



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

La voz de las mujeres sometidas a mutilación  
genital femenina.

Saberes para la disciplina enfermera.

**María del Mar Pastor Bravo**

2014



**UNIVERSIDAD DE MURCIA**

**FACULTAD DE ENFERMERÍA**

TESIS DOCTORAL:

La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina.  
Saberes para la disciplina enfermera.

DIRECTORAS:

Dra. Pilar Almansa Martínez

Dra. María Antonieta Rubio Tyrrell

DOCTORANDA:

María del Mar Pastor Bravo





UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

D. PILAR ALMANSA MARTINEZ, Profesora Titular de Universidad del Área de ENFERMERIA en el Departamento de ENFERMERÍA, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina. Saberes para la disciplina enfermera.", realizada por D<sup>a</sup>. MARIA DEL MAR PASTOR BRAVO, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 20 de Octubre de 2014





UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

D<sup>a</sup>. MARIA ANTONIETA RUBIO TYRREL, Profesora Titular de Universidad del Área de ENFERMERIA en el Departamento de ENFERMERÍA, AUTORIZA:

La presentación de la Tesis Doctoral titulada "LA VOZ DE LAS MUJERES SOMETIDAS A MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA. SABERES PARA LA DISCIPLINA ENFERMERA", realizada por D<sup>a</sup>. MARIA DEL MAR PASTOR BRAVO, bajo mi inmediata dirección y supervisión, y que presenta para la obtención del grado de Doctor por la Universidad de Murcia.

En Murcia, a 20 de Octubre de 2014





**UAEM** | Universidad Autónoma  
del Estado de México

Toluca, México 3 de Octubre de 2014

**A QUIEN CORRESPONDA  
P R E S E N T E**

Quien suscribe Dra. María Dolores Martínez Garduño, Profesora investigadora de la Facultad de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Autónoma del Estado de México, informa que una vez que se ha revisado la importancia del tema de tesis ***La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina: Saberes para la disciplina enfermera***, desarrollada por la doctoranda ***María del Mar Pastor Bravo*** bajo la dirección de la Dra. Pilar Almansa Martínez, profesora de la **Universidad de Murcia**, y que a mi parecer opino lo siguiente:

Es un tema de gran relevancia y trascendencia, desde el punto de vista social y de las políticas género y de salud, que responde al incremento de movilidad de personas de diversas razas y culturas. Para la enfermería, desarrollar este tema, fortalece la creación de nuevos conocimientos de la disciplina desde el punto de vista transcultural, que permita comprender más a las mujeres y brindar un cuidado de manera holística.

Es importante mencionar que la metodología cualitativa planteada es la idónea, para abordar los aspectos culturales, además de que permite no solo obtener información y generar nuevos conocimientos, sino también un mensaje social y propuestas de intervención educativa.

Sin otro particular por el momento, aprovecho la ocasión para enviarle un cordial saludo.

**ATENTAMENTE**  
**PATRIA, CIENCIA Y TRABAJO**  
***"2014, 70 Aniversario de la Autonomía ICLA-UAEM"***

**Dra. en C.S. María Dolores Martínez Garduño**  
**Profesora Investigadora**  
**Jefa editorial de la revista científica "Horizontes en Salud Expresión de Enfermería".**





Porto Alegre, Brasil, 14 de Outubro de 2014.

Dra. **Leticia Becker Vieira**, Profesora de la Escola de Enfermagem da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (EE-UFRGS), membro investigador del “Grupo de Pesquisa Núcleo de Estudos em Educação e Saúde na Família e na Comunidade” (UFRGS) y del “Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade da Universidade Federal de Santa Maria” (UFSM),

**INFORMA QUE:**

El trabajo titulado “*La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina: Saberes para la disciplina enfermera*”, desarrollada pela doctoranda **Maria Del Mar Pastor Bravo** bajo la dirección de la Dra. **Pilar Almansa Martinez**, Profesora de la *Universidad de Murcia*, ha sido evaluado, especialmente en relación a la importancia del tema para la Comunidad Científica. Tras dicha evaluación, emite el siguiente informe:

- La tesis presenta un tema de relevancia e impacto social, y una perspectiva socio-cultural de la salud. Señalase que la enfermería es una disciplina humanística y el desarrollo social cuyo cuidado tecnologías es en atención a los cambios en la sociedad resultante de determinantes políticos, económicos, sociales e históricos. Así, el presente estudio contribuye a la producción de conocimiento de Enfermería revelando perspectivas de la atención a las mujeres sometidas mutilación femenina. En ese sentido, por lo que pongo de relieve el mérito académico de esta producción científica. Hay que destacar la adecuación del enfoque cualitativo en el diseño de la investigación, que revela la coherencia y convergencia investigativa mediada por coherencia teórica metodológica. La investigación cualitativa permitió una visión subjetiva e interpretativa de la realidad de las mujeres, lo que permite una visión integral del fenómeno complejo estudiado.

Sin otro particular por el momento y para que así conste donde proceda, expido el presente informe académico.



Fdo.: Leticia Becker Vieira



A todas las mujeres cuyos  
derechos son vulnerados en el  
mundo.



## AGRADECIMIENTOS

En primer lugar, quisiera agradecer, desde la comprensión de las dificultades personales para pronunciarse respecto a un tema tabú perteneciente a las tradiciones del país de origen, así como las dificultades de narrar una experiencia personal sumamente dolorosa, la colaboración de todas las mujeres subsaharianas que participaron en el estudio. Así mismo, quiero expresar mi admiración hacia su valentía y agradecer la confianza y buena acogida que me mostraron.

A mi directora de tesis la Profesora Dra. Pilar Almansa Martínez, quiero agradecer las enseñanzas realizadas durante todos estos años. Por iniciarme en la investigación durante el trabajo final de grado y de máster y transmitirme su entusiasmo por la salud y derechos de las mujeres en el mundo cada día, transmitiéndome su incansable espíritu de lucha y superación. Igualmente, quiero agradecer sus contribuciones a la tesis y sus orientaciones durante todas las fases de la investigación.

A mi directora internacional de tesis la Profesora Dra. María Antonieta Rubio Tyrrell, por su buena acogida durante mi estancia en la Universidad Federal do Rio de Janeiro (UFRJ), sus orientaciones en la tesis, por introducirme en el estudio de las políticas públicas y ayudarme a profundizar en la metodología de historias de vida.

Quiero agradecer al resto de profesoras de la facultad que han seguido mi evolución en este trabajo, a los miembros del grupo de investigación de salud, mujer y cuidados con los que he compartido experiencias de aprendizaje y con los/as que he trabajado.

Agradecer también su buena acogida durante mi estancia en la Universidad Federal de Rio de Janeiro (UFRJ) tanto a mis profesoras como a mis compañeros/as de investigación y de las disciplinas. Gracias a las contribuciones y enseñanzas de todos ellos, aprendí muchos aspectos teóricos y metodológicos reflejados en la tesis.

Por último quisiera agradecer a mi familia su comprensión y apoyo durante todos estos años de investigación.

A mi amigas por sus ánimos y buenas palabras.

Y a mi pareja por compartir conmigo los momentos importantes, tanto profesionales como personales, prestarme su ayuda en todo momento y saber comprender los momentos de duro trabajo.



## CONTENIDO

RESUMEN.....	xi
RESUMO .....	xix
<b>CAPÍTULO I. BASES TEÓRICAS.....</b>	<b>1</b>
1. QUÉ ES LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA .....	3
1.1. Consecuencias negativas para la salud de las mujeres.....	4
1.1.1. Físicas.....	4
1.1.2. Psicosociales.....	7
1.1.3. Sexuales.....	8
1.1.4. Obstétrico-ginecológicas .....	8
1.2. Consecuencias negativas para la salud de los hombres .....	10
1.3. Origen de la MGF .....	10
1.4. Prevalencia de la MGF.....	12
1.4.1. Prevalencia en África .....	13
1.4.2. Prevalencia en Europa.....	14
1.4.3. Prevalencia en España.....	15
1.4.4. Prevalencia en la Región de Murcia.....	17
1.5. Justificaciones por las que se practica.....	20
1.5.1. Socioculturales .....	21
1.5.2. Higiénicas y estéticas .....	22
1.5.3. Religiosas o espirituales .....	23
1.5.4. Psicosexuales.....	24
1.6. Cuestiones éticas que envuelven la MGF .....	25
1.6.1. Medicalización de la MGF.....	27
1.6.2. Barbarie en África, estética en el mundo desarrollado.....	30
1.6.3. Medicalización tradicional del cuerpo de las mujeres que perpetúa el patriarcado.....	31

1.6.4.	Cirugía estética de los genitales femeninos .....	34
1.6.5.	Tratamiento quirúrgico de las complicaciones secundarias a la MGF 40	
1.6.6.	Cirugía reconstructiva del clítoris .....	41
2.	LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES .....	42
2.1.	Relaciones de dominio entre hombres y mujeres .....	44
2.2.	Concepto de género .....	47
3.	POLÍTICAS GLOBALES FRENTE A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES. LAS CONFERENCIAS MUNDIALES.....	51
3.1.	I Conferencia Mundial .....	51
3.2.	II Conferencia Mundial.....	51
3.3.	III Conferencia Mundial .....	52
3.4.	IV Conferencia Mundial .....	52
3.5.	Despues de Beijing .....	53
3.6.	Otras conferencias internacionales relevantes .....	53
3.6.1.	Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres .....	54
3.6.2.	Conferencia sobre Medioambiente y Desarrollo .....	54
3.6.3.	Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos .....	54
3.6.4.	Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo.....	55
3.6.5.	Cumbre de Desarrollo Social .....	55
3.7.	Políticas Públicas .....	55
3.8.	Influencia de las Conferencias Mundiales sobre la Mujer en las políticas públicas.....	56
3.8.1.	África .....	57
3.8.2.	Europa.....	60
3.8.3.	España.....	66
3.9.	Síntesis de la evolución de políticas públicas en España, Europa y África y su relación con las Cumbres Internacionales.....	69

4.	LOS DERECHOS HUMANOS .....	76
4.1.	Tipos de derechos humanos .....	76
4.2.	Articulación entre vulnerabilidad, derechos humanos, salud y ciudadanía.....	79
4.3.	Panorama sobre salud y derechos humanos .....	81
4.3.1.	El complejo abordaje de salud basado en derechos .....	82
4.3.2.	Derechos y vulneraciones a la salud de las mujeres desde la Conferencia de Beijing .....	82
4.3.3.	Violencias y discriminaciones contra las mujeres y Servicios de Salud .....	84
4.3.4.	Políticas públicas españolas en la atención sanitaria a las mujeres.....	87
5.	MARCO LEGAL Y DERECHOS HUMANOS EN TORNO A LA MGF .....	89
5.1.	Organismos Internacionales y MGF .....	90
5.2.	Tratados Internacionales .....	90
5.3.	Tratados Regionales .....	91
5.4.	Legislación en el continente africano.....	93
5.5.	Legislación europea sobre la MGF .....	95
5.6.	Derecho a asilo de las niñas en riesgo de MGF .....	95
5.7.	Legislación española sobre la MGF.....	98
5.7.1.	Leyes autonómicas .....	99
6.	CONCEPTOS Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN. DE LA HISTORIA NATURAL DE ENFERMEDAD AL CUADRO DE LA VULNERABILIDAD Y DERECHOS HUMANOS .....	102
6.1.	Referente de la promoción de salud .....	103
6.2.	Conceptualización de vulnerabilidad .....	104
6.3.	Prejuicios y Vulnerabilidad.....	105

6.3.1. Derechos humanos versus prejuicios y discriminaciones .....	105
6.3.2. Superar el racismo y promover la salud de la población negra. Desafíos para trabajar la prevención.....	106
6.3.3. El principio de equidad como respuesta en salud pública .....	107
6.4. Comprender y reducir la vulnerabilidad desde la perspectiva de los derechos humanos .....	108
7. ENFERMERIA ANTE LA MGF .....	110
7.1. Consejo Internacional de Enfermeras respecto a la MGF .....	110
7.2. Código Deontológico de Enfermería española .....	111
7.3. Actuación de las enfermeras ante la MGF .....	112
8. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO .....	113
10. OBJETIVOS .....	114
10.1. Objetivo general.....	114
10.2. Objetivos específicos .....	114
<b>CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>115</b>
1. METODOLOGÍA .....	117
1.1. Historia de vida.....	120
1.2. Población de estudio .....	123
1.3. Tipo de muestreo .....	125
1.4. Aspectos éticos .....	125
1.5. Limitaciones del estudio .....	126
1.6. Instrumentos y procesos de recolección de datos .....	126
1.7. Análisis de los datos .....	130

<b>CAPÍTULO III. RESULTADOS</b> .....	133
1. UNIDADES TEMÁTICAS.....	135
2. ÍTEMS .....	136
3. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO .....	138
4. HISTORIOGRAMA .....	146
5. CATEGORIZACIÓN DE LOS RESULTADOS.....	151
5.1. Contextualización y descripción de la MGF.....	151
5.1.1. Nombre que recibe la MGF.....	151
5.1.2. Tipo de MGF que presentan.....	153
5.1.3. Edad a la que se realiza la MGF.....	154
5.1.4. Lugar y rito de la MGF .....	155
5.1.5. Persona encargada de mutilar a las niñas .....	159
5.1.6. Procedimiento y técnicas empleadas para mutilar a las niñas...	160
5.2. Consecuencias para la salud de la MGF .....	162
5.2.1. Consecuencias físicas .....	163
5.2.2. Consecuencias psicológicas .....	164
5.2.3. Repercusiones en la Sexualidad .....	165
5.2.4. Consecuencias en el ciclo gravídico-puerperal .....	168
5.2.5. Profesionales sanitarios ante la MGF.....	169
5.2.6. Consecuencias para los hombres.....	171
5.3. Justificaciones de la MGF.....	173
5.4. Persona que toma las decisiones importantes sobre los hijos .....	176
5.5. Persona que decide mutilar a las niñas en las familias.....	176
5.6. El tabú y el engaño de la MGF.....	178
5.7. La mutilación genital femenina en la escuela .....	179
5.8. Derechos de las mujeres.....	180
5.9. Actitudes ante la perpetuación de la MGF .....	182
5.10. Actitudes ante la ilegalidad de la MGF.....	192

5.11. Elementos motivadores del cambio de actitudes respecto a la MGF	194
5.12. El comienzo del fin de la mutilación genital femenina.....	198
5.13. Conocimientos sobre la MGF .....	200
<b>CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN .....</b>	<b>205</b>
1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA.....	207
2. CONTEXTUALIZACIÓN .....	208
2.1. Nombre .....	208
2.2. Tipo de MGF .....	210
2.3. Edad .....	211
2.4. Lugar.....	211
2.5. Persona encargada de mutilar a las niñas.....	213
2.6. Procedimiento .....	214
3. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD .....	215
3.1. Consecuencias físicas .....	215
3.2. Consecuencias psicológicas .....	217
3.3. Repercusiones sobre la Sexualidad.....	218
3.4. Consecuencias en el ciclo gravídico-puerperal.....	220
3.5. Profesionales sanitarios ante la MGF .....	221
3.6. Consecuencias para los hombres .....	223
4. JUSTIFICACIONES DE LA MGF .....	224
5. PERSONA QUE TOMA LAS DECISIONES IMPORTANTES SOBRE LOS HIJOS .....	231
6. PERSONA QUE DECIDE MUTILAR A LAS NIÑAS EN LAS FAMILIAS.....	231

7. EL TABÚ Y EL ENGAÑO DE LA MGF .....	233
8. LA MGF EN LA ESCUELA .....	233
9. DERECHOS DE LAS MUJERES .....	234
10. ACTITUD ANTE LA PERPETUACIÓN DE LA MGF .....	235
11. ACTITUDES ANTE LA ILEGALIDAD DE LA MGF .....	236
12. ELEMENTOS MOTIVADORES DEL CAMBIO DE ACTITUDES RESPECTO A LA MGF .....	238
13. EL COMIENZO DEL FIN DE LA MGF .....	240
14. CONOCIMIENTOS SOBRE MGF .....	240
<b>CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES FINALES .....</b>	<b>243</b>
1. CONSIDERACIONES FINALES .....	245
2. CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	251
3. CONTRIBUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN .....	257
4. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN .....	257
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>265</b>
<b>ANEXOS .....</b>	<b>297</b>

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Tipos de MGF .....	3
Tabla 2. Prevalencia de MGF en Europa .....	15
Tabla 3. Población proveniente de países donde se practica la MGF en España. .....	16
Tabla 4. Población proveniente de países donde se practica la MGF en la Región de Murcia.....	19
Tabla 5. Países africanos con legislación en MGF.....	93
Tabla 6. Unidades temáticas.....	135
Tabla 7. Ítems en los que se agrupan las unidades temáticas.....	137
Tabla 8. Perfil Sociodemográfico.....	142
Tabla 9. Histograma .....	146
Tabla 10. Nombre que recibe la mutilación genital femenina según etnia y tipo .....	152
Tabla 11. Consecuencias físicas a corto plazo .....	163
Tabla 12. Consecuencias físicas a largo plazo. ....	164
Tabla 13. Consecuencias psicológicas. ....	165
Tabla 14. Repercusiones en la sexualidad.....	166
Tabla 15. Justificaciones por las que se realiza.....	174
Tabla 16. Actitudes ante la perpetuación de la mutilación genital femenina....	187
Tabla 17. Elementos motivadores del cambio de actitudes.....	195
Tabla 18. Conocimientos que poseen las mujeres a favor de la MGF y las contrarias a ésta. ....	200

## ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Prevalencia MGF entre niñas y mujeres.....	13
Gráfica 2. Prevalencia de niñas mutiladas.....	14
Gráfica 3. Mapa de migraciones de África a la Región de Murcia. ....	17
Gráfica 4. Incidencia de mujeres subsaharianas en la Región de Murcia. ....	18
Gráfica 5. Mapa de migraciones de África a la Región de Murcia. ....	20
Gráfica 6. Evolución de las políticas públicas sobre la mujer.....	75
Gráfica 7. Países de origen de las entrevistadas. ....	124
Gráfica 8. Religión de las entrevistadas. ....	138
Gráfica 9. Edades y Promedio de Edad de las entrevistadas. ....	138
Gráfica 10. Estado civil de las entrevistadas. ....	139
Gráfica 11. Situación laboral de las entrevistadas. ....	140
Gráfica 12. Tipo de MGF de las entrevistadas. ....	140
Gráfica 13. Etnias de las entrevistadas. ....	141
Gráfica 14. Nombre que dan a la MGF las entrevistadas. ....	151
Gráfica 15. Entrevistadas mutiladas y no mutiladas.....	153
Gráfica 16. Tipo de MGF que presentan las entrevistadas.....	154
Gráfica 17. Gráfico de dispersión de las edades a las que se realizó la MGF a las entrevistadas que la sufrieron. ....	155
Gráfica 18. Lugares donde se realiza la MGF. ....	156
Gráfica 19. Nombres que recibe la mujer que mutila a las niñas. ....	160
Gráfica 20. Consecuencias para los hombres de la MGF según las entrevistadas .....	173
Gráfica 21. Mujeres a favor y en contra de realizar la MGF a sus hijas. ....	183
Gráfica 22. Cantidad de hijas mutiladas, no mutiladas y en riesgo.....	184
Gráfica 23. Mujeres mutiladas que desean mutilar a sus hijas frente a las que no .....	184

## ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Imagen de mutilación genital femenina tipo I, II y III. ....	154
---	-----



## RESUMEN

### **Introducción:**

La mutilación genital femenina (MGF) surge como problema a la condición femenina en expansión, contrariando los derechos humanos y las políticas de humanización.

La MGF comprende todos los procedimientos que implican la resección parcial o total de los órganos genitales femeninos externos u otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos.

La importancia del tema radica en que es un problema social de gran magnitud, tanto por el número de mujeres afectadas, como por las graves consecuencias que estas mujeres sufren como resultado de la práctica. Así mismo, constituye una violación de los derechos de las mujeres y las niñas.

La mayoría de mujeres mutiladas viven en 29 países de África, así mismo se produce en Indonesia, Malasia o en India, entre otros. Con las migraciones, lo local se hace global y la mutilación genital femenina se ha extendido a todo el mundo. En España existen 17.000 niñas en riesgo de ser mutiladas, así como mujeres originarias de países subsaharianos que presentan problemas físicos, psicológicos, obstétricos y en su vida sexual derivados de ésta práctica. Por lo que los profesionales de salud deben tener conocimientos sobre MGF y sus graves consecuencias en la calidad de vida de las mujeres.

El abordaje para la prevención de la MGF en los servicios públicos de salud en general, y de enfermería en particular, presenta un importante y difícil desafío, debido a las connotaciones culturales tan arraigadas en los países donde es realizado, y es que el paradigma biomédico no responde a ciertas necesidades y desafíos establecidos por la ya instaurada población multicultural.

### **Objetivo:**

Identificar los conocimientos, actitudes y experiencias respecto a la mutilación genital de un grupo de mujeres originarias de los países africanos al sur del Sahara, donde es una práctica tradicional.

## **Metodología:**

Estudio cualitativo que utiliza el método de historias de vida. La elección de este método se debe a la intencionalidad de conocer la experiencia y perspectiva de un individuo, dándole voz, con el fin de relacionar este hecho con el que vivió, a partir de su propia visión del mundo.

El método historias de vida consiste en preguntar a los sujetos de la investigación para obtener un relato de su vida asociada a un evento. Particularmente, este método permite que la dirección del estudio sea dada por las mujeres entrevistadas, a partir de su propia perspectiva del mundo y de cómo lidiaron con la mutilación genital femenina en su vida.

El papel del entrevistador es por tanto, de incentivo, llevando al informante a hablar sobre un determinado asunto, pero sin forzarlo a responder.

El método narrativa de vida usa una perspectiva etnosociológica con el objetivo de estudiar un fragmento de la realidad social histórica, y no una individualidad exclusiva de ciertos grupos.

Es esencial para intentar moverse de lo particular a lo general, descubrir formas, las relaciones, los mecanismos y lógicas de acción, lógicas sociales, así como procesos recurrentes susceptibles que se encuentren presentes en muchos contextos similares.

Para que los resultados de esta metodología sean válidos, no se debe buscar un cúmulo de historias, sino una buena organización de las mismas que permita compararlas con el objetivo de encontrar que hay de general dentro de lo específico.

En cuanto a la población de estudio, está compuesta de 20 mujeres procedentes de Senegal, 2 de Nigeria y 2 de Gambia que residen en la Región de Murcia (España).

El contacto se realizó con distintas asociaciones de mujeres africanas. La presidenta de cada una de las asociaciones con las que nos pusimos en contacto nos invitó a una reunión mensual para que explicásemos el estudio y la posibilidad de participar en él. Al final de la reunión las mujeres que se mostraron interesadas nos dieron sus datos de contacto para poder establecer la fecha de la realización de la

historia de vida por medio de entrevista. Posteriormente se incorporaron algunas participantes por muestreo en “bola de nieve”.

Las entrevistas se realizaron de forma individual y el lugar, a elección de las participantes del estudio, en sus casas, siempre en ausencia del marido y, en ocasiones con la presencia de los hijos menores.

Los criterios de inclusión fueron: ser mujer procedente de países donde se realice habitualmente la MGF, haber vivido, al menos hasta los 18 años, en su país de origen, haber sufrido la MGF o tener vastos conocimientos sobre ella a raíz del contacto personal con mujeres que la han sufrido, Comprender el español, el francés o presencia de un traductor durante la entrevista.

Antes de comenzar las entrevistas se explicó a cada participante los objetivos y la metodología del estudio. La información fue facilitada de forma oral y escrita, mediante una conversación previa con los participantes y una carta de presentación del estudio. Se tuvo en cuenta la comprensión de la información facilitada por parte de los participantes, explicando la información de forma clara y accesible, también se ofreció la carta de presentación del estudio en otros idiomas de preferencia idiomática como el inglés o el francés. Se informó de la voluntariedad como requisito para participar en el estudio y se solicitó permiso para grabarlas con grabador de voz. Posteriormente se les facilitó dos copias de la “Declaración de Consentimiento Informado”, una para la participante, con el fin de que tenga referencia del escrito, y otra debidamente cumplimentada y firmada por la entrevistada para la investigadora. Otra consideración para proteger la confidencialidad de las participantes es la asignación un código para cada entrevista.

Fueron varias las dificultades encontradas a lo largo del estudio. En primer lugar, durante el proceso previo de revisión bibliográfica, se han encontrado pocos estudios de calidad relacionados con este tema, lo que nos ha llevado a la utilización de guías y protocolos para completar los vacíos de conocimientos dentro del marco teórico. La segunda está relacionada con la accesibilidad, tanto al campo de estudio como a las posibles informantes clave, dado el número reducido de población originaria de países donde se lleva a cabo la práctica; la posibilidad de situación irregular de las mismas; y la posibilidad de no participación de algunas de ellas por motivos morales o de autoprotección. Otra dificultad obtenida fue la barrera idiomática

a la hora de mantener las conversaciones y realizar las entrevistas. También se tiene en cuenta la posibilidad de que las participantes no digan toda la verdad o no sean del todo sinceras sobre su posición con respecto a la MGF, dada la ilegalidad de la misma en España.

Los instrumentos y proceso de recolección de datos se realizó mediante:

*Conversaciones informales:* que incluyen llamadas telefónicas, correos electrónicos, charlas coloquiales y citas informales con las informantes clave.

*Cuestionario de información socio-demográfica:* concebido para obtener el perfil de las participantes con el fin de verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y de conseguir información valiosa que nos guíe en las entrevistas. El cuestionario consta de información referente a: código de identificación asignado al participante, fecha de la entrevista, lugar de la entrevista, país de origen, edad, religión, estado civil, número de hijos/as, tiempo de residencia en España, situación laboral y nivel de estudios.

*Historia de vida:* Se realizó una pregunta abierta, sin guion predeterminado, en la cual se solicitó al sujeto que hable libremente sobre su vida o sobre un determinado periodo o acontecimiento en el cual participó. La cuestión que se realizó a los sujetos de la investigación fue: “*Cuénteme su historia relacionada al hecho de la mutilación genital femenina*”.

Durante las entrevistas se utilizó el grabador de voz, tras la grabación, los relatos fueron transcritos inmediatamente junto con las anotaciones realizadas en el diario de campo iniciando el análisis desde este momento.

El análisis se realizó a partir de las categorías que emergían de las narrativas colectadas en las entrevistas. Dicho análisis se realizó en tres fases: un pre- análisis, la exploración del material y el tratamiento de los resultados.

### **Resultados:**

La mayoría de entrevistadas presenta la MGF tipo I, aunque una de ellas tiene la tipo II. Las participantes se refieren a la mutilación genital femenina como Sunna en el caso de las djolas de Senegal, pero en otros grupos étnicos la denominan *Yonga*, *excisión* o *Cuiyao*, *Circuncisese/circuncisión*, *incisión*, *ablación* y *Wall*.

La edad a la que les realizaron el procedimiento varía de una niña a otra, desde antes de un año hasta la pubertad, pasando por los 6 años.

La MGF se realiza en el bosque junto a otras niñas, donde no pueden entrar los hombres o las mujeres que no han pasado por este rito. Las llevan de una en una hasta una cabaña donde les vendan los ojos y cortan sus genitales mientras tocan los tambores. Estas niñas permanecen en el bosque hasta que la herida cicatriza y antes de volver a casa les realizan una fiesta. En otros casos la MGF se realizó en casa.

Este procedimiento se realiza sin analgésicos o antibióticos, usando el mismo instrumento para todas las niñas y curándolas posteriormente con hierbas tradicionales. Incluso en los casos en que se realizó en casa, las medidas higiénicas fueron deficientes.

La responsable de realizar el procedimiento es siempre una mujer, no tiene formación específica sanitaria, sino que es un trabajo transmitido por generaciones anteriores y al que se dedica durante toda su vida. Realizar el corte genital le proporciona una posición respetada en la comunidad. Algunos nombres que recibe esta mujer son: *Agnaman, Ngnumo, Gnomán, Yongacut, Unamano y Ngnangsimbah*.

La mutilación genital femenina es una tradición transmitida fundamentalmente por mujeres. Siendo la decisión de cortar a las niñas tomada por las abuelas en la mayoría de los casos, en otros es la madre o la tía, generalmente bajo consentimiento del padre.

Entre las razones que alegan para perpetuar la MGF, la mayoría hace referencia a la cultura o a la tradición, pero también a la presión social, rito de paso, autocontención sexual, hacer a las niñas casaderas, belleza, religión y limpieza.

La mutilación genital femenina les ha provocado importantes consecuencias para la salud. A corto plazo dolor, disuria, y picor en el área general que puede durar desde 15 días a 3 meses.

A largo plazo, sufrieron otros problemas como infertilidad, infecciones urinarias recurrentes, hepatitis B y problemas genitales. Del mismo modo, aparecen sentimientos de tristeza, dolor, miedo, ansiedad, frustración y depresión que continúan angustiándolas.

El inicio de las relaciones sexuales se acompaña de dolor y miedo. En algunos casos el dolor continúa en cada acto sexual y el placer se ve afectada, presentando anorgasmia algunas mujeres.

Algunas de las mujeres mutiladas tuvieron complicaciones durante el embarazo y el parto, como infección, fiebre, abortos recurrentes e hipermesis. En el parto, la mayoría precisó de episiotomía o cesárea. Todas las mujeres asistieron al centro sanitario de referencia para realizar los controles durante el embarazo y en el momento del parto. Éstas refieren haber sentido vergüenza durante las exploraciones vaginales y preocupación por la reacción de los profesionales al ver sus genitales mutilados.

La percepción de las mujeres respecto a los profesionales sanitarios que las atendieron es buena, sin embargo, éstos no detectaron la mutilación de sus genitales y ni abordaron esta cuestión con ellas. Aún más, las mujeres presentan un déficit de conocimientos respecto a la planificación familiar y métodos anticonceptivos no resueltos.

Algunas entrevistadas narran que la MGF está dejando de reproducirse en las generaciones más jóvenes de sus familias y la mayoría es contraria a mutilar a sus hijas, sin embargo, muchas han recibido presiones por parte de su familia para realizarla y otras no han podido evitar que mutilen a sus hijas pese a oponerse, puesto que dejaron a las niñas al cuidado de sus madres para venir a España.

Por el contrario, en los casos en que las familias dependían de la cooperación de las mujeres y sus maridos para mutilar a las niñas, para llevar a la niña al país de origen, las mujeres se mantuvieron firmes en sus convicciones y rechazaron la MGF a pesar de la insistencia de los familiares.

Ante las penas de cárcel que la legislación española prescribe para las mutilaciones genitales femeninas, las mujeres que se posicionan a favor de perpetuar la práctica en sus hijas, la consideran un ataque a su cultura. Mientras que las que se posicionan en contra de cortar a sus hijas encuentran un respaldo en la legislación y relacionan su cambio de actitudes con la información que recibieron sobre sus consecuencias.

### **Conclusiones:**

Las mujeres que se posicionan en contra de la mutilación genital femenina tienen más información sobre la práctica, que las que lo hacen a favor, también son conscientes de la vulneración de derechos que supone y advierten de la importancia de la información, especialmente en las consecuencias para la salud, como factor clave para el cambio de actitudes que conduzca a su erradicación. Es por esto, que los profesionales de enfermería deben abordar la prevención de la mutilación de los genitales de las niñas mediante la educación de las familias procedentes de países en los que se realiza habitualmente esta práctica.



## RESUMO

### **Introdução:**

A mutilação genital surge como problema à condição feminina em expansão, contrariando os direitos humanos e as políticas de humanização.

A mutilação genital feminina (MGF) compreende todos os procedimentos que envolvam a remoção parcial ou total dos órgãos genitais femininos externos ou outras lesões dos órgãos genitais femininos por razões não médicas.

A importância de tratar sobre questões da MGF consiste em que esta é um problema social de grande magnitude, tanto pelo número de mulheres afetadas quanto pelas graves consequências que estas mulheres sofrem como resultado desta prática. Além disso, constitui-se uma violação dos direitos de mulheres e meninas.

A maioria das mulheres mutiladas vive em 29 países africanos, mas também tem mulheres provenientes da, Indonésia, Malásia e Índia, entre outros. Com a migração, o local se torna global e a MGF se estendeu por todo o mundo. Na Espanha existem 17.000 meninas em risco de serem mutiladas, assim como mulheres originárias de países subsaarianos que apresentam problemas físicos, psicológicos, obstétricos e em sua vida sexual como consequência desta prática. Dessa forma, os profissionais da saúde devem ter conhecimento sobre a MGF e suas graves consequências na qualidade de vida das mulheres.

A abordagem para a prevenção da MGF nos serviços públicos de saúde em geral, e de enfermagem em particular, apresenta um importante e difícil desafio, devido às conotações culturais tão arraigadas nos países onde é realizado, e o paradigma biomédico não responde a certas necessidades e desafios estabelecidos pela já instaurada população multicultural.

### **Objetivo:**

Identificar os conhecimentos, atitudes e experiências a respeito da mutilação genital de um grupo de mulheres originárias dos países africanos ao sul do Sahara, onde esta é uma prática tradicional.

### **Metodologia:**

Estudo qualitativo que utiliza o método de História de Vida. A escolha deste método foi feita porque para conhecer a experiência e perspectiva de um indivíduo, deve ser dada a voz , a fim de relacionar este fato como ele viveu , a partir de sua própria visão do mundo.

O método História de Vida consiste em perguntar aos sujeitos da investigação para obter um relato de sua vida associada a um evento. Particularmente, este método permite que a direção do estudo seja dada pelas mulheres entrevistadas, a partir de sua própria perspectiva do mundo e como lidaram com a mutilação genital feminina na sua vida.

O papel do entrevistador é, por tanto, de incentivo, levando o informante a falar sobre um assunto, mas sem forçá-lo a responder.

O método de narrativa de vida usa uma perspectiva etnosociológica com o objetivo de estudar um fragmento da realidade social histórica, e não apenas a individualidade exclusiva de certos grupos.

É essencial para tentar se mover do particular para o geral, descobrir formas, as relações, os mecanismos e lógicas de ação, lógicas sociais, assim como processos recorrentes suscetíveis que se encontram presentes em muitos contextos similares.

Para que os resultados desta metodologia sejam validos, não se deve buscar um acúmulo de histórias, mas sim uma boa organização das mesmas de modo a permitir a comparação com o objetivo de encontrar o que é geral dentro do específico.

A população do estudo é constituída por 20 mulheres do Senegal, 2 de Nigéria e 2 de Gambia que residem na Região de Múrcia (Espanha).

O contato foi realizado com distintas associações de mulheres africanas. A presidenta de cada associação com as quais fizemos contato nos convidou para uma reunião para que explicássemos o estudo e a possibilidade de participar nele. Ao final da reunião, as mulheres que estavam interessadas em participar deram os dados de contato para estabelecer a data de cada entrevista. Posteriormente foram incorporadas algumas participantes por amostra utilizando como técnica a “bola de neve”.

As entrevistas foram realizadas individualmente. As mulheres escolheram o local da entrevista. As entrevistas foram realizadas em suas casas, na ausência do marido, e às vezes na companhia dos filhos menores.

Os Critérios de inclusão foram: ser mulheres procedentes de países onde a MGF é tradicionalmente realizada, terem vivido pelo menos até os 18 anos no seu país de origem, ter sofrido a mutilação genital feminina ou ter conhecimentos sobre ela a partir do contato pessoal com mulheres que a tenham sofrido. Compreender o espanhol, o francês ou presença de um tradutor durante a entrevista.

Antes de começar as entrevistas foi explicado a cada participante os objetivos e a metodologia do estudo. A informação foi dada oralmente e por escrito, em uma conversa prévia com os participantes e uma carta de apresentação da pesquisa. Considerou-se a compreensão das informações fornecidas, explicando as informações de forma clara e acessível, também se ofereceu a carta de apresentação do estudo em outros idiomas de preferência como Inglês ou francês. Foram informados de que a participação no estudo é voluntária e foi solicitada a permissão para gravá-las com gravador de voz. Posteriormente foram fornecidas duas cópias do "Termo de Consentimento Livre e Esclarecido", uma para a participante, a fim de ter escrito de referência, e outra devidamente preenchida pela entrevistada para o pesquisador.

Outra consideração para proteger a confidencialidade dos participantes é atribuir um código para cada entrevista.

Foram várias as dificuldades encontradas ao longo do estudo. Primeiro, durante o processo anterior de revisão da literatura, encontramos poucos estudos relacionados a este tema, o que levou ao uso de diretrizes e protocolos para completar as lacunas de conhecimento dentro do nosso quadro. A segunda está relacionada com a acessibilidade, tanto para o campo de estudo como para as possíveis informantes chave, dado o pequeno número de pessoas provenientes de países onde a prática é realizada; a possibilidade de situação irregular das mesmas; e a possibilidade de não participação de algumas delas por razões morais ou de autoproteção. Outra dificuldade obtida foi a barreira do idioma para manter as conversas e entrevistas. Também se leva em consideração a possibilidade de que as participantes não digam toda a verdade ou não sejam completamente honestas sobre a sua posição sobre a MGF, dada a ilegalidade desta na Espanha.

Os Instrumentos e processos de coleta de dados foram:

*Conversas Informais:* que incluem telefonemas, e-mails e encontros informais com as informantes chave.

*Questionário de informação sócio-demográfica:* concebido para obter o perfil das participantes com a finalidade de verificar o cumprimento dos critérios de inclusão e de conseguir informações valiosas que nos guie nas entrevistas. O questionário é composto de informações sobre: o código de identificação da participante, data e local da entrevista, nacionalidade, idade, religião, estado civil, número de filhos as, tempo de residência na Espanha, situação de emprego e nível de escolaridade.

