia madrileña contra la violencia de género 2016/2021*. Dirección General de la Mujer. https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/559_30_1_libro_estrategia_web_0.pdf
- End FGM. (2019). *EU Annual Report 2019*. https://www.endfgm.eu/editor/files/2020/04/FGM_Europe_map.pdf

Fundación Wassu-UAB. (2019). *La mutilación genital femenina en España*. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, Ministerio de Igualdad.

https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/pdfs/Estudio_MGF.pdf

Gallego, M. y López, M. (2010). Mutilación genital femenina: Revisión y aspectos de interés médico legal. *Cuadernos de Medicina Forense*, 16(3), 145-151.

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1135-76062010000200002

García, I. (2003). Los hijos de inmigrantes como tema sociológico: la cuestión de “la segunda generación.” *Anduli: revista andaluza de ciencias sociales*, (3), 27-46.

http://meme.phpwebhosting.com/~migracion/rimd/documentos_miembros/12648Inaki-Garcia-Borrego-Los-hijos-inmigrantes-ext.pdf

Goodreads. (2021). *Desert Flower Quotes*. Goodreads. Consultado el 13 de abril de 2021. <https://www.goodreads.com/work/quotes/2736618-desert-flower-the-extraordinary-journey-of-a-desert-nomad>

Guerra, M. J. (2008). Culturas y género: prácticas lesivas, intervenciones feministas y derechos de las mujeres. *Isegoría*, (38), 61-76.

<http://isegoria.revistas.csic.es/index.php/isegoria/article/view/403/404>

Hermida, C. (2017 a). *La Mutilación genital femenina: El declive de los mitos de legitimación*. Tirant lo Blanch.

Hermida, C. (2017 b). La mutilación genital femenina desde la perspectiva jurídica española. *Bajo Palabra, Revista de Filosofía, II Época* (15), 47-66.

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680864/BP_15_5.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Instituto de la Juventud. (2004). Intervención social e inserción de jóvenes inmigrantes. Instituto de la Juventud. <http://www.injuve.es/sites/default/files/Injuve%2066.pdf>

Instituto Nacional de Estadística. (2019 a). Edad Media de los Inmigrantes procedentes del extranjero según sexo y nacionalidad (española/ extranjero). Consultado el 27 de octubre de 2020. <https://www.ine.es/jaxiT3/Tabla.htm?t=29280&L=0>

Instituto Nacional de Estadística. (2019 b). Población por edad (grupos quinquenales), Españoles/ Extranjeros, Sexo y Año. Consultado el 29 de octubre de 2020.

<https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p08/10/&file=01002.px&L=0>

Instituto Nacional de Estadística. (2020). Población extranjera por sexo, comunidades y provincias y nacionalidad. Consultado el 28 de octubre de 2020.

<https://www.ine.es/jaxi/Tabla.htm?path=/t20/e245/p04/provi/10/&file=0ccaa002.px>

Jefatura del Estado. (2000, 1 de febrero). *Ley Orgánica, 4/2000 de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social*. Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2000-544>

Jefatura del Estado. (2003, 30 de septiembre). *Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros*. Boletín Oficial del Estado.

<https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2003-18088>

Jefatura del Estado. (2005, 9 de julio). *Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina*. Boletín Oficial del Estado. <https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=BOE-A-2005-11863>

Jiménez, A. y Granados, M. E. (2016). Impacto bio-psicológico en mujeres sometidas a mutilación genital. *Ene*, 10(1), 0-0.

https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2016000100003

Jiménez, I., Almansa, P., Pastor, M. M. y Pina, F. (2012). Aproximación a la ablación/mutilación genital femenina (A/MGF) desde la enfermería transcultural: una revisión bibliográfica. *Enfermería Global*, 11(28), 396-410.