*História de vida:* foi realizada uma pergunta aberta, não predeterminada, na qual foi solicitado ao sujeito que falasse livremente sobre sua vida ou sobre um determinado período ou acontecimento na qual participou. A questão norteadora foi: Conte-me sua história relacionada ao fato da mutilação genital feminina.

Durante as entrevistas foi utilizado o gravador de voz, após a gravação, os relatos foram transcritos imediatamente junto com as anotações realizadas no diário de campo, iniciando a análise desde este momento.

A análise dos dados foi realizada a partir das categorias que emergiram das narrativas coletadas nas entrevistas. A análise foi realizada em três fases: uma pré-análise, a exploração do material e o tratamento dos resultados.

### **Resultados:**

A maioria das entrevistadas tem MGF tipo I, ainda que uma delas tem a tipo II. As participantes se referem a MGF como "Sunna " dentro do grupo étnico Djola de Senegal, mas em outros grupos étnicos a chamam Yonga, excisão o Cuiyao, Circuncise/circuncisão, incisão, ablación y Wall.

A idade em que foi realizado o procedimento varia de uma menina para outra, desde antes de um ano até a puberdade, passando pelos 6 anos.

A MGF se realiza em uma floresta, com outras meninas, um lugar onde não podem entrar os homens ou mulheres que não passaram por esse rito. Levam as meninas de uma a uma à uma cabana com os olhos vendados e cortam suas genitais enquanto tocam os tambores. Estas meninas permanecem no bosque até que a ferida

cicatrise e antes de voltarem para casa é realizada uma festa. Em outros casos a MGF foi realizada em casa.

Este procedimento é realizado sem analgésicos ou antibióticos, usando o mesmo instrumento para todas as meninas e curando-as posteriormente com ervas tradicionais. Inclusive nos casos em que se realizou em casa, as medidas higiênicas foram deficientes.

A responsável o procedimento é sempre uma mulher, não tem formação específica na área da saúde, mas sim é o trabalho transmitido por gerações anteriores e ao que se dedica durante toda sua vida. Realizar o corte genital Le proporciona uma posição respeitada na comunidade. Alguns nomes que recebem esta mulher são: Agnaman, Ngunmo, Gnoman, Ngnanman, Yongacut e Ngnangsimbah.

A MGF é uma tradição que é transmitida principalmente por mulheres. Sendo a decisão de mutilar as meninas tomadas pelas avós na maioria dos casos, em outros casos, é a mãe ou tia que toma a decisão, em geral com o consentimento dos pais.

Entre as razões para a perpetuação da MGF, a maioria das mulheres afirmam que é feito por cultura e tradição, mas também pela pressão social, ritual de passagem, autocontenção sexual, preparar as meninas para o casamento, beleza, religião e limpeza.

A MGF tem provocado importantes consequências para a saúde. A curto prazo dor, dificuldade em urinar e coceira na área genital que pode durar de 15 dias a 3 meses.

A longo prazo, as entrevistadas sofreram outros problemas como infertilidade, infecções urinárias de repetição, hepatite B, problemas do trato genital. Do mesmo modo, apareceram sentimentos de tristeza, dor, medo, ansiedade, frustração e depressão que continuam angustiando-as.

O início da relação sexual é acompanhada de dor e medo. Em alguns casos a dor continua em cada relação sexual e o prazer é afetado, apresentando anorgasmia em algumas mulheres.

Algumas das mulheres mutiladas tiveram complicações durante a gravidez e o parto como infecção, febre e abortos recorrentes e hiperêmese. No parto, a maioria precisou de episiotomia ou cesárea.

Todas as mulheres buscaram o centro de saúde de referência para realizar os controles durante a gravidez e no momento do parto. Estas referem ter sentido vergonha durante os exames vaginais e preocupação pela reação que os profissionais podem ter ao ver seus órgãos genitais mutilados.

A percepção das mulheres a respeito dos profissionais de saúde que as atenderam é boa, no entanto, estes não detectaram a mutilação de suas genitais e não abordaram esta questão com elas. Também, as mulheres apresentam déficit de conhecimentos a respeito do planejamento familiar e métodos anticoncepcionais.

Algumas entrevistadas narram que a MGF está deixando de se reproduzir nas gerações mais jovens de suas famílias e a maioria é contrária a mutilação de suas filhas, no entanto, muitas sofreram pressão por parte de sua família para realizá-lo e alguns não puderam evitar mutilar suas filhas, apesar da oposição porque deixaram suas filhas com suas mães para viver na Espanha.

Nos casos em que as famílias dependiam da cooperação dessas mulheres e seus maridos para mutilar as meninas, portanto, para levar a menina para o país de origem, as mulheres mantiveram-se firmes às suas convicções e rejeitaram a mutilação genital, apesar da insistência e pressão de suas famílias.

Diante das penas carcerárias que a legislação espanhola determina para as mutilações genitais femininas, as mulheres que se posicionam a favor de perpetuar a prática em suas filhas, a consideram um ataque a sua cultura. As mulheres que se posicionam contra a cortar suas filhas encontram um respaldo na legislação e relacionam sua mudança de atitude com a informação que receberam sobre suas consequências.

### **Conclusões:**

As mulheres que se posicionam contra a mutilação genital feminina têm mais informação sobre esta prática do que as que são a favor, também são conscientes da violação de direitos que supõe e advertem da importância da informação, especialmente nas consequências para a saúde, como fator chave para a mudança de atitudes que conduza a sua erradicação. É por isso que os profissionais de enfermagem devem abordar a prevenção da mutilação genital das meninas mediante a educação das famílias procedentes de países em que se realiza habitualmente esta prática.

# I

## CAPÍTULO I. BASES TEÓRICAS



## 1. QUÉ ES LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la Mutilación Genital Femenina (OMS, 2012) como todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos. La OMS diferencia cuatro tipos de MGF.

**Tabla 1. Tipos de MGF**

Tipo	Definición	Subtipo	Definición
<b>I o Clitoridectomía</b>	Extirpación parcial o total del clítoris y / o el prepucio	Ia	Eliminación de la capucha del clítoris o prepucio solamente
		Ib	Extirpación del clítoris con el prepucio.
<b>II o Escisión</b>	Extirpación parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores	IIa	Eliminación de los labios menores.
		IIb	Eliminación parcial o total del clítoris y labios menores.
		IIc	Resección parcial o total del clítoris, labios menores y labios mayores.
<b>III o Infibulación (Circuncisión faraónica)</b>	Extirpación parcial o total del clítoris y genitales externos para posterior sutura y estrechamiento de apertura vaginal.	IIIa	Eliminación de los labios menores.
		IIIb	Eliminación de los labios mayores.
<b>IV Sin clasificar.</b>	Todos los procedimientos dañinos realizados sobre los órganos genitales femeninos con fines no terapéuticos.		

Fuente: OMS (2012).

La MGF es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas (OMS, 2012), siendo una de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud más extendidas y practicadas en el mundo actual.

La importancia de la MGF radica en que es un problema social de gran magnitud, tanto por el gran número de mujeres afectadas como por las consecuencias que sufren a raíz de esta práctica. Campos abordables desde la Enfermería, que tiene mucho que aportar en cuanto a este tema.

### 1.1. CONSECUENCIAS NEGATIVAS PARA LA SALUD DE LAS MUJERES

Las consecuencias de la MGF son numerosas, tanto a corto como a largo plazo. En muchos casos el grado de mutilación va a condicionar el tipo de complicación, siendo más graves en el caso de las mujeres infibuladas.

Las complicaciones asociadas a la MGF pueden clasificarse en distintos tipos.

#### 1.1.1. Físicas

Se pueden dividir las consecuencias físicas según el momento en que aparecen, considerándose consecuencias físicas inmediatas cuando aparecen hasta diez horas después del corte, y complicaciones físicas a largo plazo, que son aquellas que aparecen una vez transcurridas las diez horas desde la operación (MedicusMundi-Andalucía, 2008).

Las **consecuencias físicas inmediatas** más frecuentes son:

- **Hemorragia:** Es una de las complicaciones más comunes. La sección de la zona perineal puede producir un sangrado profuso inmediato, como consecuencia de la sección arterial o secundario al desprendimiento de un coagulo (Kaplan, Hechavarría, Martín, & Bonhoure, 2011; Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006; Ramírez Crespo et al., 2011). El hecho de que la encargada de realizar la práctica suele ser una anciana, que generalmente tendrá mala visión, puede causar lesión en la arteria del clítoris provocando una hemorragia que puede ocasionar incluso la muerte. También

puede darse a medio plazo por desprendimiento del coágulo que cubre la herida (MedicusMundi-Andalucía, 2008).

- **Dolor intenso:** La gran cantidad de terminaciones nerviosas existentes en la región genital y el deficiente uso de medidas anestésicas, hace que el corte provoque un fuerte dolor en la zona (Kaplan et al., 2011; Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006; Ramírez Crespo et al., 2011). Incluso la inyección para poner un anestésico puede resultar muy dolorosa y el dolor aparecería de nuevo una vez pase su efecto (MedicusMundi-Andalucía, 2008).
- **Retención urinaria:** Puede aparecer como consecuencia del dolor intenso que se produce con la micción o derivada de una inflamación secundaria a una lesión en la uretra (Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006).
- **Shock:** Existe una gran variedad de shocks relacionados con la MGF, entre ellos: el hipovolémico hemorrágico, distributivo, séptico, y neurogénico (Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006).
- **Infección:** Esta puede suceder como consecuencia de la utilización del mismo material sin esterilizar para diferentes intervenciones en distintas niñas o mujeres. Las enfermedades infecciosas que frecuentemente se asocian a la MGF son: tétanos, VIH/SIDA y hepatitis B y C (Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006).
- **Anemia aguda posthemorrágica:** Síndrome caracterizado por la disminución del nivel de hematocrito por debajo de parámetros normales derivada de la pérdida de sangre resultante de la MGF (Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006).
- **Lesiones en tejidos periféricos:** Se producen debido a la dificultad de sujeción de las niñas/mujeres, unido a la habilidad y destreza de la persona encargada del corte. Estas lesiones pueden producirse en la uretra, vagina, perineo y/o ano (Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006; Moraleda, 2010).

El agravamiento de las complicaciones descritas, junto con la escasez de servicios sanitarios y la tardanza en acudir a éstos, puede llevar a la **muerte** de la niña (MedicusMundi-Andalucía, 2011).

La MGF también produce **consecuencias físicas a medio y largo plazo**. En algunos casos, derivadas de complicaciones previas que no se han curado o que lo han hecho de forma inadecuada. Las consecuencias físicas a largo plazo más características son:

- **Anemia severa:** Derivada de la hemorragia por el corte genital junto con situaciones como la malnutrición y anemias hereditarias.
- **Cicatrización anormal:** Puede provocar formación patológica de tejido fibroso o fibrosis, queloides y quistes (Hamoudi & Shier, 2010; Osifo & Evbuomwan, 2009), sinequia por la fusión de labios mayores y menores y rotación de los tejidos debido a la pérdida de tejido por retracción de la piel o cicatrización anormal de la zona (Kaplan et al., 2011; Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006).
- **Infecciones recurrentes del tracto urinario:** Debido a que los cambios anatómicos que provoca la MGF en la vagina y conductos urinarios pueden conducir a problemas en la micción, como dificultad en el vaciamiento de la vejiga debido a la estenosis y/o micción dolorosa, lo que favorece la proliferación de microorganismos y como consecuencia infecciones recurrentes del tracto urinario (Almroth et al., 2005).
- **Dismenorrea secundaria:** Este trastorno menstrual se caracteriza por fuertes dolores menstruales asociados a la MGF, generalmente por la acumulación del flujo menstrual.
- **Incremento de la vulnerabilidad hacia enfermedades de transmisión sexual:** La forma antihigiénica en la que se lleva a cabo el ritual, generalmente utilizando un mismo instrumento para todas las niñas, hace plausible la infección por VIH y hepatitis. También existe una mayor posibilidad de generar heridas por fricción durante el coito en mujeres con MGF, lo que las hace más vulnerables a enfermedades de transmisión sexual (Kaplan et al., 2011; Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006).
- **Fístulas véxico-vaginales y recto-vaginales:** Puede asociarse a la MGF cuando derivada de ésta se produce una infección que evoluciona a absceso y, posteriormente a fístula (MedicusMundi-Andalucía, 2008).

En el caso de la **infibulación**, al ser la modalidad más cruenta tendrá también una serie de complicaciones añadidas, resultado de la obstrucción mecánica creada por la cicatriz que cubre la uretra y la vagina, algunas de ellas son: infecciones crónicas del tracto urinario, piedras en la uretra y en la vejiga, infecciones del tracto genital como consecuencia de la obstrucción del flujo menstrual, infecciones pélvicas e infertilidad, trastornos renales, tejido cicatricial excesivo, quistes dermoides y queloides, (Amnistía Internacional, 1998), dismenorrea grave, estenosis del introito vaginal, hematocolpos y hematómetra y dificultades para orinar (MedicusMundi-Andalucía, 2008).

### 1.1.2. Psicosociales

Existen diversos estudios sobre las consecuencias psicológicas que afectan a las mujeres después de ser mutiladas genitualmente. La mayoría se ha llevado a cabo sobre una muestra limitada que no permiten generalizar los resultados a todas las mujeres mutiladas, sin embargo permite acercarnos a las vivencias personales de quienes han sufrido esta práctica. Algunos estudios revelan que las mujeres circuncidadas presentan mayor prevalencia de trastorno de estrés postraumático y otros síndromes psiquiátricos (Behrendt & Moritz, 2005). Los relatos personales de mujeres con MGF revelan sentimientos de ansiedad, terror, humillación y traición, los cuales probablemente tendrán consecuencias negativas a largo plazo (Amnistía Internacional, 1998). Otras consecuencias para la salud mental de estas mujeres son terrores nocturnos, angustia y depresión, así como sentimientos de insuficiencia, temor, inferioridad y represión (Utz-Billing & Kentenich, 2008).

Por otro lado, las mujeres que fueron sometidas a MGF y que han emigrado a países occidentales pueden experimentar una serie de problemas psicológicos relacionados con las diferencias existentes entre la cultura del país de origen y la del anfitrión, al enfrentarse al hecho de que la MGF no es una tradición universal, sino que está considerada una práctica ilegal, penalizada por la ley en otras culturas. Esto puede acarrear graves conflictos internos de identidad y de lealtad hacia su propia cultura, experimentando sentimientos de humillación, confusión, impotencia, sensación de traición de su familia y vergüenza (Abdulcadir, Margairaz, Boulvain, &

Irion, 2011). Esta vergüenza puede llevar a generar así mismo problemas de exclusión social y de autoestima.

### 1.1.3. Sexuales

Durante la primera relación sexual, la estenosis del introito vaginal producida por la presencia del tejido fibroso y sin elasticidad consecuencia del proceso de cicatrización, puede ocasionar que el coito sea difícil, traumático y muy doloroso. Por tanto, el primer acto sexual sólo puede realizarse tras la dilatación gradual y dolorosa de la pequeña abertura que queda, siendo necesario en algunos casos, la incisión previa o desinfibulación (Amnistía Internacional, 1998).

El dolor durante el coito o dispareunia, que puede ser provocado por la falta de elasticidad del tejido cicatricial o por infecciones recurrentes secundarias a la MGF, puede provocar fobia sexual y trastornos de la excitación. (Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006).

En lo referente al placer sexual, éste puede permanecer intacto, aunque en un gran número de casos suele estar disminuido o abolido. Esto se debe a la extirpación de zonas erógenas de gran importancia en la sexualidad femenina, como el clítoris y labios genitales, al tejido cicatricial poco elástico y a las fobias asociadas al dolor, que pueden afectar a la capacidad de excitación y de sentir placer con el coito en estas mujeres. También se han documentado casos de anorgasmia (Kaplan et al., 2011).

### 1.1.4. Obstétrico-ginecológicas

Un estudio de la OMS (2006) realizado sobre una muestra de 28.393 mujeres, de seis países africanos (Burkina Faso, Ghana, Nigeria, Senegal, Sudán y Kenya), permitió corroborar la existencia de una mayor frecuencia de complicaciones durante el embarazo, en el momento del alumbramiento y en el puerperio en mujeres que han sufrido MGF comparadas con las que no la han sufrido. Además el estudio también permite asociar mayores complicaciones a las mujeres a las que se les han practicado las formas más agresivas de mutilación (tipo II o escisión y tipo III o infibulación). Entre las complicaciones ginecológicas destacaron las siguientes:

- Mayor necesidad de realizar cesárea en el parto y a su vez un mayor índice de hemorragias postparto.
- Mayor probabilidad de permanecer hospitalizadas durante un tiempo más prolongado que las mujeres que no han sufrido MGF.
- Aumento del número de episiotomías.
- Aumento de la tasa de mortalidad materna.
- Aumento del número de neonatos que precisaron reanimación inmediatamente después del parto.
- Mayor mortalidad perinatal en hijos/as cuyas madres han sufrido MGF del tipo II y III; pudiéndosele atribuir el 22% de las muertes perinatales de estos/as recién nacidos/as a mujeres con MGF.

En los tipos de MGF más agresivos, debido a la mayor escisión de tejidos y a la formación de queloides y quistes dermoides, la zona perineal carece de la elasticidad necesaria para dilatarse durante el parto. Por lo que incluso practicando una episiotomía, es frecuente que se produzcan desgarros perineales.

En el caso de la MGF tipo III, hay datos que demuestran que durante el parto se producen un 30% más de cesáreas y un 70% más de casos de hemorragia posparto. La tasa de mortalidad entre los bebés durante e inmediatamente después del parto es también mucho mayor entre los nacidos de madres con este tipo de MGF. Se estima que en el continente africano la práctica ocasiona entre 10 y 20 muertes adicionales de bebés por cada 1000 partos. (OMS, 2006). Este tipo de mutilación también se asocia a una mayor tasa de desgarros del esfínter anal durante el parto (Isman, Ekéus, & Berggren, 2013).

Otras consecuencias en el parto que vienen siendo descritas en estudios con menor muestra como el de Kasim, Abdul y Balogun (2002) son el aumento de obstrucción del canal del parto, especialmente por ginartresia adquirida tras la MGF. Otros estudios posteriores confirman los resultados que ofrece la OMS, asociando la MGF tipo I y II con una mayor fase de expulsión, mayor riesgo de episiotomía, mayor incidencia de cesárea, menor puntuación del test de Apgar en el recién nacido, así como mayor incidencia de reanimación y muerte fetal (Frega et al., 2013). Conjuntamente, un estudio realizado por Kaplan et al. (2013) con una muestra de 588

mujeres mutiladas de Gambia, evidencia que las mujeres con MGF tienen 4 veces más probabilidades de sufrir complicaciones durante el parto y que el recién nacido tiene 4 veces más probabilidades de tener complicaciones para la salud.

A modo de conclusión de este apartado se cita a (Fourcroy, 1998) que hace referencia a los 3 dolores de las mujeres relacionados con la MGF: los dolores del día en que se realiza la mutilación, la noche de bodas donde a la mujer hay que cortarla para tener relaciones y, finalmente, el día del parto, por cuanto el paso de la vagina es muy angosto para un parto seguro.

### 1.2. CONSECUENCIAS NEGATIVAS PARA LA SALUD DE LOS HOMBRES

Las consecuencias de la MGF en los hombres están menos documentadas, aun así, se han detallado problemas de alcoholismo y abuso de drogas secundarios a la imposibilidad de realizar el coito, impotencia, por el miedo a causar dolor a su pareja con la penetración, búsqueda de placer sexual fuera de la pareja, con el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, depresión, etc. (MedicusMundi-Andalucía, 2008). Igualmente, se han descrito en algunos hombres relaciones coitales menos satisfactorias y temor al coito por miedo a dañar a sus parejas (Ramírez Crespo et al., 2011).

### 1.3. ORIGEN DE LA MGF

La mutilación genital femenina, es una práctica muy antigua, anterior a la aparición de las religiones monoteístas. Presenta una procedencia incierta tanto en tiempo como geográficamente. Si bien, algunos historiadores han establecido que en el antiguo Egipto se practicaba entre los años 5000 y 6000 a. C, durante la época de los faraones, de ahí que se la denomine también “circuncisión faraónica”.

La aproximación de estas fechas de origen se debe a que se han encontrado momias de hace 4.000 años con sus genitales infibulados (Adam Muñoz, 2003, p. 25).

Una posible justificación que podrían tener los egipcios de la época faraónica para realizarla es que en ese momento existía la creencia de que los Dioses eran bisexuales, pero que hombres y mujeres debían limitarse a un solo sexo. Se retiraba el

prepucio en los hombres por considerarlo una parte femenina y el clítoris en las mujeres por considerarse una parte masculina. Con esto se pretendía que hombres y mujeres se sintiesen atraídos por un único sexo, evitando imitar a los Dioses como forma de agradarlos (Román Ibáñez, 1997). Si bien, esta teoría solo explicaría la clitoridectomía, pero no la MGF de tipo III encontrada en las momias, cuya justificación podría estar más ligada a mantener la virginidad de las mujeres.

Desde ese momento en que la MGF queda instaurada en el Egipto faraónico hasta la actualidad, se ha extendido por 29 países Africanos, así como por algunos países de Sudamérica, India, Indonesia, Australia y, en la actualidad, también a América y Europa. Sin embargo, no existe certeza del cómo. Pudo propagarse a través de la influencia de la civilización egipcia, lo que explicaría que la realicen los cristianos coptos de Egipto y de Sudán, los judíos falasha de Etiopía y tribus africanas de culto animista (Casajoana Guerrero, Caravaca Nieto, & Martínez Madrigal, 2012). Los árabes también pudieron aprender el ritual en Egipto durante la conquista del norte de África y, a continuación, extender la práctica (Wassuna, 2000, p. 106). En cualquier caso, fue extendiéndose por las sociedades tribales de muchos países africanos por proximidad (Adam Muñoz, 2003, p. 25).

Por tanto, en Egipto, tanto los árabes premusulmanes, como los judíos y los cristianos aprendieron la clitoridectomía y la infibulación. Pero no está excluido que haya habido varios focos de difusión que expliquen el procedimiento en las zonas del alta Amazonia o entre las mujeres *Arunta* en Australia.

El primer testimonio conocido sobre la MGF es el de Heródoto, que en el siglo V a.C., refiere que “*la escisión se practicaba entre los fenicios, los hititas y los etíopes*” (García Bueno, 2014, p. 27).

En cuanto al nombre específico de infibulación tiene su origen durante la antigua Roma (MedicusMundi-Andalucía, 2008), donde el procedimiento ha sido descrito y ampliamente realizado entre las esclavas para impedirles copular. El nombre de infibulación, posterior al término circuncisión faraónica, procede de la palabra “fibula” que se refiere al broche con el que se cerraba la toga, posiblemente por la similitud al cerrar los genitales.

#### 1.4. PREVALENCIA DE LA MGF

Datos de la Organización Mundial de la Salud (2012) apuntan a que la mutilación genital femenina afecta en la actualidad a una población aproximada de 140 millones de mujeres en el mundo.

Resulta especialmente común en 29 países de África, donde alrededor de 92 millones de niñas de 10 años o más han sido sometidas a mutilación genital femenina (OMS, 2012), pero también es habitual en algunos países Oriente Medio.

Así mismo, la MGF se lleva a cabo en comunidades asiáticas como Sri Lanka, Indonesia, Malasia o la India así como en grupos indígenas de América Central (Kaplan et al., 2011).

Además, las cifras están aumentando en Europa, Australia, Canadá y los Estados Unidos, debido a los flujos migratorios de migrantes procedentes de África y Asia sudoccidental (United Nations Children's Fund (UNICEF), n.d.).

De este modo, la MGF adquiere dimensiones pandémicas, ya que 3 millones de niñas son mutiladas cada año (UNICEF, 2011).

La incidencia de esta práctica comienza a reducirse en algunas comunidades y países debido a los esfuerzos nacionales e internacionales, tal y como explica el último informe de la UNICEF (2013b, p. 4) que se evidencia una disminución de la práctica en los últimos 20 años en algunos países.

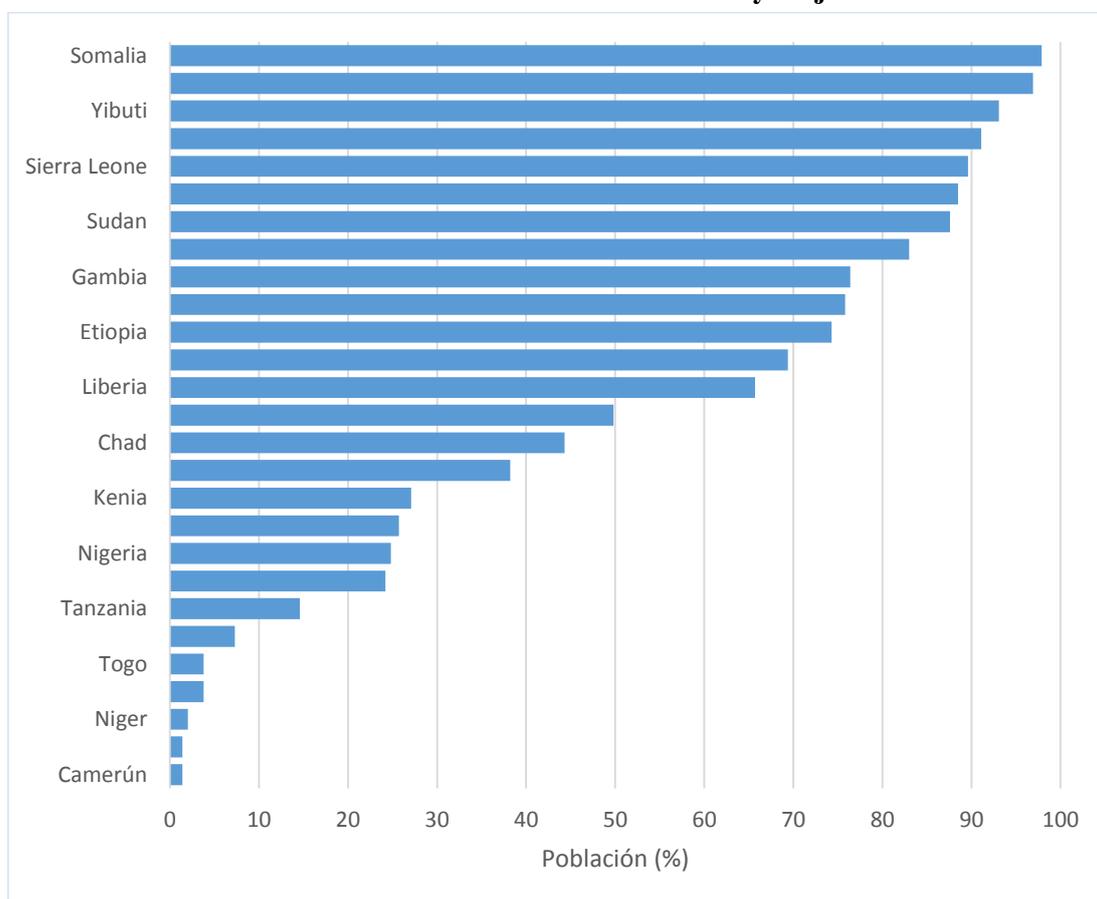
De hecho, en Etiopía, la tasa de prevalencia ha caído de un 80% a un 74%, en Kenia del 32% al 27% y en Egipto del 97% al 91% (UNICEF, 2011).

Sin embargo, esta práctica está extendiéndose y aumentando en otros países. Este es el caso de Irak, cuya ocupación por la milicia yihadista del Estado Islámico ha ordenado que todas las mujeres entre la adolescencia y los 49 años sean sometidas a esta práctica. Ante lo que la responsable de la ONU en Irak ha declarado que esto podría afectar a cuatro millones de mujeres y niñas (Ediciones El País, 2014), frente a una prevalencia del 8% que existía en Irak en 2006 (UNICEF, 2013a).

### 1.4.1. Prevalencia en África

A través de los datos de un estudio estadístico de Unicef (2013a), se aprecia que los países con mayor prevalencia de MGF son Somalia, Guinea Yibuti, Egipto o Sierra Leona, con al menos un 90% de niñas y mujeres (entre 15 y 49 años) mutiladas, por el contrario, países como Uganda o Camerún presentan únicamente un 1% de prevalencia, tal y como se muestra en la gráfica 1.

**Gráfica 1. Prevalencia MGF entre niñas y mujeres**



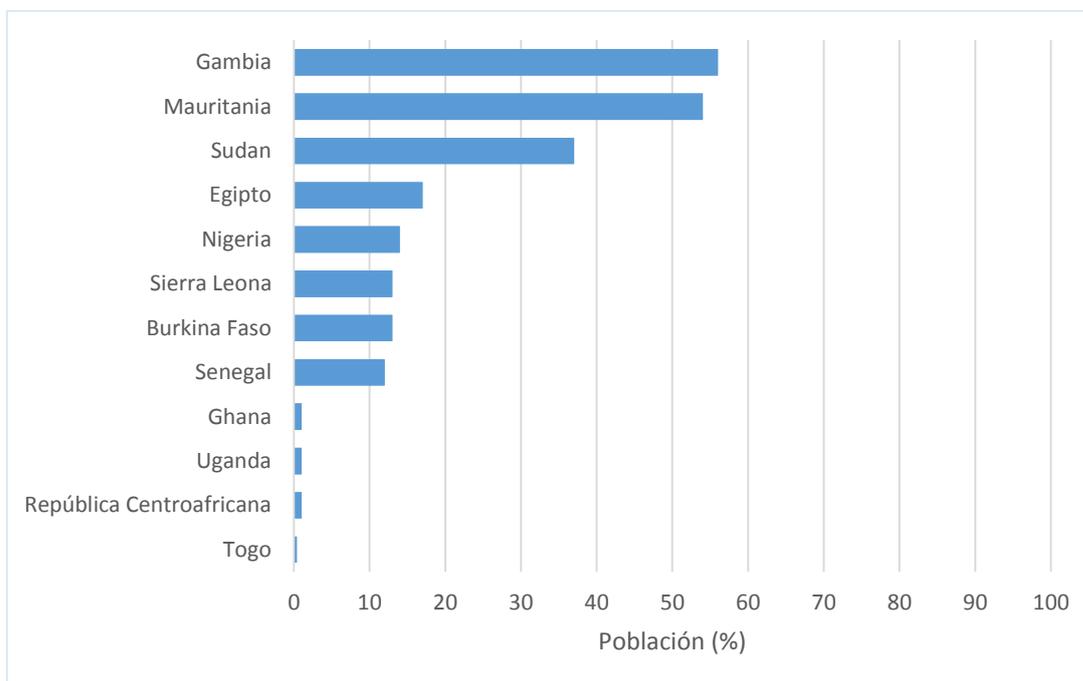
**Fuente:** Unicef (2013a).

En cuanto a las edades a las que se realiza la práctica, países como Yibuti realizan la MGF a las niñas mayoritariamente (62%) entre los 5 y 9 años de edad, mientras que en Mauritania la media de edad están en tan sólo 1 mes. En Liberia,

únicamente el 18% de las chicas mutiladas sufrieron esta práctica tras cumplir los 15 años.

Los mayores porcentajes de MGF realizados a niñas de entre 0 y 14 años se concentran en países como Gambia (56%) o Mauritania (54%). Ghana, Uganda, República Centroafricana y Togo son los que presentan un menor volumen de niñas mutiladas, siendo el menor de ellos Togo con un 0,4%, según los datos de Unicef (2013a) dispuestos en la gráfica 2.

**Gráfica 2. Prevalencia de niñas mutiladas**



Fuente: Unicef (2013a, p. 27).

De continuar con las tendencias en prevalencia detectadas por organismos internacionales como la OMS o Unicef, se prevé que al menos 30 millones de niñas estarán en riesgo de sufrir la MGF en la próxima década (UNICEF, 2013a, p. iv).

#### 1.4.2. Prevalencia en Europa

Los procesos de globalización y los flujos migratorios actuales hacen que se den casos de MGF en todo el mundo industrializado. Se estima que en Europa 500.000

mujeres y niñas han sido víctimas de MGF y 180.000 niñas corren el riesgo de serlo cada año (Parlamento Europeo, 2009). Si bien, estas cifras están subestimadas, dado que no se contabilizan los inmigrantes indocumentados ni los de segunda generación (OMS, 2012).

**Tabla 2. Prevalencia de MGF en Europa**

País	Número de mujeres y niñas mutiladas	Número de mujeres y niñas en riesgo
<b>Bélgica</b>	6.260	1.975
<b>Francia</b>	61.000	--
<b>Alemania</b>	19.000	4.000
<b>Hungría</b>	170 – 350	--
<b>Irlanda</b>	3.170	--
<b>Italia</b>	35.000	1.000
<b>Reino Unido</b>	65.790	30.000

**Fuente: European Institute for Gender Equality (EIGE, 2013).**

#### 1.4.3. Prevalencia en España

Actualmente no se dispone de ningún estudio que refleje el número de mujeres mutiladas genitualmente que residen en España. Un documento esencial para conocer la población que puede estar en riesgo de sufrirla es el “*Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012*” (Kaplan-Marcusan & López Gay, 2013), que recoge datos como procedencia, edad y distribución por comunidades autónomas de la población originaria de los veintiocho países africanos en los que existe incidencia de la práctica y que estima que en España existen 17.000 niñas en riesgo de ser mutiladas.

En base a datos estadísticos del Padrón de Población a 1 de enero de 2013 del INE (2014) se dispone del número de personas residentes en España que provienen de países donde se realiza la mutilación genital femenina, ascendiendo la cantidad a un total de 219.218 personas repartidas por el territorio nacional, de las cuales, casi un

cuarto (26,30%) son mujeres. Los países de los que proceden una mayor cantidad de inmigrantes son Senegal, Nigeria y Mali. Siendo Nigeria y Senegal las naciones de las que provienen, respectivamente, mayor cantidad de mujeres: más de 12.000.

El país del que, proporcionalmente, proceden más mujeres es Kenia, siendo el único país del que emigran más mujeres que hombres a España, 840 de un total de 1.094 extranjeros identificados en los datos del Padrón a 1 de enero de 2013 (INE, 2014); por el contrario, Mali es el de menor afluencia femenina, con algo más de 7 hombres por cada mujer que reside en España. El promedio de población femenina de estos países en que se realiza la práctica de la mutilación genital femenina es del 30,81%.

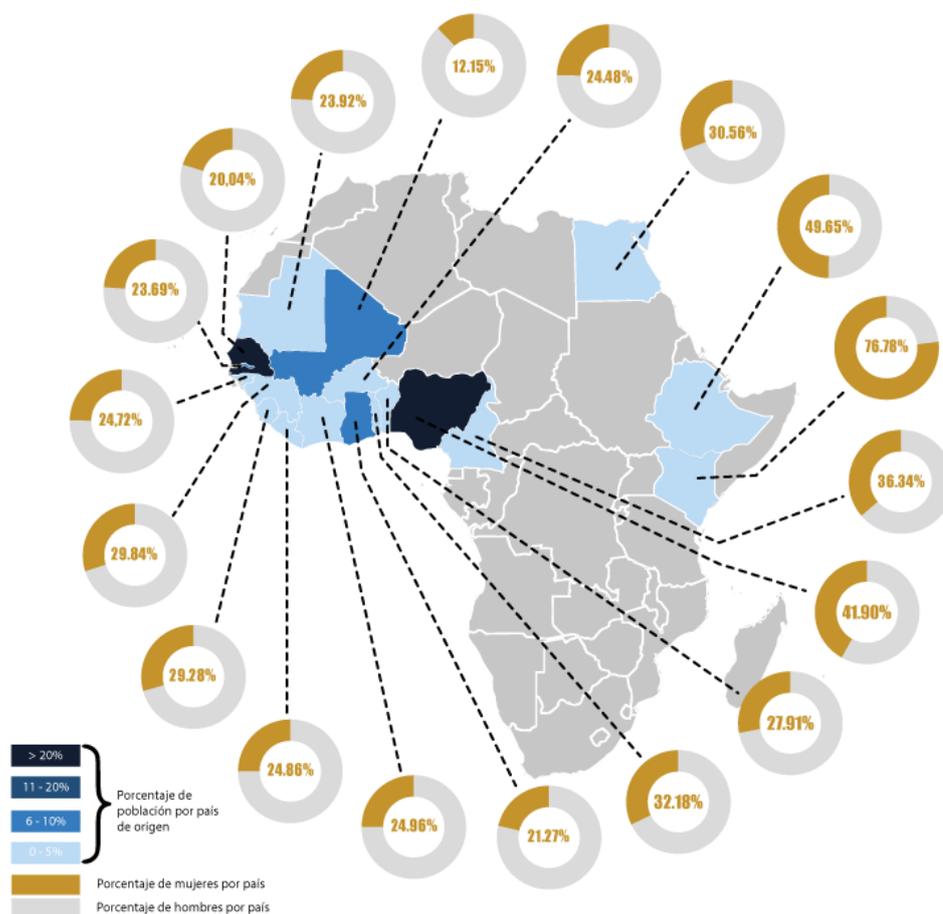
**Tabla 3. Población proveniente de países donde se practica la MGF en España.**

País	Hombres	Mujeres
Nigeria	26.858	1.9373
Senegal	51.307	1.2858
Gambia	16.532	5.133
Guinea	8.493	3.612
Ghana	13.256	3.581
Mali	21.034	2.908
Mauritania	8.134	2.557
Camerún	3.979	2.271
Guinea-Bissau	3.993	1.311
Egipto	2.368	1.042
Kenia	254	840
Costa De Marfil	2381	792
Etiopía	432	426
Burkina Faso	981	318
Sierra Leona	628	260
Togo	314	149
Benin	279	108
Liberia	275	91

Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE (2014).

La gráfica 3 muestra una representación visual de los datos anteriormente expuestos.

**Gráfica 3. Mapa de migraciones de África a la Región de Murcia.**



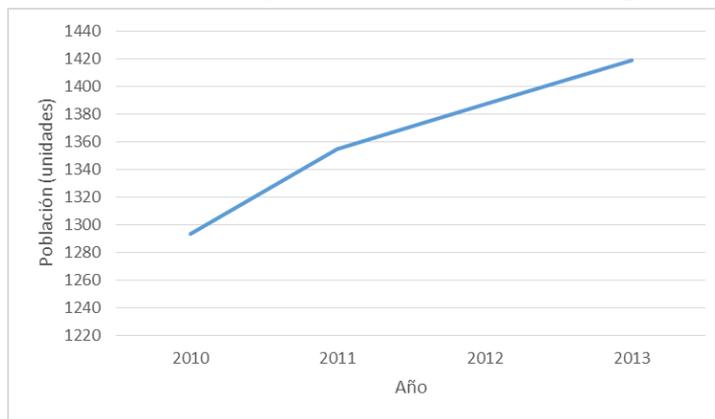
**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos del INE (2014).

#### 1.4.4. Prevalencia en la Región de Murcia

Según datos de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2013 (INE, 2014) en la Región de Murcia residen 7.665 personas con nacionalidad del grupo de países de África en los que se practica la MGF. Este dato posiciona a esta comunidad como la novena región española en número de residentes procedentes de este ámbito.

Si bien, durante los últimos años, en esta comunidad se observa un aumento de incidencia de mujeres procedentes de países donde la MGF se realiza de forma habitual. Este dato se representa gráficamente a continuación.

**Gráfica 4. Incidencia de mujeres subsaharianas en la Región de Murcia.**



**Fuente: Elaboración propia a partir de datos del INE (2014)**

Sumando tanto a las mujeres como a los hombres, Senegal y Nigeria son las principales nacionalidades con 1.981 y 1.665 residentes respectivamente. Población procedente de países como Senegal, Ghana y Mali superan los 1.100 efectivos en esta comunidad autónoma con una masculinización muy marcada, con un promedio de habitantes masculinos del 74,34%, frente a 25,66% de población femenina. Nigeria, en cambio, muestra una masculinización menos intensa (58,92% de población masculina frente a un 41,08%). Pese a la presencia de estas mujeres, la relación de masculinidad del conjunto de países estudiados en la Región de Murcia es la más alta de España, pues sólo 1 de cada cuatro resulta ser mujer. Por otro lado, la relación entre la población femenina adulta y la infantil es de 2 mujeres por cada niña. Siendo la población mayoritaria entre la población infantil femenina la nigeriana.

La tabla 4, realizada con datos de la Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2013 (INE, 2014), muestra la prevalencia de población extranjera, proveniente de países donde se realiza la mutilación genital femenina, en la Región de Murcia, según nacionalidad y sexo.

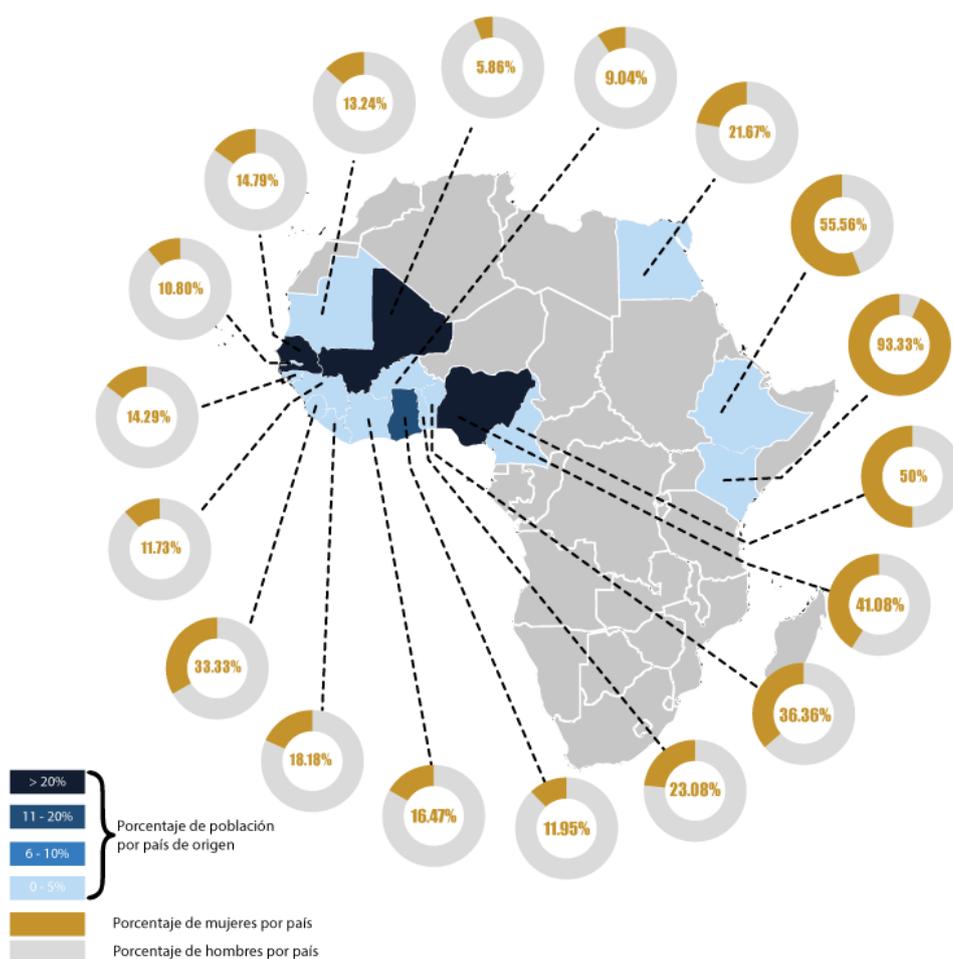
**Tabla 4. Población proveniente de países donde se practica la MGF en la Región de Murcia.**

País	Hombres	Mujeres
Senegal	1.688	293
Nigeria	981	684
Mali	1.478	92
Ghana	980	133
Guinea	331	44
Gambia	157	19
Costa De Marfil	142	28
Burkina Faso	151	15
Mauritania	118	18
Camerún	62	28
Guinea-Bissau	66	11
Egipto	47	13
Etiopía	12	15
Kenia	1	14
Togo	10	3
Benín	7	4
Liberia	9	2
Sierra Leona	6	3

**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos del INE (2014).

De igual manera, la gráfica 5, muestra los datos anteriores en una representación visual de la población residente en la Región de Murcia que proviene de países africanos donde se practica la MGF, así como la cantidad de hombres y mujeres que conforman las cifras totales.

**Gráfica 5. Mapa de migraciones de África a la Región de Murcia.**



**Fuente:** Elaboración propia a partir de datos del INE (2014).

### 1.5. JUSTIFICACIONES POR LAS QUE SE PRACTICA

Algunos motivos para continuar la MGF son los siguientes: higiene, estética, facilitar el parto, promover la cohesión social, continuar con la tradición, mantener la cultura, prevenir la promiscuidad, aumentar las oportunidades matrimoniales, preservar la virginidad, mantener a la mujer alejada de los hombres, potenciar la fertilidad, mantener una buena salud y prevenir el nacimiento de niños muertos, entre otros. En realidad, no hay una justificación explícita de la acción sino que provienen directamente a ella.

Las causas con las que justifican la práctica son muy variadas, pero pueden dividirse en los siguientes apartados:

### 1.5.1. Socioculturales

En algunas comunidades, la MGF se realiza como parte de un rito ceremonial de paso a la edad adulta, que refuerza el sentimiento de pertenencia al grupo en las mujeres (MedicusMundi-Andalucía, 2008, p. 28). Este paso a la madurez va frecuentemente acompañada de una ceremonia de iniciación en la que las niñas reciben regalos y son dotadas de reconocimiento público (Centro de Investigación Innocenti de UNICEF, 2005, p. 19).

El rito de paso a la edad adulta se produce tanto en los niños como en las niñas y puede dividirse en 3 fases: De separación, marginación y agregación.

En la primera fase, las niñas son separadas de la comunidad y circuncidadas. La ruptura con la etapa anterior, la infancia está marcada por el corte del prepucio o la escisión del clítoris, la sangre y el dolor (Kaplan Marcusan, 2003).

El corte de los genitales de las niñas se considera una parte fundamental del rito de paso, así como el dolor que éste ocasiona.

*“Mutilando dolorosamente un órgano, se le otorga un carácter sagrado, por lo que le pone en condiciones de resistir a unas fuerzas igualmente sagradas que no podría afrontar de otro modo”* (Durkheim, 1992, p. 503).

Del mismo modo el dolor que se comparte entre las niñas de una misma comunidad establece fuertes lazos de solidaridad y empatía. También supone una forma de superación y de valor que las prepara para la vida adulta.

Durante la segunda fase, de marginación, cuya duración depende del tiempo de cicatrización de la herida, se produce el aprendizaje de las iniciadas. En esta fase se transmiten las enseñanzas que aglutinan la riqueza cultural y social de su pueblo mediante tabúes y normas estrictas, prescripciones y prohibiciones especiales referidas a los cuidados, la higiene, el alimento, la ropa y el movimiento en general.

En la tercera fase, de agregación, se celebra una gran fiesta en la que se presenta públicamente a las iniciadas como nuevas miembros, con sus nuevos roles y categorías sociales. Es una forma de reconocimiento público en el que son aceptadas por la

comunidad como nuevas integrantes de la sociedad secreta de las mujeres (Kaplan Marcusan, 2003).

Este ritual, necesario para que la niña sea considerada una mujer es un acto social que marca la separación del mundo asexuado de la infancia y la incorporación al mundo sexuado de los adultos (Álvarez Degregori, 2001, p. 99). Por eso, cumplir con la tradición proporciona a las niñas un sentimiento de orgullo, de mayoría de edad y de pertenencia a una comunidad contribuyendo a construir su identidad (Centro de Investigación Innocenti de UNICEF, 2005, p. 19). Además, en algunas comunidades la práctica es tan frecuente que no se concibe que una mujer no haya sido mutilada.

Esta práctica se refuerza mediante una intensa presión social, suponiendo el rechazo de la MGF, el aislamiento de la comunidad, que no considera a las no cortadas como miembros adultos y el rechazo como esposa. Este es un riesgo muy grande que los padres de las niñas no suelen estar dispuestos a correr, pues en las sociedades patriarcales y patrilineales en las que se realiza, el acceso de las mujeres a la tierra y a la seguridad se obtiene únicamente por medio del matrimonio.

### 1.5.2. Higiénicas y estéticas

Algunas comunidades perciben los genitales femeninos como desagradables y excesivamente voluminosos y por eso es mejor quitarlos (Centro de Investigación Innocenti de UNICEF, 2005, p. 20). Además de feos, los genitales femeninos se consideran sucios, por lo que una mujer que no ha pasado por este ritual es tachada de sucia, y se le prohíbe la manipulación de agua y alimentos de la comunidad. Según estos principios cortar los genitales hace a la mujer limpia y bella.

Además los genitales externos de las mujeres se asocian a la impureza, por lo que eliminar la carne impura se relaciona con la pureza espiritual. Así mismo, se considera que los genitales mutilados son más estéticos, ya que el clítoris se es considerado la parte masculina de la mujer, la cual podría crecer hasta colgar entre las piernas.

### 1.5.3. Religiosas o espirituales

Ciertas comunidades creen que la MGF es un precepto religioso, necesario para que las mujeres sean espiritualmente puras. La MGF se asocia con frecuencia al Islam y, de hecho, algunas comunidades religiosas islámicas creen firmemente que su religión lo exige. Sin embargo, las únicas referencias a la MGF, en las que se basa cierta rama teológica del Islam, proceden de unos *ahadith* (frases de Mahoma, consideradas junto el Corán, las dos fuentes de la ley islámica) que recomiendan la *Circuncisión Sunna* como beneficiosa para la mujer y su marido, pues según éstos, Mahoma le dijo a una mujer que se encontraba mutilando a una niña: “*No operes de forma radical, es mejor para la mujer*”, con lo que autoriza indirectamente la escisión. Si bien, este *ahadith* no está considerado una fuente fiable, ya que no se ha establecido definitivamente la cadena de narradores (Casado, 2002). Además, el hecho de que la interpretación de los *ahadith*, haya estado tradicionalmente reservada a los hombres, puede repercutir en la realización de una interpretación que perpetúe el poder patriarcal sobre el cuerpo femenino.

De todos modos, aunque esos *ahadith* tuvieran validez, se refiere exclusivamente al tipo más leve de MGF, y solo se trata de una recomendación pero no de una obligación (a diferencia de la circuncisión masculina que tiene un carácter preceptivo tanto para los varones musulmanes como para los varones judíos (Kaplan Marcusan, 2001, pp. 202–203).

Aunque la MGF se ha venido asociando al Islam y ha adquirido cierta dimensión religiosa, lo cierto es que no es habitual entre la mayoría de países musulmanes, sino que se ha venido realizando a lo largo de los siglos tanto por musulmanes como por cristianos y animistas. De hecho, la realizan los cristianos coptos de Egipto, Etiopía y Sudán, la comunidad judía falasha de Etiopía, comunidades musulmanas de Egipto... En este último, existe enfrentamiento entre los diferentes religiosos sobre si es un mandato del Corán o no lo es. A este respecto se ha pronunciado la doctora, activista y psiquiatra egipcia Nawal el Saadawi que defiende que se trata de una tradición esclavista universal y que no tiene relación con una raza, color, país o continente determinado ni con la pertenencia al islam, ya que muchos países de tradición islámica como el Líbano, Argelia, Libia o Marruecos no la practican.

#### 1.5.4. Psicosexuales

Muchos de las creencias que rodean la práctica de la MGF están relacionadas con la vida sexual de la mujer: aumenta su fertilidad y protege la vida del recién nacido, evita las desviaciones sexuales, incluidos el adulterio y la prostitución, y es imprescindible para mantener la virginidad, evitar la promiscuidad.

En muchos países, realizar la MGF, va unido a la disminución del deseo sexual, lo que garantiza la fidelidad de la mujer (Rahman & Toubia, 2000, pp. 4–5). Por tanto, se utiliza para controlar la sexualidad de las mujeres, especialmente como forma de perpetuar los matrimonios polígamos en la justificación de disminuir las demandas sexuales de la mujer hacia su marido, para que éste pueda satisfacer a todas sus esposas, pero también se realiza con el objeto de garantizar la virginidad hasta el matrimonio y la fidelidad durante éste, pues al no presentar deseo sexual las mujeres no buscarán tener relaciones sexuales. Ante estas justificaciones se entrevé la cultura patriarcal en su máximo exponente que es capaz de cortar los genitales de las mujeres o incluso coserlos como forma de asegurar la fidelidad y virginidad. Esto se debe a que en muchos países, el honor de la familia depende de la virginidad de la mujer (Rahman & Toubia, 2000, pp. 4–5), valorando a las mujeres por su virginidad y fidelidad, es decir por su himen y mutilación.

Por otra parte, el incremento del placer sexual y de la vida sexual del hombre, es una razón que también se alega a favor de la mutilación. También se piensa que la MGF incrementa la fertilidad (Adam Muñoz, 2003, p. 30), pero las creencias van incluso más allá: algunos grupos étnicos, creen que el clítoris podría crecer tanto que llegaría a obstruir la entrada de la vagina y, por lo tanto, impedir la penetración masculina; otros piensan que tener relaciones sexuales con una mujer que no ha sido sometida a la MGF sería peligroso para el hombre, que podría incluso morir si roza el clítoris con su pene (Adam Muñoz, 2003, p. 30). De este modo el clítoris se considera un órgano peligroso, que puede provocar la muerte del hombre durante las relaciones sexuales, pero también la muerte de los bebés si lo tocan al nacer. Entre los *Nandi* (Kenia) tienen la creencia de que las niñas que conservan el clítoris mueren en la pubertad.

Muy a menudo se cree que la MGF facilita el parto y que el clítoris puede provocar la muerte del bebé si éste lo roza durante el alumbramiento.

Por otra parte, la ablación se asocia a un incremento de la feminidad, que enfatiza el atractivo de la hipodimensionalidad en oposición al hombre. Del mismo modo se relaciona a la sumisión y resignación ante el dolor que hace a la mujer más dócil y obediente al marido, signos de buena esposa.

Muchas de las motivaciones que perpetúan la práctica son erróneas, pero lo más destacado es que detrás de la mayoría de esas razones, se ocultan motivos de género que buscan mantener la dominación del hombre sobre la mujer, a la que se le exigen ciertos comportamientos sociales y funciones, tales como mantener la virginidad y la fidelidad, cumplir cánones de belleza, ser sexualmente pasiva... Mediante estas justificaciones se puede entrever que la mujer es considerada un ser imperfecto que se debe purificar, y que sus genitales son sucios y peligrosos, no solo para ella, sino para la comunidad.

#### 1.6. CUESTIONES ÉTICAS QUE ENVUELVEN LA MGF

El estudio de la ética está referido a los significados y las normas de uso de términos tales como "lo bueno", "lo malo", "lo correcto", "lo incorrecto", "deber de", "obligación", "responsabilidad", "justicia", "injusticia", "alabanza", "censura", y cómo se aplican estos términos a las personas, las acciones, los rasgos del carácter, las prácticas y convenios sociales (Amaro Cano, 2005). Por ello, la ética es la tendencia natural que tienen los seres humanos de escoger algunas entre las muchas opciones de hacer algo, teniendo en cuenta el bien que de ese hacer obtendrán ellos y los demás (Roa, 1998). Existe cierta controversia para considerar la MGF como un procedimiento ético o no ético, puesto que se confrontan diferentes valores y derechos.

La *ética médica tradicional* se ha basado en dos principios fundamentales: "No dañar" y "Hacer el bien". Estos dos principios han sido exigidos, a lo largo de los años, a todos los profesionales de la salud (Amaro Cano, Marrero Lemus, Luisa Valencia, Blanca Casas, & Moynelo, 1996). A estos *principios tradicionales* de la ética médica, la Bioética, definida como "*el estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias de la vida y del cuidado sanitario, en cuanto se examina esta conducta*

a la luz de los valores y principios morales” (Reich, 1978), añade dos nuevos principios: la *autonomía* (del paciente) y la *justicia* (Amaro Cano et al., 1996).

A continuación se analiza la práctica de la MGF desde los cuatro principios de la bioética: **autonomía**, basada en el respeto a las personas, y sobre todo el respeto a la autonomía del paciente; **beneficencia**, que enfatiza la búsqueda del bien y el bienestar de la paciente, **no maleficencia**, que pretende evitar daño para el paciente y **justicia**, que hace hincapié en el tratamiento de las personas de manera justa y equitativa (Reich, 1978).

Desde un prisma bioético, la MGF viola el principio de beneficencia y no maleficencia, puesto que no existen razones médicas para realizarla, produciendo sin embargo, importantes daños para la salud física, mental, sexual y obstétrica de las mujeres que son sometidas a ésta.

Además viola el principio de justicia, provocando un desequilibrio entre las mujeres no mutiladas que pueden disfrutar de su vida sexual y las mujeres mutiladas genitualmente a las que se les arrebató el placer sexual, llegando incluso a experimentar dolor durante el coito. Por último, el principio de autonomía varía enormemente dependiendo de los valores y experiencias de cada persona, pudiendo ser de muy diversa consideración inclusive dentro de una misma región o país. La primera duda que surge al considerar este principio es si la autonomía a considerar es la de las niñas o la de los padres de éstas (R. A. Ragab, 2008).

La víctima es una persona vulnerable con edades comprendidas entre 4 y 10 en la mayoría de los casos, que, generalmente son engañadas y mutiladas a la fuerza sin previa información. Por lo que este rito, desde un prisma ético, puede considerarse una agresión a la dignidad humana, que no tiene en cuenta la voluntad de quien lo sufre ni sus futuras repercusiones, no respetando el derecho de la persona a ser respetada. (Amaro Cano, 2005).

En los casos en que las propias niñas aceptan, o incluso piden, pasar por este rito de paso, tal y como narra en su libro, *Flor del desierto*, Waris Dirie (Dirie & Miller, 1998) surgen nuevas cuestiones éticas: ¿Sabían estas niñas que el rito de paso consiste en cortar parte de sus genitales? En el caso en que lo conozcan, y teniendo en cuenta que las niñas quieren sentirse parte de la comunidad, ser respetadas, pasar a ser consideradas mujeres, ser calificadas como personas puras y limpias... ¿puede

considerarse una decisión libre? Es más, ¿sería ético dejar que niñas jóvenes tomaran decisiones tan "radicales" sobre sus propios cuerpos? (Londoño Sulkin, 2010).

Ante todas estas cuestiones, es conocido que generalmente las niñas no saben que cortarán parte de sus genitales, pero además, no se considera que puedan ejercer una elección libre cuando conocen fundamentalmente los beneficios que le aportará socialmente, pero no son informadas de las complicaciones y consecuencias para la salud que conlleva el procedimiento, tanto a corto como a largo plazo, sin contar con la falta de información sobre sus propios derechos, que esta práctica vulnera completamente.

Si bien, generalmente, los padres suelen disfrutar de libertad para decidir sobre sus hijos pues son conscientes de sus propias circunstancias. Sin embargo, este principio ha de respetarse siempre que no entre en contradicción con los principios anteriores de justicia, beneficencia y no maleficencia, respetando ante todo los derechos de las niñas.

#### 1.6.1. Medicalización de la MGF

La medicalización de la MGF se refiere a situaciones en las que el procedimiento es realizado por cualquier profesional sanitario, ya sea en una clínica pública o privada, en casa o en otros lugares. (United Nations Population Fund (UNFPA) et al., 2010).

Generalmente el procedimiento lo realizan mujeres mayores sin formación, pero en algunos países se está extendiendo la tendencia de medicalizar la MGF, especialmente en muchas zonas urbanas de África. En Egipto concretamente, la mayor parte de las jóvenes han sufrido mutilaciones genitales a manos de personal médico cualificado (UNFPA et al., 2010). Ante esta situación, se promulgó una Ley Orgánica en 2003 que prohíbe realizar la mutilación genital femenina inclusive a los profesionales sanitarios tanto en hospitales estatales como no estatales, tipificándose ésta como delito (Jefatura del Estado, 2003). Sin embargo, no ha sido hasta mayo de 2014 que se ha producido el primer procesamiento y juicio a un médico por practicar la MGF a una niña que murió por complicaciones de la práctica.

La medicalización de la MGF no se produce sólo en Egipto, también lo describen las mujeres mutiladas en Yibutí cuyas familias disponían de recursos para pagar el procedimiento hospitalario (Pastor Bravo, Jimenez Ruiz, Almansa Martínez, Moya Nicolas, & Pastor Rodríguez, 2013). En estos casos, el procedimiento se lleva a cabo en hospitales o centros de salud por personal sanitario.

Bajo la justificación de reducir la sepsis, hemorragias y muertes que se producen durante el corte ritual, algunos médicos comienzan a realizar las mutilaciones genitales femeninas en un ambiente hospitalario con asepsia y anestesia (Palhares & Squinca, 2013) lanzando con esto un mensaje de aceptación del rito que bajo pretexto de prevenir con los controles de asepsia los efectos perniciosos del rito, convierte la MGF en una práctica médica habitual que pese a tecnificarse no deja de constituir una dominación patriarcal del cuerpo de las mujeres.

Ante esta panorámica, los médicos comienzan a tramitar el consentimiento informado y tienen en cuenta la aceptación de la niña para la realización de la práctica en busca de un respaldo ético. Sin embargo, un estudio realizado por Ragab (2008) describe los mensajes que se les da a las niñas para que acepten ser mutiladas:

*“Si no estás circuncidada, no se aceptarán tu oración y ayuno, no vas a poder casarse, crecerás débil, su clítoris es impuro y debe ser eliminado, el clítoris crecerá como un pene de hombre entre sus piernas, su vulva será fea y le dificultará el parto, cuando te cases no serás capaz de quedar embarazada, las niñas no circuncidadas no pueden controlar sus deseos sexuales” (R. A. Ragab, 2008).*

Los procedimientos médicos deben tener finalidades preventivas o curativas por seguir un código de ética en el cual la dignidad, el bienestar, la integridad y la autonomía del paciente son valores esenciales (Palhares & dos Santos, 2012). Es decir, para la realización de un procedimiento médico ético deben darse dos condiciones indispensables, que el paciente lo desee y que le suponga un beneficio para su salud (Palhares & Squinca, 2013).

En la clitoridectomía, no se espera ningún resultado beneficioso del procedimiento, sino una mera protección contra una práctica más agresiva y en peores

condiciones de higiene, en tanto que se expone a la paciente a riesgos importantes para su salud (Palhares & Squinca, 2013), por lo que se considera un procedimiento poco ético.

Esta medicalización de la MGF fue extendiéndose, pues en la década de los 60, algunos médicos estadounidenses realizaban clitoridectomías a niñas descendientes de somalíes, lo que se mantuvo hasta la prohibición legal de cirugías genitales por motivos no terapéuticos (Davis, 2003).

La medicalización de la MGF no solo incluye realizar el procedimiento por primera vez para evitar la sepsis que podría producirse a manos de la curandera local, sino también la reinfibulación en cualquier momento de la vida de una mujer, generalmente después del parto, pero también después de haber sido “abierta” para mantener relaciones sexuales.

La reinfibulación se refiere a la práctica en la cual se resutura y se recrea una infibulación (MGF tipo III) después de un procedimiento en el que ésta ha sido parcial o completamente abierta (desinfibulación), generalmente para facilitar el parto. (UNFPA et al., 2010).

La reinfibulación se lleva a cabo en varios países, estimándose una prevalencia de 6.5 a 10.4 millones de mujeres reinfibuladas en todo el mundo. Generalmente, estas mujeres tienen poca influencia en la toma de decisiones sobre su propio cuerpo, siendo persuadidas por el médico o la partera para someterse al procedimiento inmediatamente después del parto u operación ginecológica. Los profesionales sanitarios pueden recomendar esta práctica, desde su posición privilegiada de poder, por razones financieras o de perpetuación de valores culturales (Serour, 2010). Es una forma de medicalizar la MGF y perpetuar un procedimiento que no presenta beneficios para la salud de la mujer pero sí una asociación, al igual que la infibulación, a diversas complicaciones a largo plazo para la salud mental, sexual y obstétrica de las mujeres que la sufren. Además, hace necesaria la desinfibulación ante nuevos partos lo que conlleva sucesivos cortes y suturas.

Su medicalización viola el código de deontología médico y enfermero, por lo que debe ser abandonada. En este sentido, es necesaria la unión de los esfuerzos internacionales y nacionales para erradicar esta práctica (Serour, 2010).

Tras lo expuesto puede afirmarse que, a pesar de que el acceso a las tecnologías médicas puede evitar ciertos problemas de salud a corto plazo, la MGF en cualquiera de sus formas es un procedimiento poco ético y que los profesionales de salud que realizan este procedimiento violan el código Deontológico. Es por ello que Organismos Nacionales e Internacionales, así como el Código Deontológico y el Consejo Internacional de Enfermería (CIE, 2010) se oponen activamente a medicalizar la MGF entendiendo que perpetúa la violencia contra las mujeres.

### 1.6.2. Barbarie en África, estética en el mundo desarrollado

Es necesario tener en cuenta, que las personas no poseemos la capacidad innata de posicionarnos ante unas u otras virtudes y valores, sino que esto se adquiere a lo largo de la vida, siendo el resultado producto de nuestra vida y educación recibida, pudiendo afirmar que el sentido moral es adquirido y, por tanto, distinto en las diversas sociedades, lo que hace comprensible que no todas las sociedades compartan las mismas evaluaciones.

En lo que respecta a la MGF, para los pertenecientes a la cultura occidental, parece obvio que la MGF es una vulneración de derechos de las niñas e incluso se formulan juicios de valor que afirman que los padres no cumplen con su obligación de proteger a sus hijas, presentándose el problema de la MFG, en muchas ocasiones, tal y como analiza Álvarez Degregori (2001) en el libro *Sobre mutilación genital femenina y otros demonios*, mediante descalificativos criminalizantes, tanto para referirse a la MGF como a las sociedades que la practican.

Sin embargo, tal y como relaciona Londoño Sulkin (2010), en nuestra sociedad, los padres ponen brakes a sus hijos, a pesar de que este sea un procedimiento doloroso, porque obran en la convicción de que este procedimiento es saludable, mejora la estética y se lleva a cabo por el bien del hijo o hija. Por tanto queda justificado y culturalmente aceptado un proceso doloroso por la convicción de los padres y expertos locales de estar haciendo lo mejor para su hijo. Esto también se produce ante la MGF, pues la mayor parte de padres, la comunidad y las expertas locales (mujeres encargadas de realizar la circuncisión) están convencidos de los beneficios del rito para sus hijas. Otro procedimiento comparable con la MGF en que se realiza sin beneficio médico y

es considerado una norma social y cultural, es agujerear las orejas a las niñas a corta edad.

Con estos ejemplos no se pretende justificar la práctica de la MGF, ni la inactividad ante ésta. Además es preciso tener en cuenta que no es posible hacer una comparación real de éstos con la MGF, primeramente porque a pesar de poder provocar cierto dolor, no suponen una práctica lesiva para la salud física, ni psicológica, ni obstétrica, ni sexual; pero especialmente porque la MGF se trata de una práctica que vulnera los derechos de las mujeres y perpetúa una estructura social injusta que mantiene a las niñas y mujeres en una posición de inferioridad, socavando su dignidad. Si bien, los ejemplos anteriores buscan acercar al lector a la comprensión de la MGF, teniendo en cuenta el relativismo cultural y fomentando la reflexión previa sobre los comportamientos y actitudes de las mujeres afectadas, para evitar los juicios de valor, pues los calificativos de barbarie e incivilización se limitan a estigmatizar sirviendo únicamente para reforzar los sentimientos de superioridad moral que acompañan al neoimperialismo inconscientemente conservador, que percibe como exclusivamente aceptables su concepción del cuerpo, del sexo y otras relaciones sociales, y, que, de paso, deslegitiman la aplicación de la agenda mundial de los derechos humanos.

### 1.6.3. Medicalización tradicional del cuerpo de las mujeres que perpetúa el patriarcado

Tal y como describe Camacaro Gómez (2007) el discurso médico se ha encargado de demarcar el cuerpo femenino a base de explicaciones biomédicas sobre construcciones culturales de género, utilizando argumentos científicos para fundamentar prejuicios y estereotipos. Estas concepciones ideológicas que los hombres que construían el saber médico afianzaron, reproduciendo el patriarcado desde su perspectiva masculina, han constituido una valiosa arma para legitimar los prejuicios sociales hacia las mujeres, penetrando en la conciencia colectiva a través de las generaciones.

Así a lo largo de los años se ha fundamentado la debilidad e inferioridad femenina respecto a la masculina mediante la teoría de los humores en que la mujer es

calificada de imperfecta y defectuosa por ser más fría que el hombre, siempre considerado la norma y la perfección. Asimismo afirmaban que las mujeres son más vulnerables a la locura, que el útero vagaba por su cuerpo produciéndole diversas patologías y que su menstruación era extremadamente peligrosa.

De hecho, se pensaba que si el hombre tenía relaciones sexuales con una mujer que estuviera en el periodo menstrual, éste enfermaría. Del mismo modo, si se concebían hijos/as en ese período padecerían de males como la lepra, la varicela y el sarampión, entre otros. Este argumento recuerda a uno de los que se utiliza actualmente para justificar la continuación de la MGF, el cual refiere que si el hombre o el bebé al nacer rozan el clítoris de la mujer, estos morirán.

Del mismo modo la histeria queda instaurada como una enfermedad femenina. Al respecto de la cual, Galeno concluyó que está relacionada con la falta de placer sexual en la mujer y que por tanto, la solución para que el útero retornase a su posición pasaba por satisfacer sexualmente a las mujeres. En este sentido, puede afirmarse que las enfermedades de la mujer, desde Aristóteles quedaron centradas en el flujo menstrual, luego en el útero y posteriormente en la menstruación. Esta patologización del aparato reproductivo de la mujer, se debe a que la mujer era considerada como ser para la procreación, pero también deriva de la comparación del cuerpo femenino con el masculino, considerado la norma. Esta diferenciación nos clasificó como imperfectas y anómalas, y por tanto, patológicas. En este sentido el saber médico, desde su visión androcéntrica, ha constituido un discurso dicotómico que diferencia lo normal de lo anormal, lo sano de lo patológico, lo verdadero de lo falso y lo moral de lo inmoral (Sánchez López, 2001). Para contextualizar dicho saber médico, es necesario explicar que los ideales cristianos de la castidad y la virginidad, así como el papel exclusivamente reproductivo en las relaciones sexuales eran de gran importancia, lo que provocó una justificación médica de los procedimientos sobre los genitales femeninos, cuya indicación se basaba en realidad en normas sociales y morales de limpieza/higiene, así como de control/modulación/represión sexual (Álvarez Degregori, 2001).

De esta forma, las discriminaciones culturales eran abaladas por el discurso médico, sobre el que, al mismo tiempo, se construían las normas sociales y políticas.

Esto se evidencia en el debate que se produjo en 1931 sobre los derechos políticos de la mujer:

*Por qué hemos de conceder a la mujer los mismos títulos y derechos políticos que al hombre? (...) ¿Son acaso organismos igualmente capacitados? (...) En mi está la expresión de una convicción biológica de que los sexos no son desiguales sino diversos simplemente (...). El histerismo no es una enfermedad, es la propia estructura de la mujer, la mujer es eso: histerismo (Ortiz Gómez, 2002).*

La construcción de ese saber androcéntrico colmaba a las mujeres de las más diversas patologías, lo que indujo a una práctica médica patriarcal de poder y control, no sólo sobre el cuerpo de la mujer, sino también sobre su sexualidad.

En este sentido, los médicos de la edad media masajeaban el clítoris de las mujeres que diagnosticaban de histeria para llevarlas al orgasmo. Pero esta libre manipulación del cuerpo femenino no acaba aquí sino que llegó hasta finales del siglo XIX (Camacaro Gómez, 2007), sin presentar inconveniente en practicar las más diversas prácticas crueles y dañinas sobre genitales femeninos en nombre de la ciencia. Precisamente hasta el siglo XIX en Inglaterra se realizaban clitoridectomías (MGF tipo I), así como histerectomías (eliminación de ovarios y útero) para curar comportamientos sexuales femeninos considerados anómalos y síntomas de trastornos mentales, tales como la masturbación, la inclinación lesbiana, la hipersexualidad y la histeria (La Barbera, 2010). También se hicieron cirugías de los genitales femeninos en el intento de aliviar síntomas difusos e imprecisos, como la cefalea (Palhares & Squinca, 2013).

A finales del XIX, Sayre, cirujano perteneciente a la Asociación Médica Americana, publicó estudios en los que asociaba la circuncisión a la cura de cuadros de parálisis aguda (Álvarez Degregori, 2001). Además, hasta el 1935 se utilizó la clitoridectomía en los hospitales psiquiátricos para tratar la epilepsia, catalepsia, melancolía e incluso la cleptomanía (Sheehan, 1981). Estas prácticas crueles se han justificado en diversas teorías para calificarlas como beneficiosas para las mujeres. Como ejemplo, Freud (1925) afirmó que la “*eliminación de la sexualidad clitorídea es una condición necesaria para el desarrollo de la feminidad*”. Pues como hoy sucede

en diversas sociedades africanas, el clítoris, asociado al pene, era considerado una parte masculina en las mujeres, que por tanto debe extirparse. La clitoridectomía no es el único tipo de MGF que se ha venido practicando en nuestra cultura, sino que existe constancia de que hasta 1905 en Estados Unidos se cosían los labios vaginales, es decir, se infibulaba a las mujeres para prevenir su masturbación (Sheehan, 1981).

Todas estas prácticas dañinas que han venido realizándose sobre el cuerpo de las mujeres hasta hace una centena de años en países occidentales, entre las que se incluye las mutilaciones genitales femeninas, han servido para perpetuar la dominación y el poder masculino sobre el femenino. Sin embargo, ¿Realmente se han abandonado las técnicas patriarcales de dominación del cuerpo femenino? Pues a día de hoy se realizan en los países desarrollados muchas otras prácticas de modificación corporal con el fin de adaptar el cuerpo de la mujer a normas patriarcales, si bien, estas ya no se ocultan en beneficios para la salud, sino bajo la justificación de la estética y la moda.

### 1.6.4. Cirugía estética de los genitales femeninos

La ideología patriarcal no ha sido erradicada de las sociedades desarrolladas, sino que el patriarcado se reformula en diferentes registros culturales que se potencian mediante las nuevas tecnologías médicas, prensa y anuncios publicitarios e intereses del mercado, lo que lleva a la debilitación y la impotencia de las mujeres.

Este nuevo patriarcado invisible a nuestros ojos, se manifiesta mediante la cosificación de las mujeres, que se utilizan como objeto estético y sexual, valorándolas no como personas, sino por el cumplimiento del ideal de belleza en nuestra cultura consumista marcada por ítems patriarcales que favorecen especialmente a las industrias de belleza.

El cuerpo perfecto y la juventud eterna ni existen ni son alcanzables, sin embargo es un ideal muy rentable para ciertas industrias y farmacéuticas, pues generan una enorme actividad económica. Esta búsqueda de eterna juventud y perfección genera en las mujeres sentimientos de frustración, ansiedad e indefensión ante la desobediencia del cuerpo, que simplemente cambia con el tiempo (Magán Ortega, 2008).