<https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v11n28/enfermeria1.pdf>

Jurado, A. (2018, 6 de febrero). “Sin las africanas no se puede acabar con la mutilación genital”. El País.

https://elpais.com/elpais/2018/01/29/africa_no_es_un_pais/1517247169_589043.html

Kaplan, A., Hechavarría, S., Martín, M. y Bonheure, I. (2011). Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reproductive health*, 8(1), 1-6. <https://link.springer.com/content/pdf/10.1186/1742-4755-8-26.pdf>

- Kaplan, A. y López, A. (2017). *Mapa de la mutilación genital femenina en España 2016: Antropología aplicada 3*. Fundación Wassu-UAB.
<https://www.uab.cat/web/transferencia-de-conocimiento/mutilacion-genital-femenina-mgf-1345799901785.html>
- Kaplan, A., Torán, P., Bedoya, M. H., Bermúdez, K., Moreno, J. y Bolívar, B. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. *Atención primaria*, 38(2), 122-126. https://www.cear-euskadi.org/wp-content/uploads/2013/02/mgf_atencion_primaria.pdf
- Kendi, D. (2018, 23 de julio). *My sister saved me from the cut*. The Star.
<https://www.the-star.co.ke/news/2018-07-23-my-sister-saved-me-from-the-cut/>
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco*, 7(18), 1-24. <https://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf>
- Lasexologia.com. (2020). *Mutilación Genital Femenina (MGF)*. Lasexologia.com. Consultado el 29 de mayo de 2021. <http://lasexologia.com/blog-mgf/>
- Médicos del mundo España. (s. f. a). *Mutilación genital femenina en España*. Médicos del mundo España. Consultado el 3 de junio de 2021.
<https://www.medicosdelmundo.org/que-hacemos/espana/mutilacion-genital-femenina>
- Médicos del mundo España. (s. f. b). *Médicos del mundo Comunidad de Madrid*. Médicos del mundo España. Consultado el 3 de junio de 2021.
<https://www.medicosdelmundo.org/quienes-somos/sedes/medicos-del-mundo-comunidad-de-madrid>
- Ministerio de la Presidencia. (2011, 20 de abril). *Real Decreto 557/2011 de 20 de abril*. Reglamento de la Ley Orgánica 4/2000. Boletín Oficial del Estado.
<https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2011-7703>
- Mujeres en igualdad. (s. f. a). *Mutilación Genital Femenina*. Mujeres en igualdad. Consultado el 29 de mayo de 2021.
http://www.mujeresenigualdad.com/Mutilacion_es_198.html
- Mujeres en igualdad. (s. f. b). *Programa para erradicar la mutilación genital 2016*. Mujeres en igualdad. Consultado el 29 de mayo de 2021.

http://www.mujiereenigualdad.com/Programa-para-erradicar-la-Mutilacion-Genital-2016_es_174_0_0_183.html

Mulongo, P., Hollins, C. y McAndrew, S. (2014). The psychological impact of female genital mutilation/cutting (FGM/C) on girls/women's mental health: a narrative literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(5), 469-485.

https://www.researchgate.net/publication/267641373_The_psychological_impact_of_Female_Genital_MutilationCutting_FGMC_on_girlswomen%27s_mental_health_a_narrative_literature_review

Naciones Unidas. (s. f.). Migración. Consultado 21 de octubre de 2020.

<https://www.un.org/es/sections/issues-depth/migration/index.html>

Nuño, L. (2017). La Mutilación Genital Femenina en Europa: el dilema de la triple alteridad. *Revista europea de derechos fundamentales*, (29), 185-204.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6144006>

Observatorio permanente de la inmigración. (2020). *Extranjeros residentes en España: A 30 de junio de 2020*. Ministerio de Inclusión, Seguridad social y Migraciones.

https://extranjeros.inclusion.gob.es/ficheros/estadisticas/operaciones/certificado/202006/Residentes_Principales_Resultados_30062020.pdf

ONG Rescate. (s. f. a). *Formación y sensibilización*. ONG Rescate. Consultado el 30 de mayo de 2021. <https://www.ongrescate.org/formaci%C3%B3n-y-sensibilizaci%C3%B3n>

<https://www.ongrescate.org/formaci%C3%B3n-y-sensibilizaci%C3%B3n>

ONG Rescate. (s. f. b). *Atención integral*. ONG Rescate. Consultado el 30 de mayo de 2021. <https://www.ongrescate.org/atenci%C3%B3n-integral>

ONU Mujeres. (s. f.). *La Embajadora regional de ONU Mujeres Jaha Dukureh*. ONU Mujeres. Consultado el 18 de abril de 2021.

<https://www.unwomen.org/es/partnerships/goodwill-ambassadors/jaha-dukureh>

Organización Mundial de la Salud. (2020, 3 de febrero). *Mutilación genital femenina*.