Estos estereotipos sociales que las mujeres deben mantener y que los medios de comunicación perpetúan mediante cosificación y exclusiva valoración estética de las mujeres que irrumpen la esfera pública es aceptada socialmente a la vez que no se visibiliza en el intento de compatibilizarse con objetivos como la igualdad social y política de las mujeres.

Esta tiranía de la belleza que pretende que las mujeres parezcan seres estáticos por los que no pasa el tiempo, adjetivo más propio de las cosas que de las personas que son dinámicas y en constante cambio, constituye mediante la llamada “medicina del deseo” una práctica lesiva para las mujeres muy aceptada en nuestra cultura. Así surgen diversas cirugías estéticas en función de patrones corporales a las que deben ajustarse las mujeres para adquirir cierto valor social (Guerra Palermo, 2008).

Cumpliendo el patrón de la delgadez surgen las liposucciones; para tener pechos abundantes, implantes mamarios; para mantener la juventud de la piel se practican liftings y botox; cumpliendo con el ideario de mujer virgen a la que el hombre desea desflorar, surgen las reconstrucciones de himen y ahora también la cirugía estética de los genitales femeninos para cumplir el ideario de joven virgen cuasi-prepuber.

Existe una dualidad respecto a los criterios estéticos dominantes de la zona genital, para los hombres prima la hiperdimensionalidad del falo mientras que en las mujeres el ideal de belleza está en la hipodimensionalidad del monte de Venus, clítoris y vagina. Así, el cuerpo perfecto femenino en el siglo XXI en nuestra sociedad, es un cuerpo sin caderas y con un pubis mínimo (Magán Ortega, 2008), por el que las mujeres de países desarrollados se someten a modificación quirúrgica de sus genitales externos.

La cirugía estética de los genitales femeninos consiste en un conjunto de técnicas quirúrgicas cuyo fin es mejorar estética o funcionalmente los genitales.

Durante muchos siglos, la concepción europea de los genitales femeninos estaba relacionada con lo pecaminoso por lo que se consideraba un tema tabú. Actualmente la concepción aparece tan opuesta que incluso se establecen criterios estéticos sobre qué aspectos debe tener el sexo femenino, sin sobresaltos ni variaciones y sin rasgos que indiquen que no todas somos iguales (Magán Ortega, 2008).

Esto se hace evidente en la evolución de las cirugías genitales que, hasta hace unos años, se utilizaba casi exclusivamente para resolver una incontinencia urinaria, un prolapso vaginal o una pérdida del tono muscular. Pero actualmente, el interés por resaltar los atributos sexuales femeninos, ya no se centra sólo en la remodelación de los senos y del contorno corporal sino que modifica incluso los genitales de las mujeres.

En este sentido el Dr. David Matlock de los Angeles, California, es conocido en todo el mundo por realizar rejuvenecimiento vaginal mediante una técnica conocida como “Designer Laser Vaginoplasty”. Este tipo de cirugías también se realizan en España desde hace una década, cobrando cada vez más importancia el embellecimiento de los genitales externos femeninos. Así lo describe el médico estético Jaime Tufet: *“Hasta hace cinco años las clínicas de medicina estética apenas teníamos demanda de este tipo, sin embargo ha habido un aumento muy importante que tiene ver con la inquietud de nuestra sociedad por mantener un aspecto de belleza integral”*. Manuel Tafalla, cirujano plástico de la Clínica Menorca y miembro de la Sociedad Española de Cirugía Plástica, Reparadora y Estética (SECPRE), también coincide en el aumento de las cifras en los últimos años.

Existen distintos tipos de cirugías estéticas de los genitales. A continuación se exponen algunos que se publicitan en distintas webs de clínicas estéticas y en revistas de moda femenina.

### - **Labioplastia**

Puede ser labioplastia reductora para disminuir el tamaño de los labios menores recortando lo que “sobra” o labioplastia para aumentar mediante infiltración en labios mayores de tejido graso de la propia paciente. Según la cirujana plástica Shirin Zorbakhsh *“esta técnica permite dar un aspecto más joven a la zona y aportar turgencia a los labios”*. Con frecuencia esta inyección de grasa se asocia con un “Lifting de labios mayores”, consistente en retirar la piel en exceso de los labios mayores y suturarla hacia el medio, provocando así, un aspecto más plano y juvenil.

- **Clitoriplastia**

Consiste en reducir el tamaño del capuchón del clítoris cuando éste sobresale “demasiado”. Se corrige quitando parte del capuchón que lo recubre y en ocasiones recolocándolo. También permite remodelar clítoris cuando se halla “demasiado” escondido por su capuchón.

- **Repoblación de vello**

Se trata de trasplantar vello de la parte baja de la nuca de la paciente al monte de venus. Los anuncios afirman que de este modo se consigue dar un aspecto rejuvenecedor de los genitales femeninos.

- **Vaginoplastia** o rejuvenecimiento vaginal

Se realiza mediante estrechamiento del canal vaginal uniendo los músculos con puntos de sutura reabsorbibles. Este procedimiento persigue el restablecimiento del tono muscular, la elasticidad y el control de la vagina.

- **Blanqueamiento de la zona genital**

Consiste en la despigmentación de los genitales femeninos en casos en que la paciente considera que la coloración es demasiado oscura. Se realiza para rejuvenecer la zona.

- **Himenoplastia**

Es practicada para recuperar el efecto de la virginidad. La técnica consiste en abrir una porción a cada lado de las paredes internas de la vagina, para superponerlas y suturarlas o bien en suturar los restos de la membrana. Generalmente, estas himenoplastias se producen porque la virginidad de la mujer, va asociada a su honor, por lo que las mujeres deben sangrar en la noche de bodas para evitar ser víctimas del rechazo de la comunidad (Pastor Bravo, Jimenez Ruiz, et al., 2013). Sin embargo, es importante señalar que esta práctica médica, junto con los certificados de virginidad, legitima y reproduce el patriarcado que somete a las mujeres a presiones y riesgos para su salud, en lugar de luchar por su valoración como personas y no por su virginidad.

Todas estas cirugías que se ofertan de forma masiva en webs y medios de comunicación, preocupan a las jóvenes y mujeres sobre si sus genitales externos son

normales y cumplen el canon de belleza que se ha establecido, sometiéndose cada vez más mujeres a cirugías genitales innecesarias, pues según Foldès, Droupy y Cuzin (2013), el rejuvenecimiento de la vagina es un asunto polémico que se realiza sin evidencia científica suficiente. Esta afirmación se ve reforzada por los investigadores del University College Hospital de Londres, que aseguran que la demanda aumenta por la información inexacta que se encuentra por Internet sobre la cirugía estética genital y que las clínicas privadas que la ofertan realizan afirmaciones sin fundamento sobre los beneficios de estos procedimientos, utilizan terminología confusa y no advierten de los riesgos.

Este tipo de cirugía ha llegado a todos los países desarrollados, pero resulta inquietante el “boom” producido entre las niñas inglesas menores de 14 años que se someten a este procedimiento para tener unos genitales “de diseño” sin tener en cuenta los peligros de operar genitales que todavía no han terminado de desarrollarse. En los últimos años más de 343 jóvenes británicas menores de 14 años se sometieron a la operación y, a pesar de que diferentes expertos abogan por la limitación de edad a los 18 años y advierten sobre los efectos adversos que puede provocar en las niñas, éstas reclaman su derecho a decidir sobre su cuerpo.

Algunos autores como Ahmadu (2007) Essén y Johnsdotter (2004) y Johnsdotter y Essén (2010), que reflexionan sobre cuestiones éticas en la mutilación genital femenina ya hacen referencia a la incongruencia que representa la oposición e ilegalidad de la MGF de las mujeres africanas y la aceptación de la cirugía plástica de las mujeres y niñas por razones exclusivamente estéticas.

Esta incoherencia parece producto de la doble moral de una misma sociedad que acepta las modificaciones y cortes genitales para mujeres autóctonas por razones estéticas pero al mismo tiempo legisla las que se producen como ritual sobre mujeres africanas.

Según la definición de la OMS (2012) la mutilación genital femenina comprende todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos. Lo que implica que el corte y modificación de los genitales femeninos que se realizan en las cirugías plásticas por razones estéticas y no de salud pueden incluirse en la definición de la MGF, concretamente en el tipo IV: “*todos los demás procedimientos lesivos de los genitales*

*externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital”.*

Además destaca la yuxtaposición de las tendencias pues la cirugía plástica genital va en aumento mientras que cada año se intensifican las campañas y presiones para suprimir los cortes genitales por razones rituales. Estas tendencias de países desarrollados se consideran legales, siendo el consentimiento expreso de la mujer el único requisito para la realización de cualquier modificación del cuerpo femenino por motivos estéticos, sin embargo no se tiene en cuenta el consentimiento o no de las mujeres africanas en la realización de la MGF. ¿Tal vez por la concepción Occidental de que las mujeres autóctonas son libres de decidir y las africanas actúan bajo presión? ¿Hasta qué punto puede afirmarse que las mujeres que nacen y son educadas en países desarrollados actúan de forma autónoma y libre a la hora de tomar decisiones respecto a su cuerpo?

Según La Barbera (2010), los solicitados implantes mamarios, al igual que la vaginoplastia cosmética revelan un deseo interiorizado en las mujeres de satisfacer el ideal creado por las fantasías sexuales de los hombres. Aun así, la estructura patriarcal implícita en estos procedimientos no parece constituir suficiente motivo para que los legisladores occidentales prohíban esta práctica quirúrgica. Por lo que otra cuestión que se plantea sería si se está considerando el principio jurídico de igualdad ante la ley cuando se trata de alteraciones en los genitales femeninos.

Ante lo expuesto no existe una solución única, pero si es importante considerar las incongruencias ante las modificaciones genitales femeninas locales y las que afectan a mujeres subsaharianas. Por lo que activistas, legisladores nacionales y otras partes interesadas, incluidos los cirujanos cosméticos genitales, tienen que ser conscientes de estas inconsistencias y encontrar la manera de resolverlas adoptando políticas no discriminatorias. Esto no es necesariamente permitir o prohibir todas las formas de mutilación genital, sino de identificar una postura consistente y coherente en el que los valores sociales clave, entre los que destacan, la protección de los niños, la integridad corporal, la autonomía corporal, y la igualdad ante la ley se respete.

#### 1.6.5. Tratamiento quirúrgico de las complicaciones secundarias a la MGF

La mutilación genital femenina conlleva numerosas complicaciones como alteraciones en la cicatrización, cuyo tratamiento requiere de intervenciones quirúrgicas, en los casos de MGF tipo III una de las más comunes es la desinfibulación, es decir, realizar la apertura quirúrgica de la vulva sellada, procedimiento que se realiza ante problemas como la retención urinaria y del flujo menstrual, las relaciones sexuales dolorosas o para facilitar el parto y evitar riesgos para el recién nacido

Si como anteriormente se ha expuesto, los profesionales sanitarios no deben realizar la mutilación genital femenina ni la reinfibulación después del parto, puesto que medicalizar esta tradición resulta poco ético y ayuda a perpetuar la práctica, los profesionales de salud han de abordar los problemas de salud de las mujeres mutiladas, informándolas de las posibilidades de cirugía que reduzcan los síntomas que sufren y mejoren su calidad de vida, dependiendo de cada caso en concreto.

En la actualidad, existen diversos estudios de casos que describen ciertas intervenciones quirúrgicas como tratamiento a problemas en el aparato genital derivados de la MGF.

En este sentido, Hamoudi y Sier (2010) explican que las masas quísticas vulvares que se pueden presentar como complicación de la MGF puede ser necesario extirparlas, obteniéndose buenos resultados de esta operación.

Los quistes de inclusión también han sido descritos como complicación tardía de la MGF tipo I, cuyo tratamiento quirúrgico ha sido realizado sobre 21 mujeres en Arabia Saudí, con excelentes resultados, conservando siempre toda el clítoris posible (Rouzi, Sindi, Radhan, & Ba'aqueel, 2001).

En el caso de problemas uroginecológicos como las dificultades de vaciado vesical, infecciones del tracto urinario recurrentes y fístula vesico-genital, que se dan especialmente en mujeres infibuladas, se realiza la desinfibulación con buenos resultados (Teufel & Dörfler, 2013).

MedicusMundi-Andalucía (2009) describe el procedimiento de desinfibulación en los siguientes pasos: Se explora cuidadosamente con un dedo bajo la cicatriz para valorar la extensión de esta y la zona a infiltrar en caso de anestesia local. Se infiltra la anestesia local a ambos lados de la cicatriz. Para realizar la incisión, se inserta el

dedo índice a través del introito vaginal en dirección al pubis y se corta con tijeras a lo largo de la línea media sobre la cicatriz hasta que la uretra sea visible. Posteriormente, se sutura a ambos lados de la infibulación por separado con sutura fina y atraumática.

Según refieren, lo idóneo es realizar la desinfibulación antes del embarazo, pero si esto no es posible, el mejor momento es al final del segundo trimestre de gestación, momento más seguro para la realización de cirugías y procedimientos anestésicos y que además permite la completa curación de las heridas antes del parto.

#### 1.6.6. Cirugía reconstructiva del clítoris

La MGF afecta de forma importante a la sexualidad de las mujeres. Así mismo, también se ve fuertemente afectada su salud psicológica, lo que se acentúa cuando niñas y mujeres mutiladas llegan a países desarrollados y perciben que su cuerpo es distinto y que la MGF no es la norma en todas las mujeres.

En relación directa a estas consecuencias cabe destacar que existe la posibilidad de corregir quirúrgicamente parte del daño causado por el corte de la mutilación mediante cirugía reconstructiva. Esta técnica, fue inventada por el cirujano del Poissy Saint Germain Hospital, Pierre Foldès; y hoy día se ha extendido a diversos lugares, aunque Francia continúa siendo el país con más operaciones de este tipo desde que en 2003 se ofrecen en 13 hospitales del país a través de la seguridad social.

Según los datos obtenidos de 2.938 mujeres encuestadas que habían sido operadas entre 1998 y 2009, La intervención es capaz de disminuir el dolor y aumentar el placer sexual sustancialmente, además de ayudar a las mujeres a recuperar su identidad de género (Pierre Foldès, Cuzin, & Andro, 2012).

En España se realiza por el cirujano Pere Barri Soldevilla de la Fundación Dexeus Salud-Mujer de Barcelona, que aprendió la técnica de su inventor. Actualmente es el único cirujano que realiza la técnica en nuestro país, y, a pesar de que le operación no es costada mediante la seguridad social, recibe financiación para que el procedimiento resulte gratuito para las mujeres. Según datos proporcionados por Barri Soldevilla durante una entrevista personal, en España es realizada con muy buenos resultados, pues el 90% de las mujeres recupera el aspecto anatómico de los genitales y en el 75% de ellas la capacidad de estimulación del clítoris y alrededores.

Para realizar la técnica, el protocolo exige una primera visita de la mujer que desea operarse a la Clínica Dexeus de Barcelona en la que el cirujano determina mediante examen ginecológico si el caso de mutilación genital que presenta es o no operable. En caso afirmativo, en esta primera visita las mujeres pasan un test con la psicóloga del centro, debiendo pagar 100 euros de fianza que se le devuelven al finalizar el protocolo de la intervención en la última revisión.

En una segunda visita, el ginecólogo realiza la intervención de reconstrucción de los genitales. En la cirugía eliminan los queloides o cicatrices patológicas, se busca lo que queda de clítoris, desinsertando ligamentos de anclaje, conservando su aporte vascular y nervioso y se recoloca y ancla en su lugar original. Se deja sin ningún tipo de piel y cierra por segunda intención en un plazo de mes y medio a 2 meses. Es una intervención relativamente sencilla que dura 1 hora, las mujeres pasan una noche en el hospital y al día siguiente pueden volver a casa.

Posteriormente se realizan revisiones postoperatorias con el ginecólogo, pero también con la psicóloga y psiquiatra del centro, que les proporcionan apoyo, especialmente en el momento de reiniciar las relaciones sexuales. La primera revisión se realiza a las 2-3 semanas de la intervención, la segunda al mes y medio-2 meses y la última a los 4-5 meses.

## 2. LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES

El término “*Violencia*” deriva del término latino *violentia*, que significa fuerza violenta, o medidas de fuerza para someter a alguien contra su voluntad (Oliveira & Martins, 2007).

Por otro lado, la Organización Mundial de la Salud (1996) define violencia como:

*“El uso intencional de la fuerza o el poder físico, de hecho o como amenaza contra uno mismo, otra persona o un grupo o comunidad, que cause o tenga muchas probabilidades de causar lesiones, muerte, daños psicológicos, trastornos del desarrollo o privaciones”* (OMS, 1996).

A lo largo de la historia de la humanidad, diversos acontecimientos fueron alterando paulatinamente el entendimiento de la violencia entre humanos. Actualmente, y desde el punto de vista conceptual, prevalece la perspectiva del artículo 1º de la Declaración Universal de Derechos Humanos (ONU, 1948) que afirma que *“todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad de derechos y dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”*, lo que excluye cualquier tipo de actos violentos.

A pesar de esto, la violencia no fue erradicada, persistiendo sobre las más diversas formas y expresiones. Sociedades humanas organizadas con base en la desigualdad de fuerzas o de poder en sus instancias económicas, sociales, políticas y culturales incorporan la violencia como elemento constitutivo esencial. Estableciendo la violencia, en ocasiones, una forma propia de relación personal, política, social y cultural; siendo otras veces resultante de interacciones sociales; a veces todavía, un componente cultural naturalizado (Minayo, 1994, pp. 9–12).

Uno de los graves problemas de la sociedad contemporánea que los estudios sobre género y las relaciones en el ámbito privado han dado a conocer, se refiere a la violencia contra la mujer, una de las más fuertes expresiones de violación de los derechos de las mujeres, cuyas raíces se encuentran en las relaciones sociales asimétricas entre hombres y mujeres.

Las Naciones Unidas definen *violencia contra la mujer* como:

*“Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”* (ONU, 1993b, p. 3).

La violencia contra las mujeres ha sido declarada como una pandemia que afecta a una parcela significativa de la población femenina en todo el mundo y que se presenta de diversas formas. Esto se evidencia a través de las escandalosas cifras de mujeres que sufren violencia física o sexual a manos de sus parejas, niñas sometidas a matrimonio infantil, mutilaciones genitales femeninas, trabajos forzados, explotación sexual, violaciones como táctica generalizada en las guerras y acoso, entre otras (ONU Mujeres, 2014).

El análisis y la denuncia de la violencia contra la mujer surgen con fuerza en el movimiento social feminista de los últimos 30 años, haciendo público y condenable lo que antes era estrictamente de dominio privado. De este modo, la violencia contra la mujer comenzó a tornarse una preocupación de organismos internacionales y de los diversos gobiernos, que por su dimensión de atentar a los más elementares derechos humanos y por el problema de salud pública que tal fenómeno también configura.

Para desarrollar los aspectos conceptuales de la violencia contra las mujeres se han estudiado las aportaciones de diferentes autores que permiten reflexionar sobre los orígenes y las causas de un fenómeno de dimensiones mundiales, que afecta a todas las sociedades. Se han agrupado en dos apartados: las relaciones de dominio entre hombres y mujeres y el concepto de género.

### 2.1. RELACIONES DE DOMINIO ENTRE HOMBRES Y MUJERES

Lins (2000) escribe que, durante los primordios de las civilizaciones, mujeres y hombres vivían en los árboles y se alimentaban de frutos y raíces. No estaba presente la idea de separación entre los sexos, de superioridad, ni siquiera de formación de pareja. Algunas mujeres tenían varios hombres y viceversa. La mujer, debido a la

gestación y parto, era privilegiada por su naturaleza y esa particularidad era vinculada a aspectos religiosos. El parto era algo directamente ligado a la idea de espiritualismo, de divinidad, según confirman los hallazgos arqueológicos encontrados en las cavernas y otros lugares. El primer hallazgo arqueológico encontrado de esta naturaleza, es decir, la mujer con connotaciones divinas, fue la estatua llamada *Venus de Willendorf*. Se cree que esta imagen era la representación religiosa de la Diosa, la mujer fértil que da a luz.

De acuerdo con Witcombe (2003), esta imagen fue encontrada por el arqueólogo Josef Szombathy en Austria. Desde entonces, se han hallado más de 30.000 estatuas similares en toda Europa. Se percibe así, la importancia de la figura femenina en aquella época, asociada a lo espiritual por la imagen de la Diosa.

La reciprocidad de valores entonces vigentes permitía que los hombres y mujeres viviesen sobre la ley de la solidaridad y de compartir, y pensaban en el interés colectivo y no en el individual, actuaban por persuasión (Lins, 2000; Muraro, 2003).

Con la venida de la agricultura (6.500 años a.C), se fueron formando las primeras aldeas, según algunos autores por invención femenina. Esos agrupamientos surgen cuando hombres y mujeres perciben que consumir alimentos generaba escasez después de cierto tiempo, lo que les impulsa a abandonar el nomadismo y fijarse en la tierra. Las actividades de plantación y cosecha también fueron asociadas a la fertilidad, y, consecuentemente a la mujer (Lins, 2000).

Las mujeres, muy ligadas a las actividades agrícolas debido a la fecundidad, permanecían más tiempo dedicadas a la agricultura que los hombres. Con el tiempo libre, los hombres comenzaron a crear herramientas que les facilitara las tareas (arado, palas, picos). Al percibir que la caza estaba llevando a la escasez y extinción de algunos animales, los hombres pasaron a usar la tracción animal y sus herramientas de agricultura. La producción se volvió más eficiente y comenzaron a surgir los excedentes agrícolas, que a su vez generaban las ventas y cambios de estos productos. De este modo se instala la actividad económica. Más excedentes, más tierras, más poder. La ley de la competitividad y de la agresividad vino a sustituir a la ley de la solidaridad y el compartir. Se instaló también el individualismo (Muraro, 2003).

Otra actividad que ganaba espacio era la pastoril. Con ella, el hombre descubrió que tenía espacio en la fecundidad y en la reproducción al percibir que un carnero

podía embarazar a varias ovejas. El manifiesto de que lo que fertilizaba era su semen tuvo un importante impacto, pues a raíz de esto los hombres empiezan a cambiar su comportamiento con las mujeres y la paternidad es descubierta (Lins, 2000).

*“Después de años creyendo que la fertilidad y la fecundación eran atributos exclusivamente femeninos, los hombres constatan sorprendidos que lo que fertiliza a una mujer es una sustancia en ella colocada: ¡el semen del macho! A partir de ahí hay una ruptura en la historia de la humanidad, Transformándose las relaciones entre hombre y mujer, así como el arte y la religión. El hombre, al fin, descubrió su papel imprescindible en un terreno donde su potencia había sido negada. . .”* (Lins, 2000, p. 22).

El varón ahora se entiende como parte de algo: la fecundación, entendida, hasta ese momento, como atributo exclusivamente femenino. Esta percepción compartida de la reproducción no duró mucho, pues el hombre dedujo que él con su esperma era quien fecundaba, siendo la mujer un receptáculo, mudando la concepción de ésta, anteriormente ligada a la reproducción y a la divinidad. También se transformó, por consiguiente, la autoconcepción del hombre de contribuyente/participante a principal responsable.

Una vez descubierta la participación de los hombres en el proceso de reproducción, la Diosa pasó a tener un compañero, el Dios. Y cuando los hombres pasaron a entender el proceso de la fecundidad y fertilidad como intrínsecos a sí mismos, por la presencia de semen, el Dios se apoderó del lugar de la Diosa, ya que el principio de la espiritualidad estaba ligado a la fertilidad. La Diosa de vientre magno perdió así su lugar por el Dios de pene grande. Es en este contexto cuando surge el culto al falo y la ideología de poder y dominio. Cuando mayor era el pene, mayor poder y dominio, por eso las imágenes de Dioses de la época poseían grandes falos. La asociación del pene grande al poder de esta época es bastante representativa todavía en nuestros días actuales (Lins, 2000).

De la perspectiva de poder por el hombre y del dominio de la mujer y de la prole, nace el patriarcado. La mujer debe salir virgen de las manos del padre para la propiedad del esposo y permanecer fiel a este para siempre, surgiendo así la monogamia para las mujeres. Con este sistema, el hombre pasó a tener cuantas mujeres

quisiese y conquistó la prerrogativa de embarazar a todas ellas. La mujer pasa a ser propiedad del padre para el esposo y futuramente del hijo, la herencia comenzó a transmitirse del padre al hijo, la filiación pasó a ser masculina, y así nació el control de la fertilidad de la mujer a manos del hombre (Lins, 2000; Muraro, 2003).

Los hombres comienzan a hacer leyes, dictar normas y costumbres para las mujeres, todas en beneficio propio. La mujer queda relegada al ámbito privado de la casa y el dominio público del trabajo se circunscribe al hombre (Muraro, 2003).

*“El patriarcado es una organización social basada en el poder del padre, y la descendencia y el parentesco siguen la línea masculina. Las mujeres son consideradas inferiores a los hombres y, por consiguiente subordinadas a su dominación. . .”* (Lins, 2000, p. 32).

Durante la edad de piedra no hubo dominio de un sexo sobre otro (Lins, 2000). Sin embargo, desde la instauración del patriarcado la mujer pasa a considerarse como objeto del hombre, sea el padre, esposo o hijo, y como objeto, está sujeta al dominio y es considerada inferior en su esencia.

Es en este contexto que surgen las mutilaciones genitales femeninas, favoreciendo la construcción social y conservación de relaciones de dominio de los hombres sobre las mujeres, las cuales jerarquizan las relaciones interpersonales entre ambos géneros, dilapidando así las bases de la igualdad bajo el poder del androcentrismo.

## 2.2. CONCEPTO DE GÉNERO

Desde los principios, la racionalidad, el lenguaje y la espiritualidad son factores determinantes de la naturaleza del ser humano. En el proceso de comprensión de la singularidad humana, lo biológico es “*culturizado*” y la cultura es “*biologizada*”. Las fuerzas que construyen su existencia concreta, como hombre y como mujer, se interrelacionan sobre la base ancestral de los procesos bio-génico y sexo-génico (Muraro & Boff, 2002, pp. 45–47).

Simone de Beauvoir (1949), es la primera feminista en introducir el concepto (que no el término) de género, siendo pues la diferencia de género entendida como un

constructo social que determina los roles que se asignan a cada sexo. Esta autora comienza su mensaje profético para la ideología de género con la frase “*Una mujer no nace, sino que se hace mujer*”, defendiendo que las diferencias entre los sexos se deben a construcciones sociales históricas que los diferencian y no a cuestiones biológicas. Siendo la educación diferenciada desde la familia y la sociedad lo que pautará sus distintos roles. Beauvoir también hace referencia en su ensayo “El segundo sexo” a las características femeninas de la mujer, tales como la sumisión, obediencia, pasividad... afirmando que estas características definitorias se expresan debido a la situación que históricamente han sufrido las mujeres y son, por tanto, un comportamiento aprendido de hábitos culturales impuestos.

Beauvoir se basa en la filosofía existencialista descrita: la mujer es un ser que se hace al proyectarse en el mundo, sin ninguna determinación o naturaleza previa, ni por tanto naturaleza femenina. Con ello, esta autora cambia los conceptos del momento para crear un nuevo paradigma feminista.

El feminismo de Beauvoir ha realizado sobre sus predecesores un giro apreciable, estableciendo los presupuestos que posteriormente fueron dominados como ideología de género. Algunos de los rasgos que la autora aporta para la ideología de género son la exigencia de igualdad radical entre hombres y mujeres, con negación de cualquier diferencia; la separación entre los conceptos de sexo y género; la distinción y contraposición entre ámbito público y privado; la institución del matrimonio como otra fuente de desigualdades, así como la familia como peor lugar para la realización personal.

En los años 70, el feminismo anglosajón impulsó el concepto género, contraponiéndose radicalmente, a las explicaciones de las desigualdades sociales, fundadas en características biológicas y por tanto naturales, cuyo pensamiento, común en las ciencias sociales, era el funcionalismo, liderado por Pearson (1965), que consideraba que los papeles de género constituían una extensión natural de las diferencias biológicas (sexo) entre hombres y mujeres.

El concepto de género comenzó a utilizarse, más sistemáticamente, en el análisis de la vida social, a partir de la década de los 80, con el objetivo principal de las disciplinas sociales y humanas porque demostraba ser una categoría útil para delimitar con mayor precisión cómo la diferencia (biológica) se convierte en

desigualdad (económica, social y política) entre mujeres y hombres, colocando en el terreno simbólico, cultural e histórico los determinantes de la desigualdad entre los sexos. En este sentido, la adopción del género como categoría de análisis ha significado la ruptura epistemológica más importante de las últimas décadas en las ciencias sociales, pues ha implicado el reconocimiento de una desigualdad social que había sido hasta entonces subsumida en la dimensión económica, tanto por la teoría de las clases como por las de la estratificación social (de Barbieri, 1992).

En línea con el planteamiento de las relaciones de género, feministas vinculadas a la corriente del feminismo de la igualdad y de la escuela anglosajona (Young, Scott y otras) han enfatizado que el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder, pues al propiciar una distribución desigual de conocimientos, propiedad e ingresos, responsabilidades y derechos entre mujeres y hombres, el género estructura unas relaciones asimétricas de poder entre ambos.

En este sentido, Scott (1986) propone una definición de género cuyo núcleo reposa sobre una conexión integral entre dos proposiciones: el género es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos y el género es una forma primaria de relaciones significantes de poder.

Kabeer (1994) planteó que estas relaciones de poder entre los géneros derivan de acuerdos institucionales gestados en instituciones sociales, los cuales proporcionan a los hombres, más que a las mujeres, una mayor capacidad para movilizar reglas y recursos institucionales que promuevan y defiendan sus propios intereses.

Desde la Antropología, el género ha sido definido como la interpretación cultural e histórica que cada sociedad elabora en torno a la diferenciación sexual. Tal interpretación da lugar a un conjunto de representaciones sociales, prácticas, discursos, normas, valores y relaciones que dan sentido a la conducta de las personas en función de su sexo, es decir, un sistema de sexo/género, tal y como acuñó Rubin (1986), que define como "*el conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas*" (Rubin, 1986, p. 97).

Para la Psicología, el concepto género alude al proceso mediante el cual individuos biológicamente diferentes se convierten en mujeres y hombres, mediante la adquisición de aquellos atributos que cada sociedad define como propios de la

feminidad y la masculinidad. El género es, por tanto, la construcción psico-social de lo femenino y lo masculino (Dio Bleichmar, 1985).

Por su parte, sociólogas e historiadoras feministas han conceptualizado el género como elemento estructurador de un conjunto de relaciones sociales que determinan las interacciones de los seres humanos en tanto personas sexuadas. Las relaciones de género no son necesariamente armoniosas, sino que pueden ser de oposición y conflicto. Estos conflictos determinados socialmente, a menudo adoptan la forma de dominación masculina y subordinación femenina. Sin embargo, las relaciones de género, como constructos sociales que son, pueden transformarse (Whitehead, 1979).

La manutención y origen de la sumisión femenina se da a través de la manipulación psicológica originada en la sociedad, en las familias patriarcales, de la fuerza bruta, del temor al ultraje y los diferentes papeles biológicos en la procreación (Chinchilla, 1982, p. 280). Esta autora afirma que la transformación social debe partir del nivel individual hacia el social, a través de cambios diarios que lleven a las mujeres a controlar su propia vida y la de sus cuerpos.

Dentro del concepto de género, coexisten dos significaciones: la dimensión de género y la perspectiva de género. La primera se refiere al género como categoría de análisis, útil para conocer y evaluar un contexto, una realidad determinada, una experiencia o un proyecto. En cambio, la perspectiva de género alude no sólo al potencial analítico de esta categoría sino también a su potencial político, transformador de la realidad. Desde este ángulo, el género no es sólo una herramienta para el análisis de cómo están las mujeres en el mundo; también es una propuesta política en tanto que exige un compromiso a favor de la construcción de relaciones de género equitativas y justas.

En respuesta a estas exigencias, surgen las políticas de los organismos internacionales que han producido diversos tipos de documentos que declaran principios o líneas orientadoras para combatir la violencia contra las mujeres.

### 3. POLÍTICAS GLOBALES FRENTE A LA VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES. LAS CONFERENCIAS MUNDIALES

Desde 1975 hasta la actualidad se han celebrado cuatro Conferencias Mundiales de la Mujer, desarrolladas en torno a la igualdad, el desarrollo y la paz. Estas conferencias han supuesto un avance importante, pues han logrado que la cuestión de la igualdad entre mujeres y hombres ocupe un lugar importante a nivel global, condicionando las políticas y estrategias de los estados para cumplir las propuestas de dichas conferencias.

#### 3.1. I CONFERENCIA MUNDIAL

La Conferencia Mundial del año Internacional de la Mujer (ONU, 1975) se celebró en México en 1975 y participaron en ella representantes de 133 gobiernos. La Conferencia aprobó la Declaración de México, que vincula la discriminación y la desigualdad con el subdesarrollo provocado por un sistema mundial injusto. Se plantea la necesidad de reestructurar las relaciones económicas internacionales de forma que ofrezcan más posibilidades de integrar a las mujeres en la vida económica, social, política y cultural. Se aprobó el *Plan de Acción Mundial* y se proclamó el primer Decenio de las Naciones Unidas para la mujer: igualdad, desarrollo y paz.

#### 3.2. II CONFERENCIA MUNDIAL

La Conferencia Mundial del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (ONU, 1980) se celebró en 1980 en Copenhague, donde acudieron 145 representantes de los Estados Miembros para evaluar el desarrollo de lo acordado en la anterior conferencia, tras lo cual se aprobó *El Programa de Acción* para la segunda mitad del decenio.

En esta Conferencia se reconoció la disparidad entre los derechos garantizados y la capacidad de las mujeres para ejercerlos. Para hacer frente a ese problema se identificaron tres ámbitos en los que era necesario adoptar medidas concretas: la

igualdad en el acceso a la educación, las oportunidades de empleo y los servicios adecuados de atención de la salud.

Es destacable que a raíz de este momento los gobiernos comenzaron a discutir la violencia desde el enfoque de la salud.

### 3.3. III CONFERENCIA MUNDIAL

Se organizó en Nairobi en 1985 para evaluar los logros de la Década de la Mujer (1975-1985). Se constató que los objetivos de igualdad, desarrollo y paz no se habían cumplido, por lo que, buscando nuevas formas de superar los obstáculos, se formularon las Estrategias de Nairobi, que esbozaban las medidas que deberían adoptarse para lograr la igualdad de género a nivel nacional y promover la participación de las mujeres en las iniciativas de paz y desarrollo.

En esta Conferencia se reconoció que la cuestión de género no era algo aislado, sino que abarcaba todos los ámbitos de la vida: salud, educación, empleo, industria, comunicaciones, medio ambiente, etc., e impulsó la toma de medidas en este sentido. Además, a raíz de esta III Conferencia Mundial para el Examen y la Evaluación de los Logros del Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer (ONU, 1985), los gobiernos comenzaron a discutir el tema de la violencia contra la mujer desde un enfoque de derechos humanos.

### 3.4. IV CONFERENCIA MUNDIAL

La IV Conferencia sobre la mujer se celebró en Beijing en 1995 (ONU, 1995a) y contó con representaciones de 189 gobiernos y con una participación de 35.000 personas en el Foro paralelo de las organizaciones no gubernamentales.

En ésta se reconoce que el cambio en la situación de las mujeres afecta al total de la sociedad y la igualdad de género se reconoce como fundamental para el desarrollo y la paz mundial. Supuso pasar el foco de atención de las mujeres al concepto de género. La Conferencia aprobó la *Plataforma de Acción de Beijing*, el documento más completo producido en relación a los derechos de las mujeres, en la que se reconoce la diversidad de las mujeres y de las distintas circunstancias en las que se desenvuelven; se reconoce la labor del movimiento feminista a lo largo de la historia;

se habla de los derechos de las mujeres y de las niñas y se señala la importancia de prevenir y eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas.

Se establecieron también dos estrategias claras: *mainstreaming* o transversalidad de género y empoderamiento de las mujeres (García Casado, n.d.-b).

### 3.5. DESPUES DE BEIJING

La Asamblea General de las Naciones Unidas ha convocado reuniones extraordinarias cada cinco años en Nueva York para evaluar los objetivos señalados en Beijing y valorar el progreso en la igualdad entre mujeres y hombres.

En el 2000 se celebró el 23º periodo extraordinario de sesiones de la Asamblea General de la ONU (Beijing + 5), cinco años más tarde, el 49º periodo de sesiones de la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (Beijing + 10) y en 2010 el 54º periodo de sesiones de a la revisión periódica de la Plataforma de Acción de Beijing (Beijing+15).

En estas reuniones se reafirma la validez y vigencia de la *Plataforma de Acción de Beijing*, así como la necesidad de continuar avanzando para cumplir sus objetivos.

Se insta al sistema de Naciones Unidas y a las organizaciones internacionales y regionales a intensificar sus contribuciones para la aplicación de la *Plataforma de Acción de Beijing*, subrayando la esencialidad de esta aplicación para alcanzar los objetivos de desarrollo, incluidos en los Objetivos del Milenio.

### 3.6. OTRAS CONFERENCIAS INTERNACIONALES RELEVANTES

Además de las cuatro conferencias mundiales específicas sobre las mujeres, se han celebrado otras conferencias, convenciones, cumbres y resoluciones que han resultado muy relevantes en la transformación de la realidad de las mujeres.

### 3.6.1. Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres

Celebrada en 1979 en Belém do Pará (Brasil), la Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres (CEDAW) (ONU, 1979), entró en vigor en 1981. Es la más importante de las convenciones sobre el estatus de las mujeres y la protección de sus derechos, puesto que es un instrumento jurídico vinculante, que obliga a los estados a reconocer, proteger y garantizar los derechos de las mujeres, adoptar medidas concretas para eliminar la discriminación por razón de género y eliminar los estereotipos en los roles de hombres y mujeres. También reconoce los derechos reproductivos, incluyendo el derecho a determinar el número y espaciamiento de hijas e hijos. Esta convención fue ratificada por 186 países entre los que se encuentra España.

### 3.6.2. Conferencia sobre Medioambiente y Desarrollo

De esta conferencia, celebrada en Rio de Janeiro en 1992, surgió la Declaración de Rio (ONU, 1992a), que introdujo una perspectiva de género sobre el medioambiente, siendo reconocidas las mujeres como esenciales en la preservación y gestión de los recursos naturales.

### 3.6.3. Conferencia Mundial sobre Derechos Humanos

Siendo aprobada en Viena en 1993 (ONU, 1993a), declaró los derechos de las mujeres como derechos humanos, lo que llevó a la comunidad internacional a reconocer la violencia contra las mujeres como una violación de sus derechos humanos fundamentales. En esta conferencia se enmarca el derecho a vivir sin violencia y se asume que es responsabilidad del estado garantizar los derechos humanos, tanto en la esfera pública como en la privada.

#### 3.6.4. Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo

Tuvo lugar en El Cairo (ONU, 1994) en 1994 y propuso eliminar todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres. Reconoció que el empoderamiento y la autonomía de las mujeres y la mejora de su condición política, social, económica y de salud es un fin en sí mismo. Incluye la salud sexual y la salud reproductiva y se reconocen los derechos reproductivos dentro de los derechos humanos.

#### 3.6.5. Cumbre de Desarrollo Social

Con sede en Copenhague en 1995, la Cumbre de Desarrollo Social (ONU, 1995c) estableció que el empoderamiento político, económico y social de las mujeres es clave para erradicar la pobreza, el desempleo y la desintegración social.

### 3.7. POLÍTICAS PÚBLICAS

Las principales conferencias y cumbres internacionales sobre la mujer han contribuido a la creación y desarrollo de políticas públicas nacionales e internacionales. Previa a la síntesis de la evolución que han seguido las políticas públicas se acometen diversos conceptos sobre sobre políticas públicas.

Al conceptualizar y caracterizar políticas públicas, existen dos definiciones, una más amplia que abarca el nivel de relación del estado con la sociedad, y otra que se refiere más a la planificación y puesta en marcha de medidas, prácticas y estrategias, de forma más específicas o en un ámbito más restricto.

En la lengua inglesa encontramos la palabra “*politics*” que define el nivel de relación entre el estado y la sociedad y el término “*policy*” para cuando hacemos referencia al plano más restringido, a la implementación de estrategias y prácticas.

Las Políticas Públicas son “*la asignación, con base en la autoridad, de valores para toda la sociedad*”. Esta autoridad es ejercida por aquellos que tienen o que están en el poder político y cuyas decisiones tienen legitimidad (Easton, 1953).

Se entiende por políticas públicas el conjunto de prácticas y normas que emanan de uno o varios actores políticos. Toda política pública tiene las siguientes características: un contenido, un producto, un programa o marco general de actuación, una orientación normativa, un factor de cohesión, consecuencia de autoridades los actores públicos y una competencia social que afecta a los ciudadanos y a un territorio (Gascó & Equiza, 2003).

Lasswell y Kaplan (1970) definen política pública como un programa proyectado de metas, valores y prácticas, y, en este sentido, es esencial para el concepto que haya una meta, objetivo o propósito (Friedrich, 1963).

La noción de políticas públicas debe incluir todas las acciones del gobierno, y no solo las intenciones explicitadas por este y sus funcionarios. Ya que políticas públicas son todo o cualquier cosa que los gobiernos escojan hacer o no hacer, deben también ser consideradas como políticas la inacción u omisión de los gobernantes, toda vez que esa inacción u omisión pueda causar un impacto tan grande sobre la sociedad como la acción. Pues el campo de las políticas públicas se define cuando hay personas cuyas vidas son alcanzadas, de algún modo, por aquellas decisiones de los gobernantes.

Por tanto, la acción o inacción gubernamental se traduce en políticas públicas, especialmente en el ámbito de las políticas sociales, que tienen por objeto disminuir las desigualdades sociales, que alcanzan a muchas mujeres en el mundo.

### 3.8. INFLUENCIA DE LAS CONFERENCIAS MUNDIALES SOBRE LA MUJER EN LAS POLÍTICAS PÚBLICAS

La concepción de las mujeres como ciudadanas de derechos se ha ido conformando a lo largo de las últimas décadas gracias a los movimientos feministas y a las conferencias y convenciones internacionales que, pretendieron marcar unos ítems para la producción de políticas públicas hacia las mujeres en los distintos países.

Así fue como a partir de las conferencias, convenciones y cumbres internacionales establecidas por la ONU, entre las que destacan por tratar la eliminación de la violencia contra la mujer, la *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer* (ONU, 1979), *Declaración para*

*la eliminación de Violencia contra la Mujer* (ONU, 1993b) y la *Plataforma de Acción de Beijing* (ONU, 1995a); surgen otras acciones, planes y estrategias a nivel internacional que influyen en las estrategias nacionales de distintos países.

Es un hecho pues, que las Conferencias Mundiales sobre la Mujer, especialmente la de Beijing, han contribuido a situar en un primer plano la realidad de las mujeres, sacando a la luz la discriminación que éstas sufrían en todo el mundo, independientemente del grado de desarrollo del país. Es a raíz de dar visibilidad a la realidad de las mujeres en el mundo, cuando se pone de manifiesto la necesidad de avanzar hacia una igualdad real y efectiva entre mujeres y hombres para continuar el proceso de desarrollo, compromiso que, a partir de las conferencias internacionales y de los movimientos asociativos de mujeres, comienza a adquirir importancia también a nivel regional, pasando las cuestiones de género a formar parte de las agendas de los gobiernos.

Por lo tanto tenemos dos niveles de acción transformadora a los que debemos prestar atención: por un lado la perspectiva internacional liderada desde Naciones Unidas y por otro la perspectiva regional o estatal.

### 3.8.1. África

En África, la realidad de las mujeres se visibiliza y cobra importancia bajo la influencia de los tratados Internacionales impulsados por las Naciones Unidas.

A continuación se describen cronológicamente las principales políticas africanas que luchan contra la discriminación de las mujeres.

En 1975 fue creado el *Centro Africano para la Mujer* (ACW), actualmente conocido como El Centro Africano para el Género y el Desarrollo (ACGD). Es un centro dentro del sistema de Naciones Unidas en África que se ocupa de las cuestiones de género y de los avances de la mujer.

Posteriormente, en 1985, durante la Tercera Conferencia Mundial de la Mujer, se posibilitó que las mujeres del Hemisferio Sur alzaran sus voces dentro de la agenda mundial, dándoles especial visibilidad. En palabras de la Dra. Jacinta Muteshi, de la Comisión Nacional para el Género y Desarrollo de Kenia, significó que “*por primera vez las africanas pudimos decir: podemos y debemos hablar sobre los asuntos*

*internacionales y hemos sido capaces de mostrar cómo nos afectaban*” (García Casado, n.d.-a).

Un año después de la Tercera Conferencia Mundial sobre la mujer, entró en vigor la *Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos o la Carta Banjul* (Organización de la Unidad Africana, 1981) tras haber sido ratificada por una mayoría simple de Estados miembros de la Organización para la Unidad Africana (OUA). La importancia de esta carta radica en que se considera el instrumento fundador del sistema africano de derechos humanos. Se garantizan en ella derechos civiles y políticos, así como económicos, sociales y culturales, entre ellos el derecho a la vida y a la integridad de la persona, a la libertad, a un juicio justo, a no ser sometido a esclavitud, a no sufrir tortura ni otros tratos inhumanos o degradantes, a la libertad de expresión, a la vida familiar, a solicitar y obtener asilo, a la educación y la vivienda y al disfrute del mejor estado posible de salud física y mental. A diferencia de otros instrumentos internacionales, especifica derechos colectivos o de tercera generación, tales como el derecho a la paz, el derecho al medio ambiente satisfactorio y global y el derecho al desarrollo. Además esta carta insta a los Estados Partes a eliminar toda discriminación contra la mujer y velar por la protección de sus derechos.

En el año 2000, se crea la *Unión Africana* (UA) sustituyendo a la Organización para la Unidad Africana de 1963. Esta nueva estructura constituida por 55 Estados Miembro, resulta fundamental para la inserción de políticas, planes y campañas de promoción de derechos con un claro compromiso en materia de género (MedicusMundi-Andalucía, 2011).

En julio de 2004, durante el tercer periodo ordinario de sesiones de la Asamblea de la Unión Africana celebrada en Addis Abeba (Etiopia), los jefes de Estado firmaron la *Declaración Solemne sobre la Igualdad entre los hombres y las mujeres en África* (African Union, 2004). En ella se abordan los campos de sanidad, educación, empoderamiento económico, derechos humanos, paz y seguridad y gobernanza.

En octubre de 2004 se celebró en Addis Ababa (Etiopia) la *Séptima Conferencia Regional Africana sobre Mujeres* (United Nations Economic Commission for Africa (UNECA), 2004) en la que se evalúa el grado de cumplimiento de los objetivos de la Plataforma de Beijing. En esta conferencia se evidencian importantes logros, especialmente en la participación política de las mujeres y en la

educación, así como la importancia de las Organizaciones no gubernamentales en África para la consecución de los objetivos de Beijing.

Un año más tarde, entró en vigor en Maputo, Mozambique. Este fue adoptado por la Unión Africana el 11 de julio de 2003, pero hasta noviembre de 2005 no fue ratificado por 15 países como se requería. *El Protocolo a la Carta Africana de los Derechos de la Mujer o Protocolo de Maputo* (Asamblea de la Unión Africana, 2003) hace referencia a los Derechos de la Mujer en África y reconoce y garantiza un amplio abanico de derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales de las mujeres. Entre los que se encuentran el derecho a la vida, a la integridad y la seguridad de la persona y a la protección de las mujeres en los conflictos armados. Así mismo, garantiza a toda mujer el derecho a ser respetada como persona y al desarrollo pleno de su personalidad; el acceso a la justicia e igualdad y la participación en los procesos políticos y de toma de decisiones (García Casado, n.d.-a). Asegura el derecho a la salud y los derechos reproductivos de las mujeres, incluido el derecho al aborto en algunos supuestos, recomienda la monogamia, obliga a los estados a cerciorar que ningún matrimonio se produce sin el consentimiento de ambas partes y a una edad mínima de 18 años y reconoce los derechos de las viudas. Resulta especialmente novedoso por ser el primer tratado internacional que crea la obligación específica de eliminar la Mutilación Genital Femenina. Igualmente, este documento compromete a los países miembros a aplicar la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres, y la Plataforma de Acción de Beijing para la promoción y tutela de los derechos de las mujeres aplicando políticas públicas que prohíban todas las formas de violencia contra las mujeres (MedicusMundi-Andalucía, 2011).

A raíz de estos tratados internacionales históricos en África, se han producido encuentros y foros internacionales que evalúan el cumplimiento de los objetivos propuestos y los logros alcanzados. Un ejemplo lo constituye el I Encuentro España-África '*Mujeres por un Mundo Mejor*', que tuvo lugar en Maputo (Mozambique) en marzo de 2006, que fue reconocida en la Declaración de Madrid en 2007 como un primer paso para hacer realidad los derechos de las mujeres, es la existencia de marcos legislativos y constitucionales que eviten las discriminaciones y hagan posible el avance en igualdad (García Casado, n.d.-b).

Posteriormente, se proclamó la *Década de la Mujer Africana para 2010-2020* (African Union, 2010) en Nairobi. Con el fin de lograr diez objetivos marcados, los cuales abarcan un amplio espectro de la realidad de las mujeres y recuerdan especialmente a los Objetivos del Milenio para el Desarrollo, aunque también están en la línea de los compromisos adquiridos en el Protocolo de Maputo. Estas directrices pretenden contribuir en la lucha contra la pobreza, la seguridad agrícola y alimentaria, la salud, mortalidad materna y VIH, la educación, el medioambiente, la paz, la seguridad y la violencia contra las mujeres y las niñas, la gobernabilidad y la protección legal, las finanzas y el presupuesto de género, las mujeres y las tomas de decisiones y el apadrinamiento de jóvenes.

Al tiempo que las conferencias y cumbres internacionales influyen sobre las acciones políticas sobre la Unión Africana, ésta influye a su vez en los distintos países que la conforman, que escogen la creación de distintos órganos, consejos, planes y leyes en la consecución de los objetivos marcados.

### 3.8.2. Europa

En Europa, la igualdad entre hombres y mujeres se contempló por primera vez en el *Tratado de Roma* de 1957 que establecía en su artículo 119 igual salario para el mismo trabajo (Su Majestad Rey de Bélgica et al., 1957, p. 100), estableciéndose en ese momento la prohibición de la discriminación salarial por razón de sexo. A lo largo de los años 70 el tratado fue ampliado con directivas que obligaban a los estados a cumplir con el tratado y ampliaba su aplicación a la formación para el empleo y algunos aspectos de la Seguridad Social dándose en esta década su plena entrada en vigor.

En 1975, amparados por el Tratado de Roma y bajo el marco del Programa de Actuación Social, se promulga la *Directiva 75/117/CEE* del Consejo, de 10 de febrero de 1975 relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros que se refieren a la aplicación del principio de igualdad de retribución entre los trabajadores masculinos y femeninos (Consejo Europeo, 1975).

Un año después, en febrero de 1976, surge la *Directiva 76/207/CEE* del Consejo para la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres

en cuanto al acceso al empleo, a la formación, a la promoción profesionales y a las condiciones de trabajo (Consejo de las Comunidades Europeas, 1976).

Posteriormente, se aprueba la **Directiva 79/7/CEE** del Consejo, de 19 de diciembre de 1978, relativa a la aplicación progresiva del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en materia de seguridad social (Consejo Europeo, 1978)

Sin embargo, no es hasta 1981 que la comisión crea un **Comité consultivo** para proponer acciones para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres (Comisión de las Comunidades Europeas, 1981). Para llevar a cabo esta tarea, la Comisión organizó el trabajo en Programas de Acción Comunitaria.

Es en este ámbito que en 1982 surge el **I Programa de Acción Comunitaria para 1982-1985** (Consejo de las Comunidades Europeas, 1982) con el objetivo de trabajar por la igualdad de trato entre los trabajadores masculinos y femeninos. Proponen contrarrestar las determinaciones sociales que se imponen a las niñas desde la escuela dotando de información a las mujeres y a las escuelas y diversificando las opciones profesionales.

En este contexto surge la **Recomendación 84/635/CEE**, de 13 de diciembre de 1984, relativa a la promoción de acciones positivas en favor de la mujer (Consejo de las Comunidades Europeas, 1984), así como la Resolución 85/C 166/01 del Consejo y de los Ministros de Educación, de 3 de junio de 1985, relativa a un programa de acción sobre la igualdad de oportunidades de las jóvenes y los jóvenes en materia de educación (Consejo de las Comunidades Europeas & Ministros de Educación, 1985).

El **II Programa de Acción Comunitaria para la Igualdad de oportunidades** para el periodo 1986-1990 (Consejo de las Comunidades Europeas, 1986c), establece mejores disposiciones legales y contempla la igualdad de género en la educación y formación, el empleo, la protección social y el reparto de responsabilidades profesionales y familiares entre otras.

Dentro de este segundo programa marco, se aprueban las directivas: **86/378/CEE** del Consejo de 24 de julio de 1986 relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en los regímenes profesionales de seguridad social (Consejo de las Comunidades Europeas, 1986a); **86/613/CEE** del Consejo de 11 de diciembre de 1986 referente a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres que ejerzan una actividad autónoma (Consejo de las

Comunidades Europeas, 1986b) y que el 7 de julio de 2010 pasa a ser sobre la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres que ejercen una actividad autónoma (Parlamento Europeo & Consejo Europeo, 2010); la **Segunda Resolución 86/C 203/02** del Consejo, de 24 de julio de 1986, relativa al fomento de la igualdad de oportunidades para las mujeres (Consejo de las Comunidades Europeas, 1986c) y la **Resolución 88/C 333/01** del Consejo, de 16 de diciembre de 1988. Relativa a la reinserción profesional y la integración profesional tardía de las mujeres (Consejo de las Comunidades Europeas, 1988).

Durante este segundo programa de acción comunitaria se celebra la primera **Conferencia Europea en Estrasburgo** en 1986 sobre las Políticas y estrategias para alcanzar la igualdad en la vida política (Consejo Europeo, 2014) y en los procesos de decisión, y en 1989 la segunda **Conferencia en Viena** sobre Políticas para acelerar la consecución de la igualdad real entre mujeres y hombres (Consejo Europeo, 2014).

**El Tercer Programa de Acción Comunitaria de 1991-1995 de igualdad de oportunidades para mujeres y hombres** (Consejo de las Comunidades Europeas, 1991) tiene como objetivos la consolidación de los avances comunitarios mediante la aplicación de la legislación así como favorecer la integración de las mujeres tanto en el mercado laboral como en la sociedad en general.

El Consejo Europeo viene intensificando sus esfuerzos desde la **III Conferencia Ministerial Europea sobre Igualdad entre Mujeres y Hombres** (Consejo Europeo, 1993), en la que se aprobó una Declaración política sobre la necesidad de combatir la violencia contra las mujeres y una Resolución sobre violencia y abuso sexual contra las mujeres.

Se aprueba en 1994 las Resoluciones: **94/C 231/01** del 22 de junio, referente a la promoción de la igualdad de oportunidades para los hombres y las mujeres por la acción de los Fondos estructurales europeos (Consejo Europeo, 1994); **94/C 368/02**, de 6 de diciembre, de participación equitativa de las mujeres en una estrategia de crecimiento económico orientada hacia la intensificación del empleo en la Unión Europea (Consejo Europeo & Representantes de los Gobiernos de los Estados Miembros, 1994); y en 1995 la Resolución **95/C 296/06**, de 5 de octubre, sobre el tratamiento de la imagen de las mujeres y de los hombres en la publicidad y en los

medios de comunicación (Consejo Europeo & Representantes de los Gobiernos de los Estados Miembros, 1995)

El *IV Programa de Acción Comunitaria a medio plazo para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres de 1996-2000*, se elabora tras las conclusiones de la Conferencia Mundial de Beijing de 1995 y hace referencia al reconocimiento de los derechos de las mujeres y a la necesidad del mainstreaming de género (Consejo Europeo, 1995).

En 1997 se celebra en Estambul la *IV Conferencia Ministerial sobre mujeres y hombres del Consejo de Europa*. En ella se insta a los Estados miembros a preparar un Plan de Acción para combatir la violencia contra las mujeres (Consejo Europeo, 1997).

En diciembre del 2000, el *V Programa de Acción Comunitaria para la Igualdad de oportunidades (2001-2006)* con el objetivo de promover y difundir los valores y prácticas en los que se basa la igualdad entre mujeres y hombres; mejorar la comprensión de las cuestiones relacionadas con la igualdad entre mujeres y hombres y potenciar la capacidad de los agentes sociales para promover eficazmente la igualdad entre mujeres y hombres (Consejo Europeo, 2000a).

En junio de 2001, el *Programa de Acción para la Integración del factor Género en la Cooperación de la Comunidad al Desarrollo* sentó las bases del refuerzo de la capacidad de la Comisión Europea, Integrando el factor género en los ámbitos prioritarios determinados en la política de desarrollo de la Comunidad; consolidando la integración de dicho factor en los proyectos y programas regionales y nacionales y desarrollando las capacidades institucionales en cuestiones de género. (Consejo Europeo, 2001).

El Comité de Ministros adoptó en 2002 un *Plan de Acción para combatir la Violencia contra las Mujeres* (Comité de Ministros del Consejo Europeo, 2002) y se proponen medidas en el ámbito educativo y formativo, en los medios de comunicación, planificación local, regional, urbana...

Más adelante, el Parlamento Europeo y del Consejo, mediante el Reglamento nº 1567/2003 estableció un marco financiero para políticas y acciones sobre salud y derechos en materia de reproducción y sexualidad. (Consejo Europeo & Parlamento Europeo, 2003).

En 2003 se celebró además la *V Conferencia Ministerial en Skopje*, en ésta se discutió el Papel de las mujeres y los hombres en la prevención de conflictos, construcción de la paz y los procesos democráticos tras los conflictos (Directorate General of Human Rights, 2003).

Además, el Reglamento nº 806/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo, preveía una dotación de 9 millones de euros para financiar acciones específicas en este ámbito. (Consejo Europeo & Parlamento Europeo, 2004).

En 2005, el Consenso Europeo identificó la igualdad de género como uno de los instrumentos fundamentales para la reducción de la pobreza. (Comisión Europea, 2007).

El 20 de diciembre de 2006 se crea el *Instituto Europeo de la Igualdad y Género* con el cometido de informar a los ciudadanos de la Unión Europea sobre la igualdad de género, ayudar a las instituciones europeas y a los Estados miembros a integrar el principio de igualdad en sus políticas y en luchar contra la discriminación por razón de sexo. (Consejo Europeo & Parlamento Europeo, 2006b).

Este mismo año, se celebró la *VI Conferencia Europea sobre Igualdad entre hombres y mujeres* en la que los ministros europeos hicieron hincapié en que la falta de igualdad de género implica costos personales, sociales y económicos más altos que el costo realizado para la aplicación de la igualdad de género, y en que la puesta en práctica de esta igualdad proporciona beneficios sociales y económicos (Consejo Europeo, 2006).

Entre 2006-2010 se implementó el *Plan de trabajo para la igualdad entre las mujeres y los hombres*, el cual define 6 áreas prioritarias: conseguir la misma independencia económica para las mujeres y los hombres, conciliación de la vida privada y la actividad profesional, misma representación en la toma de decisiones, erradicación de todas las formas de violencia de género, eliminación de los estereotipos sexistas y la promoción de la igualdad en terceros países (Comisión de las Comunidades Europeas, 2006).

Dentro de este plan de trabajo se llevó a cabo por el Consejo Europeo la *Campaña para combatir la Violencia contra las Mujeres, incluida la Violencia*

*Doméstica*, entre 2006 y 2008, la cual tuvo una especial visibilidad y repercusión tanto a nivel Europeo como en España (Consejo Europeo, 2009).

En 2007 se celebró el *año Europeo para la Igualdad de Oportunidades para Todos*, que tuvo como objetivo sensibilizar para la consecución de una sociedad más justa y, combatir actitudes y comportamientos discriminatorios, haciendo especial hincapié en las cuestiones de género. (Consejo Europeo & Parlamento Europeo, 2006a).

En 2009, la *Declaración de Madrid* titulada: *Convirtiendo la Igualdad de Género en una realidad*, urge a los Estados Miembros del Consejo de Europa a comprometerse en: eliminar las causas estructurales de desequilibrio de poder entre mujeres y hombres; asegurar la independencia económica y empoderamiento de las mujeres; eliminar estereotipos sexistas; integrar la perspectiva de género en la gobernanza y erradicar las violaciones de la dignidad y derechos humanos de las mujeres (Comité de Ministros del Consejo Europeo, 2009).

En 2010, fue aprobada por la Comisión Europea la comunicación titulada “*Un compromiso reforzado en favor de la igualdad entre mujeres y hombres - Una Carta de la Mujer*” (Comisión Europea, 2010a). La carta constituye un instrumento para promover la igualdad entre mujeres y hombres en Europa y en el mundo, pues las desigualdades por motivo de género afectan directamente a la cohesión económica y social, al crecimiento sostenible, la competitividad y el desarrollo demográfico. La Comisión subraya la necesidad de instaurar la igualdad de género en el conjunto de sus políticas y contempla el respeto de la dignidad e integridad de las mujeres, así como eliminar las desigualdades en el acceso a la atención sanitaria y erradicar la violencia de género, incluyendo las costumbres y tradiciones dañinas (Comisión Europea, 2010a).

Fruto del *Plan de trabajo 2006-2010* y teniendo en cuenta las altas cifras en desigualdades de género, surge la *Estrategia para la igualdad entre mujeres y hombres 2010-2015*, que recoge las prioridades definidas por la *Carta de la Mujer* y establece una base para la cooperación entre las distintas instituciones. Propone nuevas prioridades en materia de igualdad, como la mejora de la situación de las mujeres en el mercado laboral, en la sociedad y en los puestos de decisión, si bien, continúa haciendo hincapié en la dignidad, integridad y fin de la violencia sexista proponiendo:

un planteamiento global a escala de la Unión Europea para luchar contra la violencia; velar por que la legislación europea en materia de asilo tenga en cuenta la igualdad entre los sexos y seguir las cuestiones de género en el ámbito de la salud (Comisión Europea, 2010b).

En la **VII Conferencia Ministerial de Igualdad del Consejo de Europa**, Bakú, 2010, se aprobaron una Resolución y un Plan de acción : “Asumir el reto de lograr la igualdad de iure y de facto entre Hombres y Mujeres” Dicho plan remarca la importancia de integrar la dimensión de género y discriminación positiva, fomenta la implementación de los estándares y mecanismos comunes europeos para la igualdad de género, impide y combate la violencia contra las mujeres y la discriminación contra grupos vulnerables, tales como mujeres y niñas migrantes (Consejo Europeo, 2010a, 2010b).

En 2011, con unas estadísticas que indicaban que entre el 20 y el 25% de las mujeres habían sufrido violencia física, al menos una vez en su vida, y hasta medio millón de las mujeres que viven en Europa han sufrido mutilación genital, se aprueba el **Convenio sobre Prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica** con la finalidad de proteger a las mujeres contra todas las formas de violencia y prevenir, perseguir y eliminar la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, contribuir a eliminar toda forma de discriminación contra las mujeres, concebir un marco global, políticas y medidas de protección y asistencia a todas las víctimas de violencia, promover la cooperación internacional para eliminar este tipo de violencias y apoyar a organizaciones y fuerzas de seguridad para cooperar de manera eficaz en la adopción de un enfoque integrado con el objetivo de eliminar la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Consejo Europeo, 2011).

### 3.8.3. España

Las Conferencias Internacionales sobre la Mujer también tuvieron gran influencia en España, pues en 1974 se creó la *Plataforma de Organizaciones y Grupos de Mujeres de Madrid* que trabajó en la preparación del Año Internacional de la Mujer y la *I Conferencia Mundial sobre las Mujeres* a celebrar en Méjico al año siguiente. Así mismo, en 1975 se celebraron *las I Jornadas de Liberación de la Mujer* donde

mujeres de diversas provincias, con puntos de vista diversos sobre el feminismo y con ideologías dispares discutieron sobre la problemática de la mujer.

En 1978, la Constitución Española consagró el principio de igualdad ante la ley sin discriminación en razón de sexo, raza, religión, y abrió el camino hacia una nueva situación y hacia nuevas leyes que se ajustaran a ella.

En 1983, se crea por la Ley 16/83 el *Instituto de la Mujer* (Jefatura del Estado, 1983), que tiene como criterio de actuación la transversalidad del principio de igualdad en todas sus actuaciones, que surge con la aprobación del I Programa de Acción Europeo. El instituto de la mujer imita el modelo Europeo por decisión del Consejo Rector y establece tres planes para la igualdad. El objetivo primordial del Instituto de la mujer es promover y fomentar las condiciones que posibiliten la igualdad social de ambos sexos con la participación de las mujeres en la vida pública, cultural, económica y social. Sin embargo, no es hasta 1986, momento en que España se incorpora a la Unión Europea, cuando las políticas españolas sobre igualdad dan un impulso estableciéndose planes de igualdad a imitación de los Programas de igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres de la Comunidad Europea.

Es en este contexto que se aprueba el *I Plan de Acción para la Igualdad de Oportunidades de las Mujeres para los años 1988-1990* (Instituto de la Mujer, 1987) que supuso una estrategia política para mejorar la situación social de las mujeres en el área de igualdad en el ordenamiento jurídico, familia y protección social, educación y cultura, empleo y relaciones laborales, salud, cooperación internacional y asociacionismo.

Años después se estableció el *II Plan de Igualdad de Oportunidades para 1993-1995* (Instituto de la Mujer, 1994) se establece con la finalidad de avanzar desde la igualdad formal a la igualdad real entre hombres y mujeres, haciendo para ello especial hincapié en el empleo de las mujeres, su cambio de imagen en los medios de comunicación y su avance a puestos de mayor responsabilidad.

Por otra parte, en 1997 la violencia contra las mujeres fue introducida como área específica en el *III Plan de Igualdad entre Hombres y Mujeres* (1997-2000) del *Instituto de la Mujer* (Instituto de la Mujer, 1997), que pretendía impulsar las políticas de igualdad de oportunidades para el avance social de las mujeres, mediante la

introducción de la perspectiva de igualdad en todas las políticas y la promoción de la participación de las mujeres en todos los ámbitos de la vida social.

En 1998 se puso en marcha el *I Plan de Acción contra la Violencia Doméstica* que abarcaba el período 1998-2000, que tenía como objetivos erradicar los actos de violencia contra las mujeres en el ámbito doméstico y ayudar a paliar las consecuencias ocasionadas en las mujeres víctimas por estos actos de violencia (Consejo de Ministros de España, 1998).

A partir del año 2000, el 25 de noviembre, que fue designado por la Asamblea General de Naciones Unidas como *Día Internacional para la Eliminación de la Violencia contra las Mujeres*, se celebra en España este día con actos institucionales, manifestaciones públicas y despliegues informativos recordando el estado de la cuestión.

El *II Plan Integral contra la Violencia Doméstica* (Instituto de la Mujer, 2002) abarcó el período 2001-2004 y pretendía lograr cuatro objetivos principales más concretos: fomentar una educación asentada en el diálogo, respeto y tolerancia para evitar la reproducción de comportamientos violentos basados en estereotipos sobre géneros; mejorar la legislación y el procedimiento legal para conseguir una mayor eficacia en los procesos, una mejor protección de la víctima y una penalización más contundente del agresor; mejorar los recursos sociales y servicios de atención a las mujeres víctimas; y potenciar la coordinación de los diferentes organismos y organizaciones sociales implicadas.

Por otra parte, y volviendo al ámbito institucional, en septiembre de 2002 se creó el *Observatorio de Violencia Doméstica* (llamado a partir de julio de 2003 *Observatorio contra la Violencia Doméstica y de Género*), como una iniciativa para contribuir a la erradicación de esta violencia.

El 7 de marzo de 2003, fue aprobado El *IV Plan de Igualdad de Oportunidades entre Mujeres y Hombres 2003-2006* (Instituto de la Mujer, 2003). En él se establecen las líneas de actuación del Instituto de la Mujer para introducir el mainstreaming de género en todas las políticas de intervención, e impulsar el avance de las mujeres en todos los ámbitos de la vida social mediante acciones positivas a semejanza de la Estrategia Marco Comunitaria sobre la Igualdad de oportunidades entre Hombres y Mujeres (Consejo Europeo, 2000a).

En 2004, bajo este plan de Igualdad, la Secretaría General de Políticas de Igualdad, junto con el Instituto de la Mujer, impulsó la aprobación de La **Ley Orgánica 1/2004**, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la violencia de Género (Jefatura del Estado, 2004). Así mismo, una vez terminado el periodo de actuación de dicho plan, se aprueba el plan estratégico de Igualdad de oportunidades que comenzará en 2008, así como la **Ley Orgánica 3/2007**, de 22 de marzo, para hacer efectiva la igualdad de mujeres y hombres (LOIEMH)(Jefatura del Estado, 2007). Destacando ambas leyes por introducir el principio de igualdad de trato de mujeres y hombres en todas las estructuras de la sociedad.

El **Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2008-2011** se inspira en dos principios: la no discriminación y la igualdad, y desarrolla cuatro principios rectores: la redefinición del modelo de ciudadanía, el empoderamiento de las mujeres, la transversalidad de la perspectiva de género y la innovación científica y tecnológica (Instituto de la Mujer, 2007).

Actualmente está en funcionamiento el **Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2014-2016** (Instituto de la Mujer, 2013) que tiene el objetivo de avanzar hacia la igualdad real y eliminar cualquier discriminación por razón de sexo que persista en la sociedad a través de los ejes prioritarios de empleo y lucha contra la discriminación salarial, conciliación y corresponsabilidad y lucha contra la violencia de género.

### 3.9. SÍNTESIS DE LA EVOLUCIÓN DE POLÍTICAS PÚBLICAS EN ESPAÑA, EUROPA Y ÁFRICA Y SU RELACIÓN CON LAS CUMBRES INTERNACIONALES

Las Conferencias Mundiales de las Naciones Unidas han tenido un gran impacto en las políticas públicas sobre igualdad y violencia contra la mujer producidas hasta la fecha. Marcando un hito en la concepción de las mujeres y la influencia del género y visibilizando la violencia que se produce contra éstas como un problema de salud y derechos humanos.

En Europa se habían producido algunos esfuerzos encaminados a la igualdad entre hombres y mujeres, entre los que destacan el *Tratado de Roma*, pero no es hasta que la temática cobra especial relevancia a nivel internacional, que se crean políticas y programas de acción específicos con el objetivo de lograr los objetivos de las Conferencias de las Naciones Unidas.

Una vez instaurado el primer *Decenio de las Naciones Unidas para la Mujer* en 1975, En África se crea el *Centro Africano para la Mujer*. Por otro lado, en Europa se aprueban distintas Directivas para aproximar las legislaciones de los Estados Miembros a la igualdad de trato y retribución entre hombres y mujeres. Sin embargo, no es hasta la *II Conferencia Mundial de Copenhague*, en la que aprueban el Programa de Acción para la segunda mitad del decenio, que la Comunidad Europea crea un Comité consultivo que proponga acciones para lograr la igualdad de oportunidades, instaurándose en 1983 el *Primer Programa de Acción Comunitaria*. A imitación de las iniciativas de este primer Programa Europeo, surge en España en 1983 el Instituto de la Mujer (Jefatura del Estado, 1983).

En 1985 las Naciones Unidas celebran la *III Conferencia Mundial en Nairobi*, donde se visibilizó especialmente a las mujeres africanas. Al año siguiente en África entra en vigor la *Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos o la Carta Banjul*, considerado como instrumento fundador de derechos humanos en el sistema Africano y que recuerda a la *Declaración Universal de los Derechos Humanos* de 1948 (CITAR). Este instrumento insta a los Estados Partes a proteger los derechos de las mujeres y eliminar las discriminaciones contra éstas, tal y como se habían comprometido 51 países africanos durante la *Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra las Mujeres* (CEDAW).

Del mismo modo, un año después de la celebración de la *III Conferencia Mundial sobre la Mujer*, se instaura el *II Programa de Acción Comunitaria para la Igualdad*, durante el cual se celebró la primera *Conferencia Europea en Estrasburgo* y la *Conferencia de Viena*. De forma consecutiva, se implanta el *III Programa de Acción Comunitaria*, produciéndose dentro de este marco la *III Conferencia Europea sobre la Igualdad* en 1993.

España, una vez dentro de la Unión Europea, debe adaptar en sus normativas las directivas que se aprueban a nivel comunitario, por lo que se aprueban distintos

planes de Acción para la Igualdad de Oportunidades en la consecución de los objetivos marcados por los Programas de Acción Comunitaria. El I Plan de Acción comienza durante el II Programa comunitario, terminando esta sucesión con el V Programa de Acción Comunitaria y el IV Plan de Igualdad a nivel Nacional.

En 1995 se celebra *la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer de Beijing*, que puso el foco de atención en el concepto de género, aprobándose la *Plataforma de Acción de Beijing* con estrategias de mainstreaming y empoderamiento de las mujeres. Ésta supuso un gran avance en materia de igualdad de género y tuvo un gran impacto en las políticas nacionales. De modo que ya no se han realizado nuevas conferencias mundiales sobre la mujer, sino que se convocaron reuniones extraordinarias en 2000, 2005 y 2010 para evaluar la consecución de los objetivos señalados en la Plataforma de Beijing.

El mismo año en que se produce la Conferencia de Beijing, surge la Unión Africana, que se adapta al contexto internacional realizando políticas y planes con perspectiva de género.

Desde la Conferencia de Beijing los esfuerzos de los distintos gobiernos y comunidades se intensifican y pasan a contemplar los novedosos aspectos que introduce en materia de género, creándose en Europa entre Beijing y la Conferencia de Nueva York en 2000, el *IV Programa de Acción Comunitaria*, el cual introduce la necesidad del mainstreaming. Durante este Programa se celebra en Estambul la *Conferencia Ministerial sobre mujeres y hombres*, que trata de combatir la violencia contra las mujeres, tal y como se estableció en la *Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo del Cairo*. A su vez, en España se implementa el *III Plan de Igualdad*, instaurando en este directrices procedentes del *IV Programa de Acción Comunitaria* y de los compromisos adquiridos en la *Plataforma de Acción de Beijing*.

Una vez celebrada en Nueva York la primera evaluación de los objetivos de Beijing, se implanta el *V Programa de Acción Comunitaria* para la igualdad de oportunidades y se celebra el *Programa de Acción para la Integración del factor Género en la cooperación de la Comunidad al Desarrollo*, continuando así mismo la línea de mainstreaming iniciada en Beijing.