Organización Mundial de la Salud. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/female-genital-mutilation>

Parlamento Europeo. (2001, 20 de septiembre). *Resolución del Parlamento Europeo sobre las mutilaciones genitales femeninas (2001/2035 (INI))*. Parlamento Europeo.

<https://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P5-TA-2001-0476+0+DOC+XML+V0//ES>

Parlamento Europeo. (2009, 24 de marzo). *Resolución del Parlamento Europeo, de 24 de marzo de 2009, sobre la lucha contra la mutilación genital femenina practicada en la UE (2008/2071(INI))*. Parlamento Europeo.

<https://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//TEXT+TA+P6-TA-2009-0161+0+DOC+XML+V0//ES>

Parlamento Europeo. (2011, 5 de abril). *Resolución del Parlamento Europeo, de 5 de abril de 2011, sobre las prioridades y líneas generales del nuevo marco político de la UE para combatir la violencia contra las mujeres (2010/2209(INI))*. Parlamento Europeo. https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-7-2011-0127_ES.html

Red estatal libres de MGF. (s. f.). *La Red*. Red Estatal Libres de MGF. Consultado el 27 de mayo de 2021. <https://libresmgf.org/la-red/>

Sanz, N. (2014). Diversidad cultural y política criminal: estrategias para la lucha contra la mutilación genital femenina en Europa (especial referencia al caso español). *Revista electrónica de ciencia penal y criminología*, (16-11), 11:1-11:49.

<http://criminet.ugr.es/recpc/16/recpc16-11.pdf>

Traspas, H. (2019, 29 de junio). ¿Qué es la mutilación genital femenina? [conferencia]. TEDx Albacete, Albacete. <https://www.savegirlssaveageneration.org/en/what-is-female-genital-mutilation-hayat-traspas-tedxalbacete/>

UNAF. (2016). *Guía para profesionales la mutilación genital femenina en España*.

UNAF. <https://www.slideshare.net/UNAF/gua-para-profesionales-la-mutilacin-genital-femenina-en-espaa-prevencin-e-intervencin>

UNAF. (2019). *Prevención e intervención ante la mutilación genital femenina*. UNAF. Consultado el 12 de junio de 2021. <https://unaf.org/prevencion-e-intervencion-ante-la-mutilacion-genital-femenina/>

UNICEF. (2013, julio). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. Nueva York: UNICEF. Consultado el 16 de junio de 2021. <https://data.unicef.org/resources/fgm-statistical-overview-and-dynamics-of-change/>

- UNICEF. (2016). *Female genital mutilation/cutting: A global concern*. United Nations. https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf
- UNICEF. (2020, febrero). *Female genital mutilation (FGM) data*. UNICEF. Consultado el 26 de mayo de 2021. <https://data.unicef.org/resources/dataset/fgm/>
- Vallejo, C. (2014). Mutilación genital femenina: violencia de género con nuevas trabas para su persecución en España. *Revista Estudios Jurídicos, Segunda Época*, (14), 1-21. <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rej/article/view/2134/1872>
- Whitehorn, J., Ayonrinde, O. y Maingay, S. (2002). Female genital mutilation: cultural and psychological implications. *Sexual and Relationship Therapy*, 17(2), 161-170. <https://www.researchgate.net/search/publication?q=Female%20genital%20mutilation%20and%20psychological%20implications>
- Williams-Breault, B. D. (2018). Eradicating female genital mutilation/cutting: human rights-based approaches of legislation, education, and community empowerment. *Health and human rights journal*, 20(2), 223-233. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6293358/pdf/hhr-20-223.pdf>
- World Health Organization. (2021). *Prevalence of female genital mutilation*. World Health Organization. Consultado el 3 de marzo de 2021. <https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research/areas-of-work/female-genital-mutilation/prevalence-of-female-genital-mutilation>
- Zabalbeascoa, A. (2017, 26 de abril). *Nawal el Saadawi: “No se puede ser feminista y aprobar el uso del velo”*. El País Semanal. https://elpais.com/elpais/2017/04/26/eps/1493157934_149315.html
- Zirion, I. y Idarraga, L. (2014). Los feminismos africanos: Las mujeres africanas “en sus propios términos”. *Relaciones Internacionales*, (27), 35-54. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/677219/RI_27_3.pdf?sequence=1&isAllowed=y