A nivel nacional, se había producido el *I Plan de Acción contra la Violencia Doméstica* que abarcaba el período 1998-2000 y comienza el *II Plan Integral contra*

la *Violencia Doméstica* de 2001-2004. La influencia de la IV Conferencia Mundial es clara, puesto que el I Plan corresponde al periodo anterior a que se realice la primera reunión de Nueva York y el II Plan se inicia tras esta primera reunión. Del mismo modo, el objetivo de ambos planes se enmarca dentro del planteado a nivel Europeo en la IV Conferencia Ministerial sobre mujeres y hombres. En este sentido, en 2002 se crea el *Observatorio de Violencia Doméstica*, influenciado por la implantación del Plan de Acción contra la violencia en Europa. Siguiendo esta línea de actuación surge la *Ley Orgánica 1/2004* (Jefatura del Estado, 2004).

Ese año, previo a la celebración de la segunda evaluación de los objetivos de Beijing por las Naciones Unidas, la Unión Africana celebra la *Séptima Conferencia Regional Africana sobre Mujeres* en el que se evalúa el cumplimiento de dichos objetivos por los estados Africanos. Este mismo año, los jefes de Estado firmaron la *Declaración Solemne sobre la Igualdad entre los hombres y las mujeres en África*.

En 2005, la Conferencia de las Naciones Unidas en Nueva York insta nuevamente a las Organizaciones Internacionales y Nacionales a intensificar sus esfuerzos en el logro de la *Plataforma de Acción de Beijing*. Ante esta situación, surge en el Contexto Africano el *Protocolo de Maputo* que compromete a los Países Miembros a aplicar la Plataforma de Acción de Beijing y la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres, reconociendo para ello los derechos reproductivos de las mujeres. Tras esta llamada, en 2006 en Europa tiene lugar la *VI Conferencia Ministerial del Consejo de Europa* y la creación del *Instituto Europeo para la Igualdad de Género*.

Entre la primera y la segunda evaluación de la Plataforma de Acción de Beijing, se produce en Europa el *Programa de Acción para la Integración del Género en Cooperación*, el *año para la igualdad de oportunidades* y la *Declaración de Madrid*.

Al tiempo, coincidiendo con el *Año Europeo de la Igualdad de Oportunidades*, en España se aprueba la *Ley Orgánica 3/2007* y el *Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2008-2011* inspirado en la no discriminación y la igualdad.

En 2010, coincidiendo con el 15º aniversario de la adopción de la Plataforma de Acción de Beijing, y del 30º aniversario de la Convención de las Naciones Unidas sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer, la Unión Africana establece la *Década de las Mujeres* (2010-2020), cuyos objetivos están

relacionados a 13 áreas de la Plataforma de Acción de Beijing, los Objetivos de Desarrollo del Milenio y el programa de la Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo. En el contexto Europeo, se produce la *VII Conferencia Ministerial del Consejo de Europa*, la *Carta a la mujer* y comienza la *Estrategia para la igualdad entre hombres y mujeres*, en la que se establece una base para la cooperación entre la Comisión, las demás instituciones europeas, los Estados miembros y el resto de partes interesadas. Un año después se aprueba así mismo el Convenio sobre Prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica.

Posteriormente, se instaura el actual *Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades 2014-2016* con el fin de evitar la discriminación en el ámbito laboral y la violencia de género.

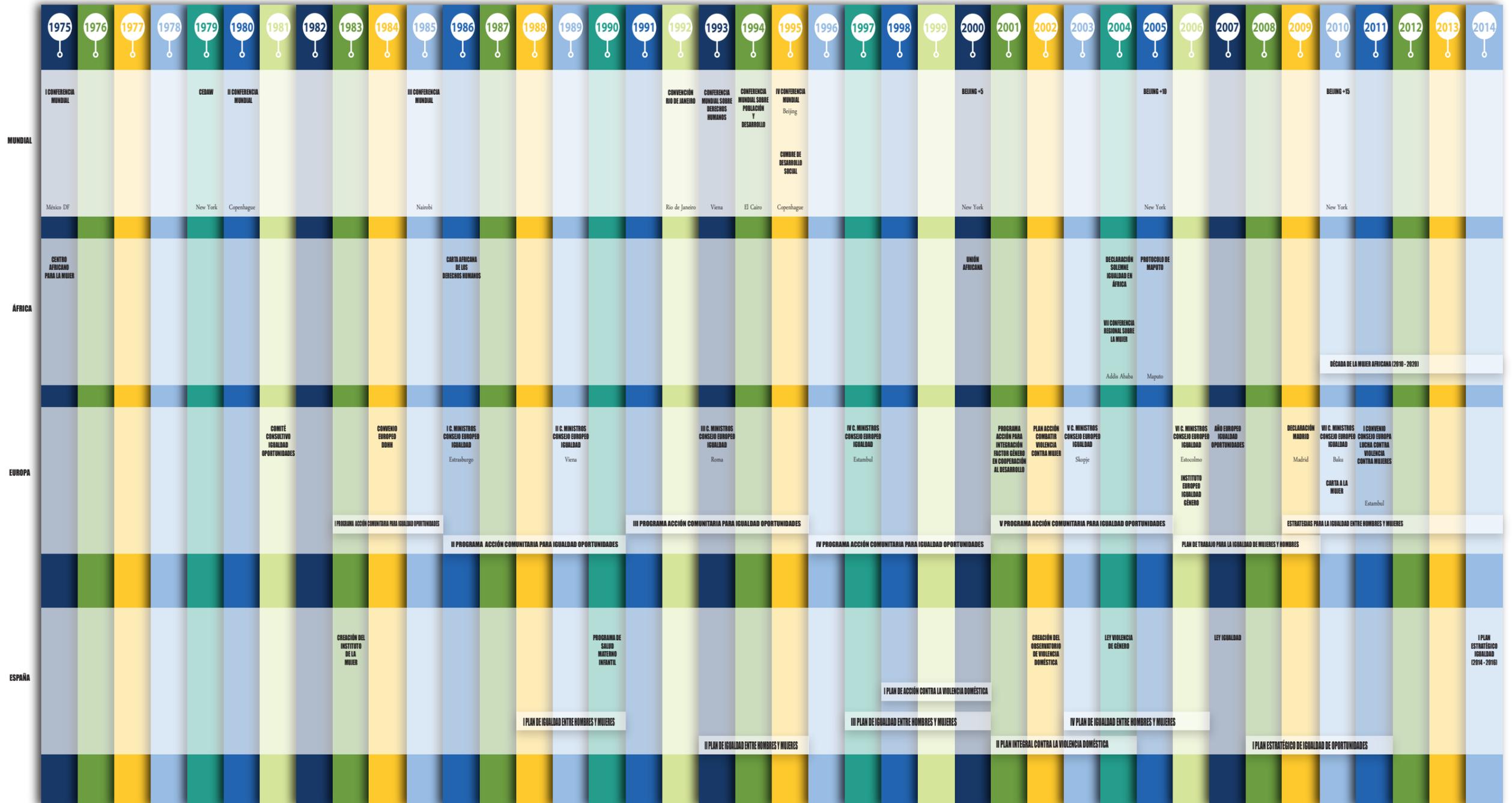
Se puede afirmar por tanto, que las Conferencias Internacionales han marcado profundamente la dirección de las políticas en materia de igualdad, tanto en África como en Europa, transformando la realidad de las mujeres desde la primera década de la mujer instaurada por las Naciones Unidas, pero especialmente, desde la Plataforma de Beijing de 1995.

Es necesario reconocer del mismo modo, que los movimientos feministas también han influenciado sustancialmente en el cambio de la realidad de las mujeres, evidenciando la necesidad de unas directrices mundiales de reconocimiento de igualdad hacia la mujer y presionando a distintos gobiernos a lo largo de los años para que implementasen políticas acordes a los acuerdos internacionales.

Concretando en las políticas y estrategias españolas, éstas han estado influenciadas tanto por las conferencias internacionales de las Naciones Unidas como por las Directrices y estrategias que marca la Unión Europea. En este sentido, es de especial mención la importancia que han tenido los programas de acción comunitarios de la Unión Europea en la creación del instituto de la mujer y los planes de igualdad Españoles



Gráfica 6. Evolución de las políticas públicas sobre la mujer



## 4. LOS DERECHOS HUMANOS

El concepto de derechos humanos es variable de acuerdo a la concepción político-ideológica que se tenga. Partimos de 3 grandes pensamientos para fundamentar filosóficamente los derechos de la persona humana: concepción *idealista*, concepción *positivista* y concepción *crítico-materialista* (Dornelles, 1989).

- La concepción *idealista* es una visión metafísica y abstracta que identifica los derechos como valores supraestatales que pueden manifestarse en la voluntad divina (como en el feudalismo) o en la razón natural humana (a partir del S XVII). En este pensamiento los derechos humanos son inherentes al hombre y nacen por fuerza de la naturaleza humana.
- La concepción *positivista* reconoce los derechos como fundamentales y esenciales desde que son reconocidos por el Estado a través de su orden jurídico positivista. Son producto del Estado a través de un proceso de legitimación y reconocimiento legislativo. Por tanto, cada derecho existe solamente cuando está escrito en la ley.
- La concepción *crítico-materialista* entiende que los derechos humanos son una expresión formal de un proceso político-social e ideológico realizado por luchas sociales en el momento de ascenso de la burguesía al poder político.

### 4.1. TIPOS DE DERECHOS HUMANOS

A partir del S. XVI y especialmente del XVII se formula una nueva doctrina sobre los derechos naturales, explicándolos como expresión racional del ser humano y no como base de un poder divino. Los derechos humanos en su primera generación o derechos individuales, son una expresión de las luchas de la burguesía revolucionaria, con base en la filosofía iluminista y la tradición doctrinal liberal, contra el despotismo de los antiguos estados absolutistas. Son pues, la expresión formal de necesidades individuales que requieren una abstención del estado para su pleno ejercicio.

Las desigualdades sociales y de concentración de capital convirtieron en insuficientes las interpretaciones liberales sobre los derechos humanos. Si la concepción liberal pedía la abstención del Estado para que los individuos ejerciesen sus derechos individuales, las luchas sociales, así como la encíclica papal *Rerum Novarum* de 1891 (León XIII, 1891), reivindicaban la presencia efectiva del Estado en cuestiones sociales.

En las primeras dos décadas del siglo XX, la revolución Mexicana, la revolución Rusa de 1917, la constitución de la República de Weimar en Alemania en 1919 y la creación de la Organización Internacional del Trabajo en 1919, ampliaron la realidad socio-política y los límites de los derechos humanos, que dejaron de ser entendidos únicamente como derechos individuales para incorporar la idea de derechos colectivos de naturaleza social. En este campo, el Estado pasa a ser agente promotor de las garantías de derechos sociales.

Los derechos de los pueblos o los derechos de solidaridad son derechos que deben garantizarse con el esfuerzo conjunto del Estado, los individuos, los diversos sectores de la sociedad y las diferentes naciones.

Entre estas necesidades humanas aparecidas después de la Segunda Guerra Mundial destacan:

- El derecho a la paz: Solamente en un contexto pacífico se vuelve posible el ejercicio de las libertades y derechos considerados fundamentales.
- El derecho al desarrollo y el derecho a la autodeterminación de los pueblos: buscando garantizar la puesta en marcha de un modelo de desarrollo alternativo con base a un nuevo orden económico internacional y sin interferencia de estados extranjeros.
- El derecho a un medio ambiente saludable y ecológicamente equilibrado.
- El derecho a la utilización del patrimonio común de la humanidad.

Las libertades y garantías para los seres humanos no son asuntos que interesan únicamente a cada Estado, sino que interesan y obligan a toda la comunidad internacional, creándose una protección internacional de los derechos humanos.

A lo largo del siglo XX, comunidades organizadas de las naciones, tanto en el marco de las organizaciones mundiales como las Naciones Unidas (ONU), como de

los organismos especializados como la Organización Internacional de Trabajo (OIT) o la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, Ciencia y Cultura (UNESCO), así como los foros regionales de asociaciones internacionales, como la Organización de los Estados Americanos (OEA), la Organización de Unidad Africana (OUA) y el Consejo de Europa, han aprobado numerosos mecanismos, textos, declaraciones, instrumentos de validez jurídica en la defensa y protección internacional de los derechos humanos, buscando asegurar el respeto y el reconocimiento por parte de gobiernos y de particulares.

De esta manera, el ser humano pasa a tener un papel destacado en la vida internacional, teniendo una serie de derechos universalmente reconocidos por todos los Estados. La ampliación de los mecanismos de protección de los derechos humanos en el plano internacional se expresa en diferentes documentos, entre los que se destacan:

- **Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre** (Conferencia Internacional Americana, 1948). Aprobada en 1948 por la IX Conferencia Interamericana. Fue la primera expresión del Sistema Interamericano de protección de derechos.
- **Declaración Universal de los Derechos Humanos** (ONU, 1948). Aprobada en 1948 por la Asamblea General de la ONU. Es importante destacar que, aun no teniendo fuerza de obligatoriedad, esta declaración tiene una importancia histórica por marcar la derrota de los regímenes totalitarios nazi-fascistas, además de constituir un monumento de naturaleza moral, sirviendo de referencia para la promoción y el respeto efectivo de los derechos humanos en todas las partes del mundo.
- **Declaración Universal de los Derechos de las Mujeres y las Ciudadanas** (De Gouges, 1791). se trata de un documento no oficial que parafrasea la Declaración de Derechos del Hombre y del Ciudadano (Rials, 1988) y que supone la primera incorporación de la mujer a los derechos humanos.
- **Convención Americana de derechos humanos** conocida como Pacto de San José de Costa Rica, aprobada en 1969 (Organización de los Estados Americanos (OEA), 1969). Define medidas protectoras para proveer y garantizar los derechos humanos.

- **Declaración Universal de los Derechos de los pueblos**, aprobada en Argel en 1976 (Declaración universal de los derechos de los pueblos, n.d.). Este documento enuncia principios referentes a los derechos de todos los pueblos contra la dominación y explotación de los imperialismos ejercidos por las grandes potencias. A parte de esto, expresa la necesidad de garantizar el derecho a la existencia de los pueblos, a la autodeterminación política, al desarrollo económico, a la cultura, al medio ambiente y a los derechos de las minorías. Es un documento que elabora principios como la preocupación de construir un nuevo orden internacional más solidario y cooperativo.

El proceso de universalización de los mecanismos de protección de los derechos humanos ha venido marcado no apenas por el reconocimiento formal de esos derechos, sino principalmente por las luchas de los pueblos contra la opresión, la explotación económica y contra la miseria, lo que pasó a exigir la efectividad de los derechos enunciados por los diferentes organismos internacionales.

#### 4.2. ARTICULACIÓN ENTRE VULNERABILIDAD, DERECHOS HUMANOS, SALUD Y CIUDADANÍA

En la explicación de vulnerabilidad, se trabaja con las totalidades comprensivas que abarcan mutuamente aspectos individuales y colectivos en el manejo de las tres dimensiones de vulnerabilidad: individual, social e institucional. En esta perspectiva se trabaja lo *individual* como intersubjetividad; lo *social* como contextos de interacción y lo *pragmático* como formas institucionales de interacción. Es decir como un conjunto de políticas, servicios y acciones organizadas y disponibles conforme a los procesos políticos de los diversos contextos sociales según los patrones de ciudadanía en la realidad operativa.

Por otro parte, los principios de universalidad, equidad e integralidad posibilitan una fructífera articulación entre salud y ciudadanía.

- Principio de **Universalidad**: Establece un acceso indiscriminado, lo que es fundamental para que toda forma de discriminación negativa o exclusión social sea eliminada, así se garantiza el derecho a la salud, una de las bases fundamentales de la ciudadanía.

- Principio de **Equidad**: Refiere el suministro diferenciado de bienes y servicios según las necesidades más propias de cada persona, comunidad o grupo social.
- Principio de **Integralidad**: Consiste en disponer e integrar las diferentes acciones de diferentes sectores con variables alcanzables, de forma que responda adecuadamente a las necesidades específicas de salud.

Concretar la mutua referencia entre universalidad y equidad significa incorporar a la institución de atención en salud el *ethos* de una emancipación solidaria brillantemente sintetizada en la frase de Boaventura de Souza Santos: “*Luchar por la igualdad siempre que las diferencias nos discriminen y luchar por las diferencias siempre que la igualdad nos descaracterice*” (de Souza Santos, 1995). Pero la consolidación de ese *ethos*, además de depender de estructuras y procesos políticos democráticos y justos, depende de que seamos capaces de identificar e intervenir sobre las relaciones de vulnerabilidad y sus impactos negativos para la salud.

En la perspectiva de la promoción y prevención de la salud, en cuanto una atención integral, el cuidado toma una relevancia básica y tiene que ver con las diferentes formas de interacción entre proveedores y beneficiarios de acciones de salud. En este tipo de abordaje el diálogo entre cuidador y aquel que es cuidado tiene como base los objetivos de la intervención y los medios para realizarla. En este proceso son definidos como saberes y experiencias científicas y no científicas de los profesionales y los usuarios de modo compartido, de forma que se identifiquen y movilicen los recursos necesarios para prevenir, tratar o recuperar situaciones de salud tomadas como obstáculos de los proyectos de felicidad de las personas, comunidad o grupos de población.

De esa forma, se puede inferir que los derechos humanos son el mejor recurso para identificar y combatir *diferencias que discriminan e igualdades que descaracterizan*. Así mismo, son de gran importancia para el análisis de la vulnerabilidad y su incorporación a las prácticas de cuidado con universalidad, equidad e integralidad en las acciones de salud. Aquí, los derechos humanos ofrecen una referencia positiva para tratar las diversas situaciones de vulnerabilidad y las posibilidades de interacción individual o colectiva sobre ellas.

### 4.3. PANORAMA SOBRE SALUD Y DERECHOS HUMANOS

Los derechos humanos y la ética en salud están íntimamente ligados tanto conceptual como operacionalmente (Gostin & Mann, 1999; Gruskin & Dickens, 2006).

En la actualidad, la concepción que se adquiere de los derechos humanos ofrece una estructura para la implementación de acciones, así como para ofrecer argumentos fuertes y convincentes de responsabilidad gubernamental.

Las estructuras en las que operan estos derechos pueden dividirse en: defensivas, legislativas, políticas y programáticas.

- **Sistemas de defensa:** Es la utilización del lenguaje de los derechos para llamar la atención en una cuestión, movilizar a la opinión pública y defender las mudanzas en acciones de gobierno u otras instituciones de poder.

Un ejemplo de abordaje de defensa es *El movimiento para la salud de los pueblos*, iniciativa de la sociedad civil creada en el 2000 que reúne individuos y organizaciones comprometidas con la implementación de la Declaración de Alma-Ata sobre Atención Primaria de Salud (OMS & UNICEF, 1978).

- **Sistemas legales:** Abordaje que prioriza el papel de las leyes de los derechos humanos en los niveles internacionales y nacionales en la producción de normas, patrones y responsabilidades en los esfuerzos relacionados con la salud.
- **Sistemas de políticas:** Este abordaje tiene como objetivo la creación de normas y modelos de derechos humanos principalmente por órganos que formulan políticas globales y nacionales a partir de las perspectivas de salud, economía y desarrollo.

Entre estas están las diversas organizaciones y agencias de desarrollo de asistencia, fondos y programas de las Naciones Unidas (tales como UNAIDS, UNICEF, UNDP, UNFPA, DFID).

- **Sistemas Programáticos:** se ocupan de la implementación de los derechos por medio de programas de salud. Engloban el diseño, ejecución, monitorización y validación de programas de salud.

### 4.3.1. El complejo abordaje de salud basado en derechos

Con el fin de definir los principios centrales de abordajes basados en derechos aplicables a todos los sectores de desarrollo, las Naciones Unidas elaboraron en 2003 un “entendimiento común” (ONU, 2003) que afirma que todos los programas de cooperación para el desarrollo, políticas y asistencia técnica deben promover los derechos humanos. Constituyendo éstos ejes que orientan toda la cooperación y planificación de programas y contribuyendo al desarrollo de capacidades “de aquellos que tienen deberes” para que cumplan sus obligaciones y de los “sujetos de derechos” para que reivindiquen sus derechos.

La utilización de programas de derechos humanos en los sistemas de salud requiere atención en cuanto a su disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad, calidad y resultados entre diferentes grupos poblacionales.

En la práctica, la estimación, el diseño, la implementación, monitorización y validación de cualquier política, estrategia, programa o intervención en salud debe incorporar los componentes centrales de un abordaje centrado en derechos.

Las evidencias confirman que los abordajes en salud basados en derechos favorecen la práctica de la salud pública, la cual se centra en la salud de las comunidades y poblaciones como un todo dirigiendo sus intervenciones hacia los grupos más vulnerables, con el fin de preservar, promover y mejorar su salud, con especial hincapié en la prevención (Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2002).

Por otro lado, la investigación es necesaria, no solo para expandir la evidencia de que las restricciones en derechos humanos afectan negativamente a la salud, sino también para demostrar que la instauración de los derechos humanos tiene impactos beneficiosos en la salud y en el bienestar.

### 4.3.2. Derechos y vulneraciones a la salud de las mujeres desde la Conferencia de Beijing

La IV Conferencia Mundial sobre la mujer, realizada en Beijing en 1995 (ONU, 1995b), repercute directamente sobre los programas de salud de la mujer entre los

múltiples países que asumieron dicho compromiso en la conferencia. Introduciendo un nuevo enfoque en las políticas de salud públicas hacia las mujeres, considerando la salud de éstas en su enfoque global y no apenas en su ciclo gravídico puerperal.

La Conferencia de Beijing reconoce el derecho de la mujer a disfrutar del más alto nivel posible de salud, entendiéndose la salud como un estado de pleno bienestar físico, mental y social y no solamente como ausencia de enfermedad (WHO, 1946). También reconoce el derecho a la salud sexual y a la salud reproductiva de las mujeres, que entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria sin riesgos de procrear.

También afirma que en la salud de las mujeres contribuyen los factores biológicos, políticos y económicos, siendo un obstáculo para alcanzar dicha salud las desigualdades que sufren con respecto a los hombres. Además hace referencia a que muchos países en vías de desarrollo presentan sistemas de salubridad pública precarios, teniendo esto una afectación directa sobre la salud de las mujeres.

Dicha Conferencia constituye el acceso de las mujeres a los recursos básicos de salud como un derecho mientras que pone de manifiesto que las discriminaciones a las que están expuestas tienen consecuencias directas sobre su salud. Estas discriminaciones provocan en el colectivo femenino una mayor tasa de pobreza, dependencia económica, violencia, control limitado de su vida sexual y reproductiva...

En la Conferencia se visibiliza la discriminación que las niñas sufren respecto al varón, inclusive en el propio seno familiar, pues en familias con pocos recursos socioeconómicos se prima el alimento, el agua potable y el acceso a la salud de los varones. Esta discriminación repercute directamente en la salud de las niñas, que contraen enfermedades como la desnutrición y las diarreas, que pueden ocasionarles la muerte si no se tratan adecuadamente. Otras discriminaciones que repercuten directamente sobre la salud de las mujeres son: la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado, el abuso sexual, la violencia, la prostitución... Además la maternidad prematura es un obstáculo para el progreso educacional, económico y social de la mujer en todo el mundo.

La conferencia de Beijing, al evidenciar que las discriminaciones que sufren las mujeres, como la mutilación genital femenina, repercuten directamente en su salud, propone eliminar las desigualdades de género como método para lograr el derecho a

la salud de todas las mujeres. En la persecución de este objetivo, el sistema de salud de cada país debe renovarse y ofrecer una atención integral a la mujer, dejando de tener en cuenta el modelo biomédico que trabaja con el hombre como norma y formando a los profesionales sanitarios en salud de la mujer y con perspectiva en género para llevar a cabo un adecuado abordaje en salud femenina.

### 4.3.3. Violencias y discriminaciones contra las mujeres y Servicios de Salud

Son muchas las discriminaciones contra las mujeres que constituyen una violación de sus derechos y una vulneración de su salud. Sin embargo, frecuentemente estas discriminaciones pasan inadvertidas, ya que se esconden tras una situación de invisibilidad (Lettiere, Spanó Nakano, & Taysa Rodrigues, 2008) que recorre de hecho los servicios que se limitan a cuidar de los síntomas y no disponen de instrumentos capaces de identificar el problema.

En este contexto, los profesionales sanitarios frecuentemente no identifican que una mujer ha sido sometida a violencia, como pudiera ser la mutilación genital femenina, lo que contribuye a la perpetuación de ésta, disminuyendo la eficacia de los servicios de salud y consumiendo recursos financieros. En el caso de la mutilación genital femenina, un estudio realizado por la OMS sobre seis Países africanos reveló que el costo anual de las complicaciones obstétricas asociadas a la MGF ascendieron a 3,7 millones y oscilando entre el 0,1% y el 1% del gasto público en salud (Bishai et al., 2010).

En la actualidad, las investigaciones sobre mutilación genital femenina han permitido ampliar nuestra comprensión sobre ésta, que al igual que la violencia de género, constituye un problema social que aflige a la sociedad como un todo y viene provocando una elevada demanda de víctimas en los servicios de salud, donde son necesarios cuidados enfermeros especializados.

Generalmente, las mujeres víctimas de violencia que están sometidas a una vulneración de sus derechos, acuden más a los servicios sanitarios que las demás y tienen peor estado de salud (Montero et al., 2011; Vives-Cases, Ruiz-Cantero, Escribà-Agüir, & Miralles, 2011) con niveles elevados de estrés, síntomas concomitantes y problemas psicológicos (García Torrecillas, Torío Durántez, Lea Pereira, García

Tirado, & Aguilera Tejero, 2008; Montero et al., 2011; Raya Ortega et al., 2004). Por lo que deben tenerse presentes los indicadores de sospecha en el esfuerzo por la detección y abordaje de la violencia contra las mujeres.

En muchas ocasiones, las mujeres víctimas de violencia recurren únicamente a las instituciones sanitarias, adquiriendo los profesionales de la salud una importante responsabilidad en la detección y abordaje de las situaciones que viven muchas usuarias del sistema sanitario, siendo necesario el desarrollo de medidas de prevención primaria, secundaria y terciaria para una completa intervención. De modo que afrontar la violencia contra las mujeres supone la utilización de diferentes estrategias, tales como evaluar factores de riesgo, promover ambientes familiares saludables, corregir los factores sociales y culturales que contribuyen a que se produzca esa violencia (Valdez-Santiago & Ruiz-Rodríguez, 2009).

Sin embargo, en muchas ocasiones, la violencia recibe un tratamiento exclusivamente curativo, ya que provoca a menudo problemas asociados para la salud que son identificados, diagnosticados y cuidados, sin que se considere la carga de las diversas condiciones emocionales, sociales, ambientales y económicas que son motivadoras de este tipo de fenómeno. Es por ello que la OMS (OHCHR et al., 2008) reconoce la existencia de un vacío entre las necesidades que pueden tener las víctimas de violencia, y la respuesta ofrecida por los servicios de salud u otros en casi todos los países. Por tanto, el sector académico, los especialistas en salud pública y la sociedad como un todo, tienen la obligación de desarrollar acciones destinadas a reducir la violencia en cualquiera de sus formas (OMS, 2003).

Minayo (2003) resalta que tanto para los trabajadores de la salud como para los científicos sociales, el fenómeno de la violencia se presenta de forma compleja, por lo que su prevención en el sistema de salud está repleta de desafíos. En este sentido, coincide Deslandes (1999), que afirmaba que el modelo de prevención para el problema de la violencia demanda de nuevas prácticas, articulaciones y aprendizajes. Pues la complejidad del fenómeno exige superar las simplificaciones e integrar esfuerzos y puntos de vista de varias disciplinas, sectores, organizaciones y comunidades (Minayo, 1994). Se recomienda así, prestarles una asistencia interdisciplinaria que se centre en factores ocupacionales, legales y de seguridad (de Melo Miranda, de Paula, & Bordin, 2010). En este sentido, las enfermeras no debemos medir esfuerzos para garantizar una asistencia interdisciplinaria con éxito en el abordaje

a la salud de las mujeres, pues el fortalecimiento de la interacción entre los profesionales de salud y la población atendida, constituye una estrategia importante que puede contribuir a la prevención, identificación e intervención de situaciones de vulneración y discriminación de las mujeres (Cavalcanti, 1999).

La prevención de la violencia demanda, invariablemente, construir alianzas y articulaciones y promover el diálogo entre los implicados, además de ejercitar la escucha terapéutica. De este modo se vuelve necesario invertir en cuatro aspectos intrínsecos para la consolidación de una atención eficaz a las víctimas de violencia desde el panorama de la prevención (Deslandes, 1999). Se enumeran a continuación:

- Sensibilización/Capacitación profesional, para que puedan detectar, de entre las mujeres que frecuentan la consulta, situaciones de violencia y cómo actuar ante ellas.
- Creación de rutinas institucionales ante casos de suicidios, violencia de género, violencia doméstica, mutilación genital femenina... atribuyendo las responsabilidades y acciones para los profesionales del equipo médico, de salud mental, de enfermería, de servicios sociales, a fin de las debidas derivaciones sean realizadas.
- Articulación de listas de referencia de instituciones, servicios, organizaciones gubernamentales y no gubernamentales que puedan recibir las derivaciones, integrando una red de prevención.
- Mejora del registro en los servicios de salud de los casos de violencia para poder realizar planificación de acciones futuras.

Los profesionales de la salud deben buscar nuevas formas de acción para construir un modo de crear estrategias para la prevención de la violencia contra las mujeres, pues la mayoría de los servicios de emergencia no cuentan con sistemas de diagnóstico y registros apropiados, capaces de permitir una dimensión cuantitativa y cualitativa de la cuestión.

Tras lo expuesto, se hace necesario desarrollar un sistema integrado de servicios y acciones para prevenir la violencia contra las mujeres en general y la mutilación genital femenina en particular, instaurando un plano interdisciplinar e

interinstitucional que desarrolle y relacione principalmente los campos de salud, justicia, seguridad pública, universidades y ONGs que actúan en este campo.

#### 4.3.4. Políticas públicas españolas en la atención sanitaria a las mujeres

Las políticas públicas de carácter social, como la salud, representan la intervención del Estado-Sociedad Civil normalmente vinculada a equipos urbanos, a obras públicas y servicios. Éstas expresan, por un lado, el reconocimiento de los derechos sociales de la ciudadanía que hacen parte de las condiciones de vida de la población, y por otro, la protección social como responsabilidad del estado.

La política de salud, en un estado democrático y de derecho, debe tener carácter universal y sus beneficios ser distribuidos con base al principio de equidad.

En 1978 y coincidiendo con la celebración de la Conferencia de Alma-Ata, se aprueba la Constitución española (Cortes Generales, 1978, p. 8), que recoge el derecho de todos los ciudadanos a la protección de la salud y se señala que compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública mediante medidas preventivas y las prestaciones y servicios necesarios, fomentando la educación sanitaria.

A partir del año 1981 se inicia un profundo proceso de descentralización de las competencias sanitarias del Estado a las Comunidades Autónomas. En cada una de ellas se constituye un Servicio de Salud, encargado de ejercer la autoridad sanitaria sobre todas las instituciones y servicios de su ámbito territorial y con amplias competencias en atención primaria, hospitalaria y en salud pública.

El 25 de abril de 1986 se promulga la Ley General de Sanidad, creándose un Sistema Nacional de Salud (SNS), formado por el conjunto de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas. Asimismo, se establecen las características primordiales de nuestro sistema sanitario (Martín Zurro & Jodar Solá, 2011):

- Cobertura universal y no discriminativa de todos los ciudadanos.
- Financiación pública a través de impuestos (Presupuestos Generales del Estado).
- Gratuidad de las prestaciones asistenciales (copago en farmacia).
- Descentralización competencial y coordinación estatal.

- Garantía de calidad de la atención prestada.
- Potenciación de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Participación comunitaria.
- Organización territorial en Áreas de Salud y Zonas Básicas de Salud.

En cuanto a las mujeres, se focalizó en la salud Materno-Infantil. Término acuñado en 1948 en la Declaración Universal de los Derechos Humanos. Por lo que en España, como en otros países, desde entonces, el objetivo de salud de las mujeres corresponde exclusivamente a su ciclo gravídico-puerperal, sin tener en cuenta la salud holística a lo largo de su vida.

La Salud Materno-Infantil es un área fundamental en tanto que comprende: la reproducción, la mujer, el niño y su desarrollo hasta que se inicia la etapa de la reproducción, cerrando así el ciclo.

El programa básico de salud Materno-Infantil vino desarrollándose en todas las comunidades autónomas de forma más o menos dispersa en sus diversos subprogramas, con desigual cobertura y con prioridad de unos aspectos sobre otros según el territorio en cuestión.

Para homogeneizar las actuaciones de los diversos subprogramas y llegar a garantizar una igualdad de atención en salud materno-infantil a todos los españoles, en el pleno del 4 de junio de 1990, el Consejo Interterritorial del SNS aprueba un conjunto de criterios mínimos y unos compromisos para continuar trabajando en este sentido y poder implantar en todas las comunidades autónomas un programa de salud materno-infantil, común en sus contenidos fundamentales.

Posteriormente, en 1994, en el ámbito Internacional y con motivo de la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo (CIPD) se establece que las políticas de población deben tener como metas el bienestar de los individuos y su calidad de vida y han de localizarse siempre dentro del marco de los derechos humanos. Esta conferencia hace hincapié en el empoderamiento de las mujeres como base de todos los programas, para hacerla autónoma en todas las esferas vitales. Además deja de lado el término de Salud Materno-Infantil y acuña el término de Salud Sexual y Reproductiva.

Este logro se afianzó al año siguiente, en la IV Conferencia Mundial sobre la Mujer y en 1996, cuando la Unión Europea y todos los estados miembros adoptaron formalmente el Plan de Acción sobre Población y Desarrollo de El Cairo, repercutiendo a nivel nacional, pues en 1998 aparece en España el Plan Integral de Atención a la Mujer, que atiende las necesidades en salud de la mujer durante toda su vida y no sólo las exclusivas del ciclo gravídico-puerperal.

En conclusión, se puede afirmar que el recorrido que se ha hecho en la atención a las mujeres en la sanidad española corresponde a la visión que se ha ido adquiriendo de la mujer, percibiéndola primeramente como objeto de reproducción, pasando por sujeto de reproducción hasta ser vista finalmente como sujeto de ciudadanía y derechos humanos.

Este proceso se produjo en España a través del Programa de Salud Materno-Infantil, instaurado en 1990 y que permaneció hasta 1998, cuando fue implantado el Plan Integral de Atención a la Mujer, que la contempla de forma holística en todas las fases de su ciclo vital y no exclusivamente en el ciclo gravídico-puerperal.

## **5. MARCO LEGAL Y DERECHOS HUMANOS EN TORNO A LA MGF**

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948) constituye el ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose constantemente en ella, promuevan, mediante la enseñanza y la educación, el respeto a estos derechos y libertades, y aseguren, por medidas progresivas de carácter nacional e internacional, su reconocimiento y aplicación universales y efectivos, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los territorios bajo su jurisdicción.

La MGF es una tradición que atenta contra lo expuesto en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (ONU, 1948), en sus artículos 1, 2, 3 y 5, puesto que afecta a la igualdad en dignidad y derechos, así como a las libertades personales, que no deben distinguir razas, color, sexo, o religión.

### 5.1. Organismos Internacionales y MGF

La mutilación genital femenina es considerada una violación de los derechos de las mujeres y las niñas, por lo que distintos organismos internacionales han contribuido con su labor a colocar la MGF en la agenda internacional de derechos humanos y trabajar en su erradicación. En esta tarea destaca principalmente el Sistema de las Naciones Unidas que a través de las diversas Conferencias Internacionales ha establecido un marco para el análisis y denuncia de la MGF como una práctica que viola los derechos humanos, la salud sexual y reproductiva y el derecho a una vida plena y libre de violencias (Agirregomezkorta Ibarluzea & Fuertes Cabrera, 2011).

A continuación se exponen los principales documentos internacionales en contra de la mutilación genital femenina.

- la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra las mujeres (ONU, 1993b).
- la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing (ONU, 1995a).
- la Resolución sobre el Final de la Mutilación Genital Femenina (ONU, 2007). En la que la Asamblea General de las Naciones Unidas condena la práctica e insta a los Estados Miembros a tomar medidas, tanto legislativas como educativas para frenarla. También pidió a las autoridades, servicios médicos, líderes religiosos y comunitarios que dirijan sus esfuerzos a concienciar y combatir las actitudes que aún defienden la MGF.

### 5.2. TRATADOS INTERNACIONALES

Existen numerosos informes relativos de manera explícita a la MGF, entre los que destacan los realizados por la Relatora Especial de la ONU sobre la violencia contra la mujer. Pero también son de vital importancia colaboraciones interagenciales contra la MGF, tales como:

- La Declaración Contra la Mutilación Genital Femenina, liderado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el que participan 10 agencias (OHCHR et al., 2008).

- El establecimiento de una Estrategia Mundial dirigida al personal sanitario con el fin de evitar su participación en la práctica de la MGF (UNFPA et al., 2010).
- La promoción de alianzas y los planes conjuntos para la erradicación de la MGF (World Health Organization (WHO), 2008).

Aunque el derecho a participar en la vida cultural y la libertad de religión están protegidas por leyes internacionales y está recogido en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, dichas leyes también estipulan que la libertad para manifestar la religión o creencias propias debe estar sujeta a las limitaciones necesarias para proteger los derechos fundamentales y la libertad de otras personas. Por lo tanto, la MGF va en contra de los siguientes tratados internacionales:

- Convención Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos (ONU, 1966).
- Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra las mujeres (ONU, 1979).
- Convención contra la tortura y otros tratos o castigos crueles, inhumanos o degradantes (ONU, 1984).
- Convención de Derechos del Niño (ONU, 1989).
- Prohibición de tortura o tratos crueles o inhumanos (ONU, 1992b).
- Igualdad de derechos entre hombres y mujeres (ONU, 2000).

### 5.3. TRATADOS REGIONALES

También en África se han desarrollado numerosas Conferencias regionales, acuerdos y posicionamientos conjuntos contra la MGF. Así mismo se han producido declaraciones y encuentros de líderes religiosos para el abandono de la práctica.

Los tratados regionales realizados en el continente africano que se oponen a la mutilación genital femenina son:

- **Declaración de Addis Abeba** (Organización de la Unidad Africana, 1997), en la que 26 países africanos se comprometieron a adoptar políticas y medidas concretas para erradicar la MGF para el año 2005.

- **Carta africana sobre derechos humanos y de los pueblos** o Carta de Banjul (Organización de la Unidad Africana, 1981).
- **Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del niño** (Organización de la Unidad Africana, 1990).
- **Protocolo a la Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Mujeres en África** (Organización de la Unidad Africana, 1998).
- **Comité interafricano sobre Prácticas Tradicionales que afectan a la Salud de las Mujeres y Niños (IAC-CIAF)**. Fue fundado en Benín en el año 1982. Realiza una importante labor de prevención de la mutilación genital femenina distribuyendo material educativo por clínicas y hospitales del país.
- **Comité Nacional de lucha contra la Escisión**: Fue fundado en 1990. Trabaja en la prevención de la MGF en Burkina Faso a través de informar a la población de las consecuencias para la salud que acarrea.
- **Frente popular de liberación de Eritrea**: Creó en 1991 campañas para erradicar la MGF, que posteriormente se han incorporado a los programas de salud y educación integrados en el gobierno del país.
- **Comité Nacional de Gambia sobre Prácticas tradicionales que afectan a la Salud de las Mujeres y Niños**.
- **Asociación Revolucionaria de Mujeres Etíopes**: Es una renombrada ONG que cuenta con ayuda del gobierno para erradicar prácticas tradicionales que atentan contra los derechos de las mujeres.
- **Asociación Malinense para el Seguimiento y la Orientación de las Prácticas Tradicionales (AMSOPT)**. Esta asociación sensibiliza contra la MGF a las mujeres que realizan el procedimiento, así como a líderes de la comunidad y religiosos.
- **Comité Nigeriano Contra las Prácticas Tradicionales Perniciosas**: Este comité, fundado en 1990, organiza talleres para la sensibilización en MGF.
- **Asociación Nacional de Enfermeros y Comadronas Nigerianos**.

- **Comisión para la Abolición de la Mutilación Sexual (CAMS).**
- **Unión Nacional de Mujeres de Yibutí: realiza talleres para prevenir la MGF.**

#### 5.4. LEGISLACIÓN EN EL CONTINENTE AFRICANO

Algunos gobiernos africanos han prohibido estas prácticas ancestrales, aprobando en sus parlamentos leyes sancionadoras específicas, aunque por el momento no existe una legislación unificada al respecto.

La legislación es un avance importante en el reconocimiento de los derechos fundamentales por parte de los gobiernos y crea un marco jurídico desde el que poder trabajar, si bien, hasta el momento, su impacto sobre la reducción de la prevalencia de mujeres que han sufrido MGF es todavía reducido.

En la tabla 5 se muestra la legislación y año de aprobación, en su caso, en los distintos países africanos.

**Tabla 5. Países africanos con legislación en MGF.**

País	Legislación
<b>Benín</b>	Ley número 2003-03: “Repression of the Practice of FGM in the Republic of Benin”, aprobada en marzo de 2003 prohíbe todas las formas de MGF (Republic of Benin, 2003)
<b>Burkina Faso</b>	Ley número 43/96/ADP, promulgada en noviembre de 1996 (Burkina Faso, 1997).
<b>Camerún</b>	Actualmente no existen leyes o previsiones del Código Penal, pero pueden emplearse los artículo 277-281 del Código Penal sobre lesiones corporales graves.
<b>Chad</b>	Ley N ° 6/PR/2002 en la promoción de la salud reproductiva tiene disposiciones que prohíben la MGF
<b>Costa de Marfil</b>	Ley No. 989-757 de 23 de Diciembre de 1998; pero cinco años más tarde de ser votada la ley no se habían pronunciado los decretos de aplicación y no se había planteado ninguna denuncia al respecto.
<b>Djibouti</b>	En 1995 el Código Penal fue modificado para incluir la prohibición de la MGF. Sin embargo, el 93% de las mujeres sufren este tipo de mutilación. Decreto n°2008-0098/PR/MS Relativo al Código Deontológico Médico. Prohíbe cualquier intervención mutiladora sin serios motivos médicos.

<b>Egipto</b>	Decreto Ministerial de 1997 que prohíbe la MGF.  Ley No. 126 de 2008, modificando la Ley 12 de 1996 del menor. Añade al código penal penas de prisión de 3 meses a 2 años o sanciones de entre 1000 y 5000 Libras egipcias a quienes realizaren mutilación genital femenina.
<b>Eritrea</b>	No existe legislación en contra de la MGF.
<b>Etiopía</b>	No existe legislación en contra de la MGF.  La Constitución prohíbe las prácticas tradicionales perniciosas.
<b>Gambia</b>	No existe legislación en contra de la MGF.
<b>Ghana</b>	Modificaciones de 1994 sobre el Código Penal convierte a la MGF en un delito.
<b>Guinea-Bissau</b>	Ley proclamada en 2011 criminalizando la MGF
<b>Guinea</b>	Ley número 2005 aprobada en Febrero de 2006 contra la MGF.  A pesar de la prohibición, ya desde 1998, su prevalencia sigue siendo de las más altas respecto a los demás países, con cerca de un 96%.
<b>Kenia</b>	En 2001 incluyó en su ley específica de protección de la infancia el artículo 8 que prohíbe la MGF en menores de 18 años.
<b>Liberia</b>	No existe legislación en contra de la MGF.
<b>Malí</b>	Ley número 02-044, aprobada en Junio de 2002. La ordenanza 04-019 incorpora el Protocolo Maputo a la ley.  Ordenanza No. 02-053/P-RM de 4 de junio de 2002. Crea el Programa Nacional para luchar contra la Práctica de la MGF.  Circular No. 0019/MSP-AG-SG de 7 de enero de 1999 del Ministerio de Sanidad que prohíbe la práctica de la MGF en establecimientos sanitarios.
<b>Mauritania</b>	Ordenanza número 2005-015, en su Capítulo II. Artículo 12 del Código Penal prohíbe la práctica de la MGF en infantes y niños (menores de 18 años).
<b>Nigeria</b>	No existen leyes federales que prohíban la MGF, pero algunos estados la han prohibido, como Ogun, Cross River, Rivers y Bayelsa.
<b>República Centrafricana</b>	En 1996 el entonces presidente emitió una ordenanza que prohíbe la práctica de la MGF.
<b>República Democrática del Congo</b>	No hay disposiciones legales sobre la MGF, pero el Código Penal, en sus artículos 46 a 48 sobre “lesiones intencionadas”, puede ser usado para hacer frente a la MGF.
<b>Senegal</b>	La Ley No. 99-05 de 25 de enero de 1999 modifica el Código Penal, criminalizando la MGF en el artículo 299bis.
<b>Sierra Leona</b>	La legislación de 1997 prohíbe la escisión, pero a pesar del alto índice de intervenciones practicadas, solo se tiene noticia de una condena.
<b>Somalia</b>	Existe legislación de 1987.
<b>Sudán</b>	Los primeros intentos legislativos de 1941, condenando esta práctica, provocaron tales protestas populares que se renunció a su aplicación. Se

	suavizó en 1946, por lo que la infibulación está prohibida, pero no la escisión.
<b>Tanzania</b>	El Código Penal fue modificado por el Acto No. 4 de 1998, criminalizando la MGF en su artículo 169a.
<b>Togo</b>	La Ley número 98-016 del 1998 se promulgó para prohibir la MGF. La Ley No. 2007-017 de 6 de julio de 2007, Código del Menor incluye la MGF.

**Fuente:** UNFPA y UNICEF (2014).

### 5.5. LEGISLACIÓN EUROPEA SOBRE LA MGF

Los colectivos de inmigrantes han continuado la práctica de la MGF en los países Europeos de acogida, de modo que en Europa unas 500.000 mujeres y niñas han sido víctimas de MGF y 180.000 niñas corren el riesgo de serlo cada año. Conscientes de la necesidad de tomar medidas para contrarrestar la evolución de esta práctica y erradicarla, los Estados europeos han aprobado leyes específicas (Noruega, Suecia y Reino Unido) o han modificado su legislación (Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Irlanda, Italia, España, Croacia, Suecia y Reino Unido) para tipificar la MGF como delito. En otros Estados europeos (Bulgaria, República Checa, Alemania, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Holanda, Polonia, Portugal, Rumanía, Eslovaquia y Eslovenia), la MGF queda legalmente prohibida bajo la aplicación de leyes penales generales y suele ser asimilada a un atentado contra la integridad física y moral de la persona y más en concreto a un delito de lesión (EIGE, 2013). A pesar de la legislación, los enjuiciamientos son muy poco frecuentes. Esto se explica en las dificultades para detectar los casos y reunir pruebas suficientes, a la resistencia a denunciar un delito y, especialmente, a la falta de conocimientos sobre la mutilación genital femenina (Comisión Europea, 2013).

### 5.6. DERECHO A ASILO DE LAS NIÑAS EN RIESGO DE MGF

El derecho de asilo es la herramienta de la que disponen las víctimas de MGF para huir de sus países para que no se les realice esta práctica, o en los casos de niñas menores de edad, cuando sus progenitores deciden huir con ellas para evitar que las castiguen.

El asilo consiste en la protección en forma de acogida que un Estado concede a aquellos extranjeros a los que se les reconozca la condición de refugiado (Díaz & Paniagua, 2005). Esta condición se concederá, según lo establecido en el artículo 1, sección A, párrafo 2 de la Convención de Ginebra (ONU, 1951), siempre que la persona, presente temores fundados de ser perseguida por motivo de raza, nacionalidad, religión, grupo social al que pertenezca y opiniones políticas.

Este derecho se podrá solicitar siempre que se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda, o a causa de dichos temores no quiera acogerse a la protección de tal país; o que careciendo de nacionalidad y hallándose, a consecuencia de tales acontecimientos, fuera del país donde antes tuviera su residencia habitual, o pueda, o a causa de dichos temores, no quiera regresar a él.

El Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR, 2009) se ha pronunciado sobre una serie de aspectos sobre los solicitantes de asilo en materia específica de MGF.

Está en disposición de solicitar asilo una niña que se niegue a ser mutilada genitualmente y esto le ocasione un grave riesgo, en el caso en el que la niña acepte, pero bajo coacción, engaños, o amenazas, que pueden entrañar un problema muy grave para la menor y cuando es la familia la que busca asilo basándose en el temor de que a la niña se le practique la MGF. En este caso puede ampliarse el estatuto de refugiado a uno de sus padres.

Se procuró asignar obligaciones a nivel del derecho internacional para la protección de los refugiados mediante la creación en 1947 de la Organización Internacional para los Refugiados (ONU, 1946), y la Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados creada en 1949 (en adelante ACNUR) (Asamblea General de las Naciones Unidas, 1950).

ACNUR estableció los instrumentos básicos de los que se sirve el derecho internacional para regular la situación de los refugiados: La Convención de Ginebra de 28 de julio de 1951 (ONU, 1951) que surge durante la Guerra Fría y el Protocolo de Nueva York de 1967 (ONU, 1967) para dar respuesta a las nuevas necesidades de los refugiados que habían surgido.

**En Europa**, las normas jurídicas que regulan la situación de asilo son: El Convenio Europeo de Derechos humanos (Consejo Europeo & Tribunal Europeo de

Derechos Humanos, 1950), el Tratado de Ámsterdam (Consejo de las Comunidades Europeas, 1997), el Convenio de Dublín (Consejo Europeo, 2000b) y el Acuerdo de Schengen (Consejo Europeo, 1999).

Posteriormente, a partir del Tratado de Ámsterdam, la Comunidad Europea establece normas comunes sobre los procedimientos de asilo e instrumentos jurídicos a desarrollar: El programa de desarrollo normativo en materia de asilo, que se instaura en 1999.

**En España**, el derecho de asilo surgió con la entrada en vigor de la Constitución Española y ha ido evolucionando hasta contemplarse actualmente en la ley 12/2009 de 30 de octubre de 2009, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria (Jefatura del Estado, 2009).

Los organismos reguladores de la concesión de asilo y del reconocimiento de la condición de refugiado son los siguientes:

A nivel estatal, los organismos encargados de llevar a cabo estas funciones son:

- **La Oficina de Asilo y Refugio (OAR)**: Es el organismo encargado de regular la situación de las personas a las que se les reconoce la situación de refugiado y que solicitan el derecho de asilo y la protección subsidiaria. Esta oficina depende del Ministerio del Interior. Se encuentra integrada en la Dirección General de Procesos Electorales, Extranjería y Asilo (Miguel Juan, 2008).
- **Comisión Interministerial de asilo y refugio**. Regulada a través del artículo 2 de 2 del RD 203/1995, de 10 de febrero, que se aprueba el Reglamento de Aplicación de la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del Derecho de Asilo y de la Condición de Refugiado, modificada por la Ley 9/1994, de 19 de mayo.
- **Centros de Acogida de Refugiados (CAR)**. Estos centros, regulados por la Orden de 13 de enero de 1989 sobre centros de acogida a refugiados (Ministerio de Asuntos Sociales, 1989), están bajo la dependencia del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Son una serie de establecimientos públicos que prestan alojamiento, manutención, asistencia social de carácter urgente, y servicios

destinados a facilitar la convivencia e integración social a las personas solicitantes de asilo en España y que carece de recursos económicos.

En el caso de la condición de beneficiario, ésta se extenderá a los ascendentes y descendentes en primer grado, y al o la cónyuge de la persona que solicita el asilo. También se incluye a la persona que esté ligado o ligada al o la solicitante por análoga relación de afectividad.

La duración de la estancia en estos centros no puede superar los seis meses. Solamente, y de forma excepcional, se podrá solicitar una prórroga de la estancia de los beneficiarios acogidos que no podrá superar el tiempo de tramitación del expediente.

## 5.7. LEGISLACIÓN ESPAÑOLA SOBRE LA MGF

El creciente número de población subsahariana originaria de países donde se realiza la MGF torna este problema de salud pública y derechos humanos en una realidad social, hasta hace poco desconocida en nuestro país. En este contexto se crea o modifica legislación con el fin último de prevenir las mutilaciones de los genitales de las niñas. A continuación se citan las normas españolas que actúan sobre el ámbito de la MGF.

- Ley Orgánica 1/1996, del 15 de enero de 1996 de Protección Jurídica del Menor (Jefatura del Estado, 1996), si bien no nombra de forma directa la mutilación genital femenina, según Bénédicte Lucas (2008), “*distingue dos tipos de situaciones de desprotección social del menor que son particularmente relevantes para el caso de la A/MGF: la situación de riesgo y la situación de desamparo. La primera se caracteriza por la existencia de un perjuicio para el menor que no alcanza la gravedad suficiente para justificar su separación del núcleo familiar, y por consiguiente la intervención se limita a intentar eliminar, dentro de la institución familiar, los factores de riesgo. En cambio, la segunda se caracteriza por la gravedad de los hechos que aconsejan la extracción del menor de la familia. Podemos asimilar la sospecha de que una niña va a ser sometida a la A/MGF a una situación de riesgo*” (Lucas, 2008, p. 13).

- Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros (Jefatura del Estado, 2003). Modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (Jefatura del Estado, 1995), incorporando, en su artículo 149.2, la mutilación genital femenina entre los delitos de lesiones, con pena de prisión de 6 a 12 años, pudiendo además ser retirada la patria potestad (de 4 a 10 años) en caso de tratarse de una menor (Jefatura del Estado, 1995, p. 44, 2003, p. 35401).

- 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 (Jefatura del Estado, 2005). Ley creada ex procezo, pues consta de un único artículo, para modificar la Ley Orgánica del Poder judicial al objeto de incorporar al concepto de “justicia universal” en España los hechos relativos a la mutilación genital femenina, que califica de “*grave atentado para los derechos humanos*” (Jefatura del Estado, 2005, p. 24457). Deroga además esta norma cualquier otra que se opusiera a lo que en ella se expone.

- Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la justicia universal. Elimina de la Ley Orgánica del Poder Judicial cualquier alusión directa a la MGF, dejando excluida de la protección de los tribunales españoles los delitos de mutilación genital femenina cometidos fuera del territorio español, al contrario de lo que establecía la anterior Ley Orgánica (Jefatura del Estado, 2005).

### 5.7.1. Leyes autonómicas

- **Comunidad Autónoma de Canarias**

Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género (Comunidad Autónoma de Canarias, 2003). Define, en su artículo 3, la mutilación genital femenina como una de las formas de violencia de género (Comunidad Autónoma de Canarias, 2003, p. 26393), integrando a las mujeres que la sufren en los programas de prevención y servicios sociales que prevé la norma.

- **Comunidad Autónoma de Cantabria**

Ley 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas (Comunidad Autónoma de Cantabria, 2004). En su artículo 3 incluye la MGF como una de las formas de violencia de género (Comunidad Autónoma de Cantabria, 2004, p. 16549).

Tanto la Ley de Canarias, como la de Cantabria, prevén el supuesto de que la mutilación genital femenina, entre otras formas de violencia de género, deje de estar tipificada como “*delito o falta penal o infracción administrativa por la legislación vigente en cada momento*” (Comunidad Autónoma de Canarias, 2003, p. 26393; Comunidad Autónoma de Cantabria, 2004, p. 16549).

- **Comunidad Autónoma de Madrid**

Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid. Incluye las mutilaciones genitales como una manifestación de Violencia de Género contra la mujer. A diferencia de los anteriores edictos, supedita las acciones o conductas que la conciernen “en la forma en que quedan definidas en el Código Penal” (Comunidad de Madrid, 2005, p. 8518).

Así mismo, dispone que se creará un protocolo específico de actuación, si bien en la actualidad, en España, únicamente se encuentran publicados los protocolos de Cataluña (Generalitat de Catalunya, 2007), Navarra (Instituto Navarro para la Familia e Igualdad, 2013) y Aragón (Gobierno de Aragón, 2011).

- **Comunidad Autónoma de Aragón**

Ley 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón (Gobierno de Aragón, 2007). En su articulado queda explicitada la mutilación genital femenina como forma de violencia contra la mujer.

- **Comunidad Autónoma de la Región de Murcia**

Ley 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2008). Incluye, en su artículo 40, denominado Definición y formas de violencia de género, “*la mutilación genital femenina en cualquiera de sus manifestaciones*” (Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, 2008, p. 31927).

- **Comunidad Autónoma de Cataluña**

Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista (Comunidad Autónoma de Cataluña, 2008). Incluye la MGF entre los ámbitos de violencia machista que tiene por objeto la ley. El artículo 75 (Comunidad Autónoma de Cataluña, 2008, p. 25189) establece que el gobierno de Cataluña adoptará medidas para promover la mediación con las familias, garantizar medidas para prevenir y erradicar la práctica, actuar en el ámbito de la cooperación internacional y que se “*contará con mecanismos quirúrgicos para poder hacer frente a la demanda de las mujeres que quieran revertir los efectos de la mutilación practicada*” (Comunidad Autónoma de Cataluña, 2008, pp. 25189–25190).

Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia (Comunidad Autónoma de Cataluña, 2010). La ley dispone en su Artículo 76 que el objeto de la prevención son las situaciones que pongan de manifiesto la probabilidad de que una menor que “*resulte en el futuro víctima de estas prácticas*”. Esta identificación dará lugar a “*una intervención socioeducativa (. . .) con la finalidad de que la familia de la niña o chica sea la que decida no practicarle la ablación o la mutilación genital*” (Comunidad Autónoma de Cataluña, 2010, p. 56402).

- **Comunidad Autónoma de La Rioja**

Ley 3/2011, de 1 de marzo, de prevención, protección y coordinación institucional en materia de violencia en La Rioja (Comunidad Autónoma de La Rioja, 2011). En su artículo 5 incluye la MGF entre las consideradas como formas de violencia, con independencia de su tipificación por la legislación

vigente en cada momento (Comunidad Autónoma de La Rioja, 2011, p. 29565).

- **Comunidad Autónoma de Valencia**

Ley 7/2012, de 23 de noviembre, integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana (Comunitat Valenciana, 2012). Enmarca la mutilación genital femenina como una de las manifestaciones de violencia sobre la mujer, integrando a las mujeres que “*han sido expuestas a mutilación genital*” (Comunitat Valenciana, 2012, p. 84792) en las medidas de protección frente a la violencia contra la mujer establecidas en el marco de la norma.

## 6. CONCEPTOS Y PRÁCTICAS DE PREVENCIÓN. DE LA HISTORIA NATURAL DE ENFERMEDAD AL CUADRO DE LA VULNERABILIDAD Y DERECHOS HUMANOS

El concepto de historia natural de enfermedad Leavell y Clark (1958) demuestra, en la década de los 60 y 70, que la prevención debe estar presente en todos los momentos en que sea posible.

El modelo permite distinguir el periodo *pre-patogénico* (determinantes que potencian el surgimiento de la enfermedad: agente, huésped, medio) y periodo *patogénico*; comprendiendo la prevención primaria, secundaria y terciaria.

- La *prevención primaria* pretende evitar que el proceso patogénico se inicie. Se divide en promoción de salud (incide en las mejoras de las condiciones y calidad de vida: educación para la salud, saneamiento...) y protección específica (vacunación).
- La *prevención secundaria* actúa en el periodo patogénico para mejorar la evaluación clínica y disminuir la diseminación. Para ello se divide en Diagnóstico Precoz para iniciar un tratamiento inmediato y Limitación de la Incapacidad.

- La *prevención terciaria* pretende disminuir las secuelas que la enfermedad haya dejado para aumentar la calidad de vida de los afectados.

Esa concepción fue sustituida en muchos países como un gran avance por el modelo de atención en salud que comprende la atención primaria, secundaria y terciaria (Sistema Único de Saúde (SUS), 1994). Incluyendo, cada una de ellas, los diferentes niveles de prevención.

Al aplicar los distintos niveles de prevención a la mutilación genital femenina, encontramos que la *prevención primaria* correspondería a todas las actividades de sensibilización y educación para la salud destinadas a que las familias conozcan las consecuencias derivadas de la práctica, así como la violación de derechos humanos que supone. Con la prevención primaria se pretende evitar la mutilación de las niñas.

La *prevención secundaria* se da una vez que la niña ha sido mutilada. En estos casos el diagnóstico precoz es fundamental para vigilar los posibles problemas para la salud que se asocian a la práctica y limitar al máximo su efecto.

La *prevención terciaria* pretende disminuir las secuelas de la MGF para aumentar en lo posible la calidad de vida de las afectadas. Una de las medidas de este nivel sería trabajar la salud sexual de estas mujeres.

## 6.1. REFERENTE DE LA PROMOCIÓN DE SALUD

Se formuló un nuevo concepto de Promoción de Salud en el marco del Informe Lalonde (1974). Posteriormente, en 1978 la primera conferencia sobre Atención Primaria de Salud denominada Declaración de Alma Ata (OMS & UNICEF, 1978) recalcó la importancia de la prevención y promoción de salud. Las propuestas fueron impulsadas en las consiguientes conferencias Internacionales sobre Promoción de la Salud: Ottawa (OMS, 1986), Adelaida (OMS, 1988), Sundsvall (OMS, 1991), Jacarta (OMS, 1997), México (OMS, 2000), Bangkok (OMS, 2005) y Nairobi (OMS, 2009).

Es posible sistematizar el resultado de esas conferencias en siete principios que orientaron las políticas a desarrollar por los países firmantes (Sícoli & Nascimento, 2003): concepción integral de salud, intersectorialidad, empoderamiento, participación social, equidad, acción multiestratégica y sustentabilidad.

## 6.2. CONCEPTUALIZACIÓN DE VULNERABILIDAD

El concepto de vulnerabilidad designa un conjunto de aspectos individuales y colectivos relacionados con una mayor susceptibilidad de individuos y comunidades a una enfermedad o agravio que cuentan con menores recursos para su protección (Mann, Tarantola, & Netter, 1992; Mann & Tarantola, 1996; Mesquita Ayres, Franca, Calazans, & Saletti, 2006).

El análisis de riesgo permitió a la epidemiología rápidamente identificar a los grupos más afectados por cierta enfermedad, conformándose como una identidad social los *grupos de riesgo*.

Posteriormente, las estrategias de prevención pasaron a enfatizarse sobre los *comportamientos de riesgo*. La ventaja de esta referencia conceptual fue la posibilidad de universalización de estrategias, desarrollando el aumento de la prevención. Como contrapartida se observó la tendencia a responsabilizar exclusivamente a los individuos, culpabilizándolos.

Sabemos que personas y grupos a los que no se les respetan y garantizan sus derechos tienen peores perfiles de salud, sufrimiento, enfermedad y muerte (França Júnior & Ayres, 2003). Por lo que el cuadro de la vulnerabilidad y su abordaje desde los derechos humanos es responsabilidad de los gobiernos y de programas públicos de salud como parte integrante de los determinantes contextuales y sociales en el proceso de salud-enfermedad.

Mejor que abordar a trazos generales las desigualdades, será comprender lo concreto de las relaciones de género y raciales, de clase y de generación en cada escena de la vida cotidiana con interés en el modo como en cada particular.

El análisis de la dimensión individual de la vulnerabilidad toma como punto de partida la concepción del individuo como ser en relación. En el plano **individual** cada persona es reconocida como sujeto de derechos, para después identificar los aspectos de su vida que la exponen. Como recursos personales tenemos: nivel de conocimientos, escolaridad, relaciones familiares, redes de amistad, relaciones afectivo-sexuales, relaciones profesionales, entre otros.

La **dimensión social** del análisis de las vulnerabilidades se centra en los aspectos contextuales que conforman las vulnerabilidades individuales. En esta dimensión deben considerarse aspectos de relaciones económicas, de género, raciales y étnicos, relaciones entre generaciones, pobreza, creencias religiosas, la exclusión social o los modos que mantienen la desigualdad.

La **dimensión pragmática** del análisis de la vulnerabilidad trata de dar respuesta a como las políticas e instituciones actúan como elementos que reduzcan, reproduzcan o aumenten las condiciones de vulnerabilidad de los individuos en sus contextos.

El cuadro de la vulnerabilidad destaca la perspectiva de los sujetos y de sus contextos de intersubjetividad como una base necesaria para identificar y transformar las relaciones sociales que producen agravios o medios para superarlos.

### 6.3. PREJUICIOS Y VULNERABILIDAD

Marcadores sociales de la diferencia como la raza/color, etnia, género, orientación sexual, posición generacional y clase social, son componentes determinantes en nuestra sociedad para la sustentación de actitudes estigmatizantes y comportamientos discriminatorios que impregnan las relaciones sociales, tanto en la esfera pública como en la privada.

Es importante tener este conocimiento, en primer lugar para no ignorar que cualquier persona puede tener tales valores interiorizados y en segundo lugar para evitar reproducirlos.

Cuando no se previene la discriminación en una acción de prevención o cuidado o la vulnerabilidad programada de segmentos sociales, la discriminación de derechos también aumenta.

#### 6.3.1. Derechos humanos versus prejuicios y discriminaciones

La afirmación de una condición común de libertad y de igualdad “*en dignidad y derechos*” extensibles a todos los seres humanos, “*sin distinción de cualquier tipo*” expresada en la Declaración Universal de los Derechos Humanos (artículos 1 y 2)

promulgada en 1948 (ONU, 1948), dio lugar a una serie de tratados que comparten dicho principio, tales como las Convenciones para la Eliminación de la “*Discriminación contra las mujeres*” (ONU, 1979), “*Contra la tortura y otras prácticas cruentas o degradantes*” (ONU, 1984) de “*los derechos del niño*” (ONU, 1989), “*La eliminación de toda forma de discriminación racial*” (ONU, 1996), entre otros. Estos tratados fueron firmados por España, entre muchos otros países, comprometiéndose a desarrollar políticas públicas que implementasen su resolución y diesen cuenta de forma periódica sobre los objetivos perseguidos.

Pero es evidente que ningún documento, ni los de carácter recomendatorio ni con fuerza legal tiene capacidad por sí solo de garantizar la plena vigencia y actual universalización de los derechos en ellos reconocidos.

La percepción de la existencia de ideologías discriminatorias se advierten especialmente en los grupos potencialmente discriminados. También son reconocidas en ocasiones por gran parte de la población, sin embargo, pocos asumen su propio prejuicio. De tal forma que se construyen los grupos denominados minorías o discriminatorios. Este es el caso de las mujeres, especialmente mujeres de color, inmigrantes, con bajos recursos económicos y que han sido sometidas a mutilación genital femenina, de lo que se las considera responsables, pero también de la mayoría de mujeres que tienen una doble jornada de trabajo, la laboral y el trabajo informal o de cuidado en el hogar. Estas situaciones discriminatorias hacen que dichas mujeres puedan protegerse menos y cuidar menos de su propia salud si no tuviesen apoyo para lidiar con la situación que viven. Esto hace necesario que los programas de salud tengan en consideración la condición de género para poder así disminuir la vulnerabilidad de las mujeres.

### 6.3.2. Superar el racismo y promover la salud de la población negra. Desafíos para trabajar la prevención

La manifestación social del racismo es una discriminación racial, es decir, toda distinción, exclusión o restricción basada en el color/raza y capaz de poner en riesgo las libertades fundamentales y los derechos en cualquier esfera. La manifestación individual de racismo y el preconceito racial se refiere a las percepciones, actitudes y

juicios preconcebidos respecto a personas o grupos de determinada raza/color y que no son fácilmente modificables por la presentación de una evidencia opuesta.

El término desigualdad se refiere a una relación de orden o jerarquía entre dos o más elementos, una comparación de grupos o personas en torno a una variable o característica, es una expresión de diferencias de acceso de personas o grupos a las condiciones necesarias para una vida digna.

El racismo institucional se revela en la incapacidad de las instituciones de incluir en sus cuadros de funcionarios personas de diferente padrón étnico y al prestar un servicio profesional independiente del origen étnico/racial de las personas atendidas por el servicio. Este tipo de racismo puede ser identificado en comportamientos organizacionales que resultan discriminatorios por ignorancia, falta de atención, prejuicio y negligencia (Kalckmann, Santos, Batista, & Cruz, 2007).

Así pues, los profesionales sanitarios deben conocer las enfermedades que afectan especialmente a algunos grupos dependiendo del sexo o de la raza, pero también las situaciones de violencia que afectan a la salud de las mujeres y que están asociadas a una determinada cultura o país de origen, como es el caso de las mutilaciones genitales femeninas. Para no cometer racismo institucional, los profesionales sanitarios han de considerar las especificidades de cada persona y abordar el tema de la MGF ante indicadores de sospecha, como la pertenencia de la mujer a una etnia y país en el que se practique la mutilación genital de las mujeres, entre otras.

### 6.3.3. El principio de equidad como respuesta en salud pública

La noción de equidad expresa el principio de igualdad formal de todos ante la ley. Esta noción considera que las personas y colectivos que se encuentran en circunstancias especiales o que son diferentes, sean reconocidos y tratados de forma especial o diferente por el Estado, a través de acciones volcadas para reducir las diferencias en el acceso a recursos diversos para una vida digna.

La superación del racismo en los servicios de salud y el alcance de la equidad entre usuarios negros y blancos exigen esfuerzo y compromiso de los gestores y

profesionales de salud, que deben realizar un conjunto de acciones articuladas y complementarias.

Un ejemplo de estos esfuerzos para conseguir superar el racismo institucional es el sistema de salud de Brasil, en el que está implantada la cuestión de la raza/color en los sistemas de información en salud y bancos de datos sobre la población, que permite evidenciar las especificidades de diferentes grupos raciales, posibilitando la adopción de programas y políticas públicas específicas y por tanto su carácter estructural para realizar otras iniciativas. Si bien, para que esto funcione, las personas encargadas de recolectar la cuestión deben ser entrenadas para ello y los ciudadanos que responden a la cuestión deben comprender su importancia para una atención integral a su persona.

La población negra debe ser abordada en su condición específica. En este sentido, los derechos humanos ofrecen un punto de referencia para identificar situaciones potenciales de vulnerabilidad, es decir, los marcadores de violación de derechos son una guía para la planificación de acciones.

#### 6.4. COMPRENDER Y REDUCIR LA VULNERABILIDAD DESDE LA PERSPECTIVA DE LOS DERECHOS HUMANOS

Las prácticas en salud tienen la urgencia de considerar la subjetividad de los usuarios y su contexto sociocultural, en especial en situaciones de pobreza, de relaciones de género desiguales, del color de la piel y de religiosidad, entre otros factores.

Boaventura de Souza Santos (2002) propone una “*Concepción multicultural de derechos humanos*” que adoptamos en la metodología de las escenas. Su concepción reconoce el dilema al que nos enfrentamos entre las exigencias de reconocimiento de la diferencia y de la afirmación de igualdad en la promoción de los derechos, sin perder de vista la dimensión, al mismo tiempo, universal y particular, global y local de los derechos humanos.

El autor propone reinventar los derechos humanos como un lenguaje de emancipación y con un sentido distinto de aquel pretendido por la Declaración Universal producida en el Siglo XX. Es decir, la opresión no sería solo la libertad de

los estados totalitarios o de la opresión de un pueblo sobre otro o incluso de la opresión de clases. De este modo, la emancipación en este nuevo abordaje de derechos humanos definiría un proceso permanente de visibilización de opresores y de exclusión de la jerarquización (de Souza Santos, 2005).

En ese contexto histórico, con el proceso de globalización tenemos el desafío de dar cuenta de la diferencia y de la igualdad de la humanidad que compartimos entre la exigencia del reconocimiento de la diferencia y el imperativo de una distribución que no reproduzca desigualdades, que compatibilice derechos colectivos con derechos individuales, que permita la realización de la igualdad. El desafío será garantizar encuentros para la prevención y promoción de la salud que reconozcan las diferencias sin promover las desigualdades y la violación de derechos.

La declaración universal de los derechos humanos consideró la dignidad como elemento central en su definición de humanidad con derechos, sin contar con la diversidad. Pues en esa época los derechos humanos eran un globalismo localizado, ya que no todas las culturas poseen nociones de dignidad humana en términos de derechos humanos.

Las desigualdades sociales se traducen en vulnerabilidad, pues es conocido que los obstáculos para el cuidado y autocuidado de salud son más frecuentes en los contextos de mayor violencia simbólica y estructural.

El impacto de la desigualdad en las relaciones de género y raciales así como de pobreza está relacionado con el aumento de la vulnerabilidad social o enfermedad. Esa debe ser una información disponible para las personas que buscan la atención a la salud y debe abordarse dentro de proyectos de prevención.

La persona en su contexto configura su escena cotidiana, éstas están configuradas por la vulnerabilidad social (cultural, política y económica), individual (intersubjetividad, dimensión de sujeto de derechos) y programática o institucional.

La mayoría de las acciones para la promoción de la salud, cuando tienen impacto, modifican primeramente el plano simbólico y cultural y no inmediatamente las conductas individuales. Personas influyen a personas en sus redes de interacción por el “efecto viral” de las narrativas y actuaciones cargadas de sentidos. Los comportamientos son posicionados teórica y empíricamente como fenómenos

intersubjetivos, impregnados por la forma como el cuidado a la salud, son organizados en contextos sociales y culturales locales.

El cambio es visto y esperado no solo por medio de las transformaciones individuales. Especialmente en las comunidades estigmatizadas, mudar implica desafiar escenarios locales (Antunes y García). El proceso de mudanza cultural e institucional es muy lento, este abordaje desafía el fatalismo y la pasividad y puede aumentar la fuerza de aspiración de las personas, creando espacios sociales distintos e innovadores.

## 7. ENFERMERIA ANTE LA MGF

Desde organizaciones como la OMS se insta a las organizaciones profesionales, entre las que menciona los consejos de enfermería, a promover guías éticas de actuación y la formación en la práctica clínica ya que considera que los profesionales de la salud tiene un importante papel en la prevención de la MGF y en el apoyo e información a los pacientes y a la comunidad sobre los beneficios de la eliminación de la MGF, proporcionando a las mujeres información sobre su salud reproductiva y sexual, facilitando que entiendan las funciones naturales de su cuerpo y las consecuencias perjudiciales de la MGF.

### 7.1. CONSEJO INTERNACIONAL DE ENFERMERAS RESPECTO A LA MGF

El colectivo de enfermeras a través del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) ha declarado su oposición a la MGF y a la tendencia a considerarla una “*práctica médica*”, es decir, los casos en que las mutilaciones de los genitales femeninos son realizadas por profesionales sanitarios o en centro sanitario, puesto que la medicalización de la MGF sigue siendo un daño intencionado de partes sanas del cuerpo y vulnera los derechos de mujeres y niñas representando una discriminación hacia el sexo femenino fuertemente arraigada. Considerándose la medicalización de la MGF una forma de aceptar dichas vulneraciones de derechos. La oposición del CIE se hace efectiva a través de la declaración titulada “Eliminación de la mutilación genital

femenina” (CIE, 2010) en la que realiza una descripción del problema en cuestión y su oposición a esta cruenta práctica perjudicial para la salud de las mujeres y niñas.

Otros colectivos de profesionales sanitarios se han unido a este posicionamiento, tales como la Confederación Internacional de Matronas o la Asociación Médica Mundial.

## 7.2. CÓDIGO DEONTOLÓGICO DE ENFERMERÍA ESPAÑOLA

El Código Deontológico de la Enfermería (CIE, n.d.) es un instrumento que puede aplicarse a la MGF abogando por la protección de las mujeres en riesgo de MGF. El prólogo reconoce el papel de la enfermería en la sociedad, con responsabilidades enfocadas a la prevención, mantenimiento de la salud, atención, rehabilitación e integración social, educación para la salud y en cuanto a la formación en investigación. Aplicando esto al problema de estudio, las enfermeras presentan un compromiso para prevenir que más niñas sean sometidas a esta cruenta práctica, atender y rehabilitar las consecuencias para la salud que sufren las mujeres ya mutiladas, así como realizar educación para la salud, formación e investigación que contribuyan a la erradicación de esta tradición.

Así el Código Deontológico afirma que los programas de enfermería deben enfatizar en la participación activa en la sociedad, la adquisición de un compromiso profesional serio y responsable, el reconocimiento y aplicación de los principios de ética profesional y la adopción de un profundo respeto por los derechos humanos. Entre los deberes que recoge se encuentra los artículos 4 y 5, que hacen referencia al deber de las enfermeras de reconocer la libertad y la igualdad en dignidad y derecho de las personas y consecuentemente proteger al paciente de posibles tratos humillantes, degradantes, o de cualquier otro tipo de afrentas a su dignidad personal, como es la MGF.

También se reconoce en el artículo 14 del Código Deontológico que todo ser humano tiene derecho a la vida, a la seguridad de su persona y a la protección de la salud. Lo que queda vulnerado en los actos de mutilación genital femenina que producen graves consecuencias para la salud, pudiendo llegar incluso a la muerte.

Además el Código aboga por los derechos de las niñas en sus artículos 38 a 40, en los que se compromete a salvaguardar los derechos de los/as niños/as, protegerlos/as de cualquier forma de abusos y promover la salud y el bienestar familiar a fin de que en dicho núcleo los/as niños/as sean deseados/as, protegidos/as y cuidados/as de forma que puedan crecer con salud y dignidad. Así mismo, la no medicalización de la MGF quedaría recogida en el artículo 49, que refiere que ninguna Enfermera podrá participar en cualquier forma de tortura y métodos que permitan someter a sesiones de sufrimiento a cualquier ser humano. Por último, resulta de vital importancia el artículo 53, de salvaguarda de los derechos humanos por parte de los profesionales sanitarios de enfermería.

### 7.3. ACTUACIÓN DE LAS ENFERMERAS ANTE LA MGF

Las enfermeras, como ciudadanas y proveedoras de una atención sanitaria basada en la adopción del respeto hacia los derechos humanos, deben tomar un papel activo en la prevención e investigación de las diferentes prácticas perjudiciales que afectan a la salud, la libertad y la dignidad de las personas.

Dentro de los profesionales de la salud, los servicios de Pediatría y Obstetricia, Ginecología, y de Atención Primaria (AP) son los mejor situados para la detección de mujeres que han sufrido esta práctica y de niñas en riesgo de MGF.

Los/as profesionales de los servicios de AP y en concreto los de Enfermería, tienen la posibilidad de trabajar directamente sobre la población de riesgo en el fomento de la prevención de la MGF, mediante la creación de una relación de confianza a lo largo de las visitas pautadas en el Programa de Atención al Niño y al Adolescente (PANA), teniendo así, la posibilidad de hablar del tema e indagar sobre las perspectivas y motivaciones de la familia en este aspecto.

Enfermería en su ejercicio profesional debe salvaguardar los derechos de las personas, y en el caso de la MGF, puede desarrollar un papel fundamental en la identificación de situaciones de riesgo, mediación y desarrollo de nuevos conocimientos más cercanos a las realidades culturales de las familias que la practican y que tienen su residencia en España. Debe promover la salud y el bienestar familiar para que en dicho núcleo las niñas sean deseadas, protegidas y cuidadas de forma que

puedan crecer con salud y dignidad, debe favorecer la sensibilización, la formación y la búsqueda de herramientas y medios necesarios para que los/las profesionales de Enfermería y de otros sectores puedan trabajar de forma efectiva y respetuosa en su erradicación.

Los enfermeros de España y de Europa se encuentran ante nuevos problemas de salud, hasta ahora desconocidos, que son frutos de la globalización actual. Es por ello que nuestra disciplina debe desarrollar competencias en materia de Enfermería Transcultural. Pues la formación e investigación en esta rama capacita para trabajar de forma holística y tolerante, asegurando la protección de los derechos humanos de toda la población y ajustando su respuesta y sus cuidados a las necesidades reales del total de la ciudadanía. Más concretamente en el ámbito de la prevención de la MGF, la utilización de los marcos culturales adecuados y utilizando las nuevas habilidades de valoración integral de los/las usuarios/as de los servicios sanitarios, es posible desarrollar cuidados enfermeros competentes con la cultura mediante la adaptación y negociación de los cuidados culturales o la reorientación o reestructuración de estos.

## **8. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

En la actualidad los movimientos migratorios y los procesos de globalización han permitido que la MGF sea cada vez más conocida y practicada en regiones occidentales, teniendo un número importante de mujeres mutiladas y en riesgo de mutilación en España, así como en la Región de Murcia. Este hecho ha creado en algunos sectores sociales y profesionales, como en las ciencias de la salud, y en particular, en enfermería, la necesidad de conocer este nuevo problema que afecta a la salud y compromete los derechos de las mujeres.

## 10. OBJETIVOS

### 10.1. OBJETIVO GENERAL

El objetivo del presente trabajo es identificar los conocimientos, actitudes y experiencias respecto a la mutilación genital de un grupo de mujeres originarias de los países africanos al sur del Sahara, donde es una práctica tradicional.

### 10.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Para la consecución del objetivo general se proponen los siguientes objetivos específicos.

- Contextualizar la vivencia de la mutilación genital femenina desde las mujeres participantes.
- Contribuir al entendimiento de las justificaciones que defienden la continuidad de la práctica.
- Determinar las repercusiones para la salud relacionadas con la mutilación genital femenina.
- Conocer la influencia de la mutilación genital femenina en la vida sexual y reproductiva de las mujeres.
- Analizar la información que presentan estas mujeres sobre MGF, así como los factores que intervienen en la perpetuación o erradicación de la práctica

# II

## CAPÍTULO II. DISEÑO METODOLÓGICO



## 1. METODOLOGÍA

El presente estudio es de tipo descriptivo y naturaleza cualitativa una vez que focaliza el universo de los significados, motivos, aspiraciones, ciencias, valores y actitudes (Minayo, Deslandes, Cruz Neto, & Gomes, 2002)

Estudiando a Richardson, Peres, Wanderley, Correia y Peres (1999) encontramos que además de lo referido anteriormente, con el abordaje de esta metodología, es posible describir la complejidad de la MGF, comprender y clasificar procesos dinámicos vividos por el grupo de estudio y posibilitar, en mayor nivel de profundidad, el entendimiento de las particularidades del comportamiento de los individuos.

En este abordaje optamos por el método de Historias de Vida. La elección de este método se debe al interés de conocer la experiencia y el punto de vista de las participantes, dándoles voz, con el fin de que relaten los hechos y la forma en que los vivieron, a partir de su propia visión del mundo que las rodea.

El inicio de la Historia de vida se da en el siglo XIX, cuando los antropólogos registraban relatos de vida asociados a la expansión colonial. Es a partir de 1920 que este método tuvo un gran desarrollo entre los antropólogos americanos, objetivando el registro del testimonio de culturas en extinción.

En los años 30, la historia de vida comenzó a utilizarse por los estudiosos de sociología, insertándose este método en las bases científicas de la Escuela de Chicago. Datan de 1938 los primeros estudios individuales hechos por Henry Murray (1938), utilizando las narrativas de vida con el propósito de comprender el desarrollo de la personalidad humana. Desde entonces, estudiosos como Gordon Allport (1942), Bertaux (1980), Sarbin (1986) y Brunner (1986), entre otros, vienen desarrollando investigaciones con el método.

En Francia se publicaron trabajos que utilizaban el método historia de vida, originándose el término francés "*histoire*" que, al ser traducido para el inglés, se presenta en forma de otras dos expresiones: *story e history* (Bertaux, 1980, p. 200).

En 1970, el sociólogo americano Denzin (1970) propone entonces la diferenciación de estos dos términos. Para el investigador, *life history* comprende los estudios de caso sobre una determinada persona, utilizando no solo su relato, sino también documentos y testimonios de otras personas que puedan certificar lo que fue narrado por el sujeto de estudio. Mientras que *life story*, también traducida como “*narrativas de vida*” permite la valorización de los testimonios y relatos de los sujetos, solamente desde el punto de vista del que narra los hechos, sin necesidad de comprobación de los mismos. Esta última es la escogida en nuestra investigación.

Brioschi y Trigo (1987) refieren que existe una gama de variaciones de uso de la técnica, dentro de la visión sociológica, teniendo como principales modalidades: primeramente, el relato de vida en la forma más pura y libre, a través de la obtención de entrevista, donde el investigador aborda al entrevistado pidiéndole que “hable de su vida”, interfiriendo lo mínimo posible durante la narrativa. De esta forma el material que proporciona el entrevistado, propicia la construcción de las categorías, el orden cronológico y distribución del tiempo. Hay también, con una pequeña diferencia, todavía dentro de este principio, la solicitud de que el narrador hable de un aspecto específico de experiencia de vida. En el presente estudio, la entrevistadora pide a la entrevistada que cuente la historia de su vida relacionada con la mutilación genital femenina. Con todo, también le es dada la misma libertad de creación de las categorías y temporalidad de la narración, limitándose igualmente al mínimo la interferencia del investigador. Otra modalidad diferente de los anteriores usos de relato de vida es que el entrevistado de su testimonio sobre la vivencia de su participación en determinada institución. Esta forma se considera entre el método biográfico y la historia oral (Brioschi & Trigo, 1987, p. 636).

El desarrollo del método no se dio exclusivamente por la Antropología y Sociología, sino que posteriormente la historia de vida se desarrolló en otros ámbitos como la Enfermería y la Educación. En lo que concierne a la Enfermería, Santos (2003) afirma que “*el método posibilita descubrir aspectos normalmente no considerados en el día a día de nuestras actividades*”. Si pretendemos actuar de forma resolutiva, es importante que valoremos todas las informaciones que podamos obtener de nuestros clientes. Del mismo modo, si pretendemos conocer la vivencia y experiencia que una persona tuvo o tiene de un determinado hecho o acontecimiento, nada mejor que escuchar su testimonio.

Todavía con relación a la Enfermería, Spindola (2002, p. 59) añade que las investigaciones *“han buscado una mayor proximidad con los sujetos de estudio, buscando escucharlos y no apenas tratarlos como simples objetos de investigación, en una relación impersonal y fría. Por esto se ha utilizado el método Historia de Vida como abordaje metodológico que propicia la interacción de los sujetos con el investigador, además de establecer un diálogo entre ellos”*.

Es posible afirmar entonces que el método posibilita a la enfermera, ejercitar la escucha atenta, la capacidad de aprender, a través de la observación y captación de los datos que los clientes puedan proporcionarnos, la problemática real, y entonces actuar de forma consciente y competente.

Esta afirmación va al encuentro del pensamiento de Glat (1989, p. 31), que resalta que el método se diferencia y destaca por el respeto que el investigador tiene hacia la opinión del sujeto, no siendo éste objeto pasivo de estudio, sino que, el investigador y el sujeto se complementan y modifican en una relación dinámica y dialéctica.

Por ello, el conocimiento de las vivencias que estas mujeres presentan con la mutilación genital femenina, traerá enormes contribuciones para la adecuación de nuestra práctica, dependiendo directamente de la forma como trabajamos las informaciones obtenidas. Brioschi y Trigo (1987) afirman que en la interpretación de las informaciones, el investigador deberá seleccionar, los hechos más relevantes, y los significados atribuidos a ellos.

En este estudio, el método sin duda, ha posibilitado el descubrimiento de los hechos en situaciones complejas presentes en el contexto de vida de estas mujeres que fueron sometidas a mutilación genital femenina, descubriendo factores determinantes y condicionantes implicados en la problemática. Estas informaciones servirán de apoyo para la posterior elaboración de una forma de asistencia más humanizada, pautada en la individualidad y especificidad de cada mujer con problemas relacionados con la mutilación genital femenina.

### 1.1. HISTORIA DE VIDA

Bertaux (1980) define el método de historia de vida como un procedimiento metodológico que utiliza la historia de una vida, que narra al entrevistador la experiencia del sujeto, llevando la investigación a enfocar el punto de convergencia o divergencia de los seres humanos, en sus condiciones sociales, de cultura y de praxis, en el contexto de las relaciones socio-simbólicas y la dinámica histórica.

Corroborando esa afirmativa, Camargo (1984) evidenció que la narrativa de vida representa la mejor manera de comprender la cultura desde dentro como un conjunto vivo, regido por la armonía del interior, no como un conjunto arbitrario de costumbres e instituciones, cuya realidad es apenas percibida. Por eso, la autora afirma que en las historias de vida, lo que perdemos en confiabilidad estadística se gana en fructífera interacción entre datos empíricos y proposiciones teóricas.

La narrativa de vida como método consiste en solicitar a los sujetos de investigación que cuenten un relato de su vida relacionado con un determinado fenómeno, que en este caso es la vivencia de las mujeres con la mutilación genital femenina. En la construcción de una historia de vida es relevante el modo en que el individuo representa los aspectos de su pasado que considera importantes para su situación actual (Glat, 1989). El sujeto relata parte de su existencia de acuerdo a las demandas de la investigación.

La elaboración de una narrativa de vida es una forma singular de cómo el individuo reproduce determinados aspectos de su pasado que considera relevantes para la situación presente (R. da S. Santos & Glat, 1999). De esta forma, el sujeto formula reflexiones sobre su vida, en cuanto lo narra en el contexto del presente, liberando su pensamiento crítico, que además de seleccionar los hechos determina el significado atribuido a ellos, realizando un verdadero balance de su vida. En esta dinámica, la historia de vida permite al informante retomar su vivencia de forma retrospectiva, con una exhaustiva interpretación, pudiendo reestructurar su visión del pasado, presente y futuro.

Cabe destacar que, particularmente, la historia de vida permite que el direccionamiento del estudio sea dado por los sujetos, a partir de su óptica del mundo y cómo este lidió en particular con los acontecimientos en su vida (Barreto, 2008). La

función del entrevistador es de incentivo, llevando al informante a hablar sobre un determinado asunto, sin, entretanto forzarlo a responder.

La historia de vida en esta línea de raciocinio baja al investigador de su pedestal de dueño del saber, dándole valor a lo que el sujeto tiene que decir sobre su vida (Glat, 1994). En este caso, no es la investigadora la que tiene el control de la situación, al contrario, todo el estudio es dirigido por la entrevistada, a partir de su visión del mundo, de cómo vivenció los hechos, cómo se integran estos hechos con el presente, así como sus percepciones de causa y efecto.

La narrativa de vida, utiliza una perspectiva etnosociológica con el objetivo de estudiar un fragmento de la realidad social histórica y no sólo la individualidad y/o la singularidad de determinados grupos. El término “*perspectiva etnosociológica*” es utilizado para designar un tipo de investigación empírica sustentada en la investigación de campo y en los estudios de caso, que se inspira en la tradición etnográfica en sus técnicas de observación, pero que construye sus objetivos por referencia a problemáticas sociológicas (Bertaux, 2010).

Dentro de los métodos biográficos, la autobiografía es la forma estricta y autorreflexiva en la que el sujeto da un vistazo retrospectivo a la vida pasada, considerando su contexto como una totalidad. En la Narrativa de Vida etnosociológica, de forma oral y más espontánea, el investigador solicita al sujeto que relate sus experiencias pasadas a través de lo que el autor designa un “*filtro*” (Bertaux, 2010).

Este filtro a través del cual el sujeto relata su historia es el conocimiento, que se produce durante el primer contacto de la entrevistadora-entrevistada, del objetivo de la investigación. El interés del investigador y el objetivo del estudio se explica antes de comenzar con la entrevista abierta, todas las explicaciones para disipar dudas, el objetivo de estudio y el consentimiento de participación se transforman en un pacto entre entrevistado y entrevistador. Este pacto filtra, orienta y determina una entrevista, siendo del sujeto la decisión de hablar o no de un determinado asunto en cuestión (Bertaux, 2010).

La hipótesis fundamental de la perspectiva etnosociológica considera que las lógicas responsables por regir el conjunto del mundo social o mesocosmo actúan igualmente en cada uno de los microcosmos que lo componen. Al observar de modo más profundo, aunque solamente sean algunos de esos microcosmos, se conseguirán

identificar algunas de las lógicas sociales del propio mesocosmo. Con todo, a fin de evitar errores a partir de generalizaciones acerca de un mundo social, a partir de las características de un determinado microcosmo, debemos ampliar los campos y compararlos entre sí (Bertaux, 2010).

Es fundamental intentar pasar de lo particular para lo general, descubriendo las formas, relaciones, mecanismos, lógicas de acción, lógicas sociales y procesos recurrentes susceptibles que se encuentren igualmente presentes en numerosos contextos similares. En este contexto, Glat (1989) afirma que la entrevista a un individuo trae directa o indirectamente una cantidad de valores, definiciones y actitudes del grupo al cual el individuo pertenece. Así, mediante la valorización del conocimiento de las vivencias y experiencias de cada individuo en particular, el método historia de vida permite proyectar esta realidad singular, para una realidad igualmente posible al grupo social en el cual este individuo está insertado. Es por esto que Bertaux (2010) resalta que, este tipo de abordaje busca aprender lo que sucede socialmente con determinados grupos.

En este tipo de abordaje, la meta no es buscar hipótesis previamente construidas, como en el caso del abordaje hipotético-deductivo que inicialmente desarrolla hipótesis en función de teorías ya existentes. Al elegir el abordaje etnosociológico, el objetivo del investigador es buscar una parte de la realidad socio-histórica de la cual, a priori, todavía desconoce. Lo que el investigador dio inicialmente como verdadero, son estereotipos, preconcepciones y otras representaciones sociales colectivas que fueron sacadas de modo inadvertido de su contexto cultural. Por tanto, esta es precisamente una de las virtudes de este tipo de investigación, cuya primera preocupación es aislar, para después traer al espacio público elementos de conocimiento objetivo y crítico apoyados en una observación concreta (Bertaux, 2010).

Para que sean válidos los resultados de esta metodología, no se debe revisar la cantidad de relatos acumulados, sino su buena organización, de modo que permita compararlos, con el objetivo de buscar lo que hay de general dentro de lo específico, buscando, a veces, similitudes o diferencias. Este fenómeno de múltiples percepciones de la realidad es básico y recibe la denominación de “*diferenciado*”, donde personas que han vivido una misma situación, tienen la posibilidad de desempeñar papeles y

ejercer sus actividades de modo bien distinto, debido a las diferencias de su personalidad (Bertaux, 2010).

Para una buena organización de la historia de vida relatada, el investigador debe buscar pacientemente la diacronía de los hechos, refiriéndose ésta al suceso temporal de los acontecimientos. En muchas ocasiones los sujetos no narran sus historias de vida de forma lineal, sino que pueden saltar y retroceder a lo largo de su narrativa. Durante el transcurso de la entrevista, se debe dar al sujeto la oportunidad de que éste proporcione los elementos necesarios para la reconstrucción de la diacronía, no importunarlo, sin embargo, con constantes preguntas sobre las fechas precisas de los acontecimientos (Bertaux, 2005).

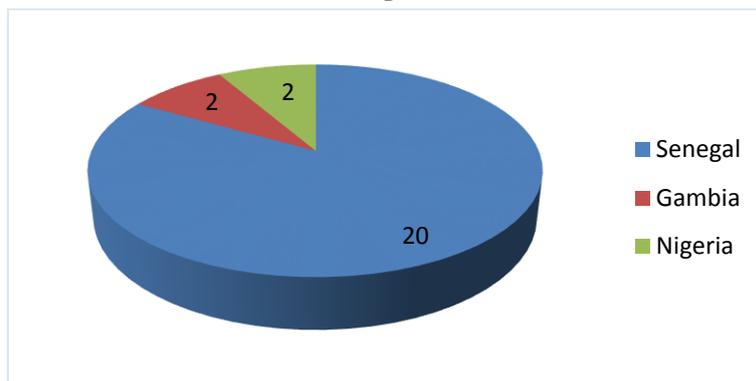
## 1.2. POBLACIÓN DE ESTUDIO

La población de estudio se compone de mujeres de origen subsahariano, que residen en la Región de Murcia (España).

En cuanto al ámbito geográfico, se ha limitado a la Región de Murcia, existiendo una doble motivación a la hora de realizar esta acotación territorial. La primera corresponde a motivos de conveniencia, dada la proximidad territorial y la posibilidad de contar con la ayuda de informadores claves. La segunda, está relacionada con el aumento de la población femenina originaria de países donde se practica la MGF en la Región de Murcia desde 2010 a 2013.

Los sujetos de la investigación son 24 mujeres residentes en la Región de Murcia, 2 de ellas procedentes de Nigeria, 2 procedentes de Gambia y las 20 restantes de Senegal. Suponiendo las mujeres senegalesas el 83,33 % de la población del estudio y las mujeres de Gambia y Nigeria un 8,33% respectivamente.

**Gráfica 7. Países de origen de las entrevistadas.**



**Fuente:** Elaboración propia.

El contacto se realizó con distintas asociaciones de mujeres africanas transmitiéndoles a las presidentas de dichas asociaciones la finalidad del estudio y respaldo ético que presenta. La presidenta de cada una de las asociaciones con las que nos pusimos en contacto nos invitó a una reunión mensual para que explicásemos el estudio y la posibilidad de participar en él. Al final de la reunión las mujeres que se mostraron interesadas nos proporcionaron sus datos de contacto para poder establecer la fecha de la realización de la historia de vida por medio de entrevista.

Las entrevistas se realizaron de forma individual y el lugar, a elección de las participantes del estudio, en sus casas, siempre en ausencia del marido y, en ocasiones con la presencia de los hijos menores. El empleo de Historias de vida en el presente estudio posibilitó que las entrevistadas se sintieran cómodas para expresar sus visiones y vivencias al respecto de la mutilación genital femenina, rescatando memorias del pasado, reflexionando el presente y proyectando hacia el futuro la perpetuación o no de la práctica en sus hijas.

***Criterios de inclusión:***

- Mujeres adultas originarias de países donde se realice habitualmente la MGF.
- Haber vivido, al menos hasta los 18 años, en su país de origen.
- Haber sufrido la MGF o tener vastos conocimientos sobre ella a raíz del contacto personal con mujeres que la han sufrido.
- Comprensión del español, el francés o presencia de un traductor durante la entrevista.

### 1.3. TIPO DE MUESTREO

La población de estudio no estaba definida al inicio de la investigación, sino que se han realizado entrevistas hasta llegar a la saturación de la información, produciéndose dicha saturación cuando las narrativas no revelan más valores relativos al conocimiento sociológico del objeto social (Bertaux, 2005).

La selección de los sujetos de la investigación no se hizo de forma aleatoria, debido al carácter de la investigación y a las dificultades a la hora de entrar en el campo de estudio, por lo que los sujetos han sido escogidos mediante muestreo selectivo. El empleo de este tipo de muestreo se basa en la utilización de los criterios de inclusión precisos, con el fin de obtener los datos esenciales que ayuden a comprender en mayor medida ésta determinada área de experiencia. Posteriormente se incorporaron una serie de participantes por muestreo en “bola de nieve”.

### 1.4. ASPECTOS ÉTICOS

El estudio cuenta con la emisión de un informe favorable de la Comisión de Bioética de la Universidad de Murcia (Anexo I) en 2012.

Así mismo, se tuvieron en cuenta consideraciones éticas con los sujetos del estudio.

Previamente a comenzar las entrevistas se explicó a cada participante los objetivos y la metodología del estudio.

La información fue facilitada de forma oral y escrita, mediante una conversación previa con los participantes y una Carta de presentación del estudio (Anexo I). Se tuvo en cuenta la comprensión de la información facilitada por parte de los participantes, explicando la información de forma clara y accesible, también se ofreció la carta de presentación del estudio en otros idiomas de preferencia idiomática como el inglés o el francés. Se informó de la voluntariedad como requisito para participar en el estudio y se solicitó permiso para grabarlas con grabador de voz.

Posteriormente se les facilitó dos copias de la “Declaración de Consentimiento Informado” (Anexo II), una para la participante, con el fin de que tenga referencia del

escrito, y otra debidamente cumplimentada y firmada por la entrevistada para el investigadora.

Igualmente, se les informó de que sus datos personales serían protegidos e incluidos en un fichero sometido a las garantías de la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de Diciembre de Protección de Datos, aprobada por la Jefatura del Estado español y publicada al día siguiente en el Boletín Oficial del Estado (Jefatura del Estado, 1999)

Otra de las cuestiones que se han tenido en consideración para proteger la confidencialidad de las participantes es la asignación un código para cada entrevista.

### 1.5. LIMITACIONES DEL ESTUDIO

En primer lugar, durante el proceso previo de revisión bibliográfica, se han encontrado pocos estudios de calidad relacionados con este tema, lo que nos ha llevado a la utilización de guías y protocolos para completar los vacíos de conocimientos dentro del marco teórico.

La segunda está relacionada con la accesibilidad, tanto al campo de estudio como a las posibles informantes clave, dado el número reducido de población originaria de países donde se lleva a cabo la práctica; la posibilidad de situación irregular de las mismas; y la posibilidad de no participación de algunas de ellas por motivos morales o de autoprotección.

La tercera dificultad obtenida fue la barrera idiomática a la hora de mantener las conversaciones y realizar las entrevistas. También se tiene en cuenta la posibilidad de que las participantes no digan toda la verdad o no sean del todo sinceras sobre su posición con respecto a la MGF, dada la ilegalidad de la misma en España.

### 1.6. INSTRUMENTOS Y PROCESOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La información ha sido obtenida directamente de las participantes que atendían los criterios de inclusión y que aceptaron voluntariamente formar parte del estudio, mediante las siguientes técnicas:

- **Conversaciones informales**

Incluyen llamadas telefónicas, correos electrónicos, charlas coloquiales y citas informales con las informantes clave. Durante estas charlas se expuso la temática del estudio, se pidieron opiniones al respecto y se pautaron nuevas citas con diferentes participantes.

- **Cuestionario de información socio-demográfica (Anexo IV).**

El diseño del cuestionario ha sido concebido de forma que permita obtener información útil a la hora de conseguir el perfil de las participantes con el fin de verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y de conseguir información valiosa que nos guíe en las entrevistas. El cuestionario consta de información referente a: código de identificación asignado a la participante, fecha de la entrevista, lugar de la entrevista, país de origen, edad, religión, estado civil, número de hijos/as, tiempo de residencia en España, situación laboral y nivel de estudios.

- **Historia de vida**

La historia de vida se efectuó, por medio de la entrevista abierta, en la cual se solicitó al sujeto que hable libremente sobre su vida o sobre un determinado periodo o acontecimiento en el cual participó (Breilh, 1995; Glat, 1994).

La entrevista abierta consiste en establecer una interacción social, constituye la trama de las relaciones humanas, en un proceso de comunicación donde se encuentran, por un lado, la investigadora, y por otro, la entrevistada, que relata algún hecho de su existencia de acuerdo con las demandas del estudio. De esta forma, la pregunta que se hace a los sujetos de la investigación es: “*Cuénteme su historia relacionada al hecho de la mutilación genital femenina*”.

Pese que la OMS, defensores de los derechos humanos y grupos feministas defienden la terminología “mutilación genital femenina” para referirse a la práctica, siendo este término adoptado también por el Comité Inter-Africano sobre las Prácticas Tradicionales que afectan a la Salud de la Mujer y los Niñas, anteriormente a la realización de la cuestión para que la mujer comience su narrativa de vida, se pregunta a la participante con qué nombre denomina a esta

práctica, sustituyendo, durante toda la entrevista, el término “mutilación genital femenina” por el que la mujer refiere.

La elección de modificar “mutilación genital femenina” en la pregunta abierta viene determinada porque en muchas ocasiones, las poblaciones que la practican no la perciben como mutilación, sino como una modificación de los órganos genitales realizados para satisfacer cánones de belleza, higiene y orden social, en la que se inserta la construcción del género profundamente arraigada en la cultura (La Barbera, 2010) y la palabra “*mutilación*” puede entenderse como un juicio estigmatizante de su cultura, lo que podría dificultar el establecimiento de diálogos interculturales.

Llegados a la fase de la historia de vida, la mujer conoce el objetivo de estudio, por lo que en muchas ocasiones comienza a contar su vivencia directamente sin pregunta previa.

Durante la entrevista abierta no se utilizan padrones ni guías predeterminadas, sino que la informante discurre libremente sobre el tema que le es propuesto. La entrevistada tiene también, la libertad para desarrollar la narración en cualquier dirección que considere adecuada, lo que permite explorar más ampliamente la cuestión. El orden de los asuntos abordados no obedece a una secuencia rígida, y sí es determinada frecuentemente por las propias preocupaciones y énfasis de las entrevistadas. Puesto que en la narrativa espontánea, el sujeto puede caminar por distintos asuntos, yendo y viniendo, es necesario que el investigador elabore sus propias técnicas gráficas para representar la estructura diacrónica de la narrativa (Bertaux, 2010).

La interferencia de la entrevistadora se limitó al mínimo indispensable, pues el material obtenido tiene que ser un discurso donde las categorías, orden cronológico y distribución del tiempo son dadas por la narradora. Es importante explicar a los sujetos que pueden hablar de lo que consideren importantes para ellos. El investigador que utiliza la historia de vida debe tener siempre presente que quien está en la posición de dirigir es el sujeto de estudio, que debe hablar de lo que es importante para él (Ribeiro & Santos, 2000).

Los instrumentos utilizados para la recopilación de las narrativas de vida fue el diario de campo y el grabador de voz, pues según Santos y Santos (2008) esta técnica permite que el entrevistador preste más atención al testimonio, además este instrumento permite preservar todos los detalles de las historias narradas. Tras la grabación, los relatos fueron transcritos inmediatamente, iniciando su análisis y categorización puesto que en esta modalidad de investigación, el análisis se inicia tempranamente y se desenvuelve paralelamente a la recolecta de las narrativas (Bertaux, 2010).

Tras la transcripción de las primeras entrevistas, se realizó una pausa en las transcripciones de las entrevistas siguientes para iniciar las retranscripciones recomendadas por Bertaux (2010). Estas consisten en prestar la máxima atención a las palabras que faltan, las indicaciones de silencio, la duración y la entonación, las cuales se encuentran señaladas en las entrevistas como pausas, pequeñas pausas, entonaciones de voz e incluso los posibles sentimientos expresados por las mujeres en el transcurso de la narración. También se señalaron sus momentos de distracción a través de risas.

Cabe destacar, que para la realización de las transcripciones también se tuvieron en cuenta las anotaciones realizadas en el diario de campo, en el cual se registraba sutilmente durante la entrevista, con el fin de no causar ninguna interferencia en el relato de las mujeres, siendo este complementado al final de cada narrativa. La utilización de un diario de campo tiene la finalidad de proceder inmediatamente al análisis de datos, porque de este modo, la investigadora puede acelerar su entrada en el núcleo de estudio. El diario de campo también auxilia a la investigadora en la identificación de los momentos más importantes de las narrativas de las mujeres, que necesitaban ser profundizados.

En la perspectiva etnográfica, los primeros relatos son esenciales para que el investigador comprenda una parte de la realidad hasta entonces desconocida. Esa fase designada de exploratoria tiene como objetivo la construcción y deconstrucción del conocimiento. Lo verdaderamente importante de la etnografía se da en el “momento” del análisis comparativo, pues es mediante la comparación de los datos obtenidos en los distintos “casos”, que se elabora progresivamente un modelo, primero un poco basto y permeado de suposiciones iniciales, pero cada vez más preciso y rico en formulaciones sociológicas acerca de cómo se da el fenómeno en el objeto estudiado

(Bertaux, 2005). A fin de que esas comparaciones que nos llevan a la consolidación de un modelo, sean válidas y surjan las recurrencias es necesario que los contenidos latentes de cada narrativa sean explicitados (Bertaux, 2010).

El proceso analítico utilizado y la técnica de análisis de la temática consisten en identificar los contenidos de los mensajes, así como conocer las condiciones de producción/recepción de esos mensajes que componen la comunicación, cuya frecuencia de aparición puede denotar significación para el objetivo analítico escogido (Bardin, 2009). Las narrativas fueron analizadas respetando la individualidad y la especificidad de cada testimonio, con todo, sus discursos fueron agrupados en categorías, de acuerdo con los temas que emergían de los discursos de las mujeres. Cabe destacar que las categorías de análisis no fueron preestablecidas, sino construidas a partir de las narrativas de las mujeres como recomienda el método.

### 1.7. ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis de los datos se ha realizado a partir de las categorías que emergían de las historias recogidas en las entrevistas.

Tal y como propone Bardin (2009), el análisis se ha llevado a cabo en tres fases: un pre-análisis, la exploración del material y el tratamiento de los resultados.

1. El **pre-análisis** consistente en la organización del material a ser analizado, sistematizando y racionalizando las ideas iniciales. Este proceso se realiza en cuatro etapas: a) la *lectura inicial*, que es la toma de contacto con los documentos de la recogida de datos y que lleva al conocimiento del texto; b) la *elección de los documentos*, que consiste en la demarcación de lo que será analizado, agrupando en un *corpus* los documentos considerados para ser sometidos a los procedimientos analíticos; c) la *preparación del material* con la formulación de las hipótesis y los objetivos; y d) la *referencia a los índices y elaboración de indicadores*, donde hay una determinación de indicadores por medio de recortes de texto de los documentos de análisis.
2. La segunda fase denominada **exploración del material**, consiste en la definición de las categorías (sistemas de codificación) y la identificación de las unidades de registro y unidades de contexto en los documentos.

La *unidad de registro* corresponde al segmento de contenido considerado como base, ordenando las categorías y contando la frecuencia con la que se producen, y la *unidad de contexto* sirve de comprensión para codificar la unidad de registro y corresponde al segmento del mensaje, cuyas dimensiones son óptimas para que se pueda comprender la significación exacta de las unidades de registro.

La exploración del material posibilita o no la riqueza de las interpretaciones y deducciones. Esta es la fase de descripción analítica, en la cual el corpus está sometido a un estudio profundo, orientado por las hipótesis y referencias teóricas. De esta forma, la codificación, la clasificación y la categorización son básicas en esta fase (Bardin, 2009).

Una vez finalizado el proceso de codificación, se llega al de interpretación. La exploración sistémica de los datos nos ayudará a crear el significado y las relaciones que se establecen para cada código. Además, en el trascurso de la interpretación de los datos es posible minimizar la pérdida de información que se produce durante la codificación.

3. La tercera fase consiste en el *tratamiento de los resultados*, deducciones e interpretaciones. Esta etapa permite que se condensen y destaquen las informaciones para su análisis, culminando en las interpretaciones que se deducen y en el momento de la intuición, del análisis reflexivo y crítico (Bardin, 2009).

Durante el análisis de datos de las mujeres se han identificado los conocimientos y actitudes de las entrevistadas respecto a la MGF. Siendo de gran importancia en el caso de que se posicionen a favor los motivos que alegan para justificarla; así como la razón por la que se manifiestan en contra otras mujeres participantes.



# III

## CAPÍTULO III. RESULTADOS



## 1. UNIDADES TEMÁTICAS

Para el análisis de los datos cualitativos se han establecido categorías, realizadas a través de la técnica de análisis de contenido de las entrevistas.

Para ello se han planteado 35 unidades temáticas.

**Tabla 6. Unidades temáticas**

1.	Nombres asociados a la mutilación genital femenina
2.	Realización de la práctica en casa
3.	Realización de la práctica en el bosque
4.	Instrumental (Cuchillo, lanceta y hoja de afeitar) utilizado para el procedimiento
5.	Sujeciones mientras eran mutiladas
6.	Vendas en los ojos durante el procedimiento
7.	Mutilaciones genitales femeninas a la fuerza
8.	Medicación/Falta de medicación durante el procedimiento
9.	Sentimientos de tristeza tras la MGF
10.	Dolor asociado a la MGF
11.	Mujer que mutila a las niñas
12.	Curas tras el procedimiento
13.	MGF perteneciente a la sociedad de las mujeres
14.	Hombres excluidos del acto
15.	Edad a la que fueron sometidas a la práctica
16.	MGF como tema tabú
17.	Ilegalidad de la práctica
18.	Persona que decidió mutilarlas
19.	Persona que toma las decisiones con sus hijos
20.	Intencionalidad o no de mutilar a sus hijas
21.	Religión
22.	Fiesta como rito de paso de niña a mujer tras ser mutiladas
23.	Tradición o cultura

24.	Derechos sexuales
25.	Disminución del deseo sexual
26.	Dolor durante el acto sexual
27.	Conocimientos sobre MGF que les han llegado a través de la televisión o libros
28.	Conocer o no la MGF en la escuela
29.	Aumento de la información en MGF
30.	Problemas de salud
31.	Episiotomía
32.	Cesárea
33.	Infecciones
34.	Médico
35.	Enfermera

## 2. ÍTEMS

Las unidades temáticas establecidas pueden agruparse en los siguientes ítems: contextualización y descripción de la MGF, repercusión social, sexualidad, embarazo y parto, consecuencias para la salud de la MGF, información sobre la MGF, motivos por los que se realiza y perpetuación de la práctica en sus hijas.

En la tabla 7 se desglosa la estructura de cada ítem en las unidades temáticas que lo componen.

Tabla 7. Ítems en los que se agrupan las unidades temáticas

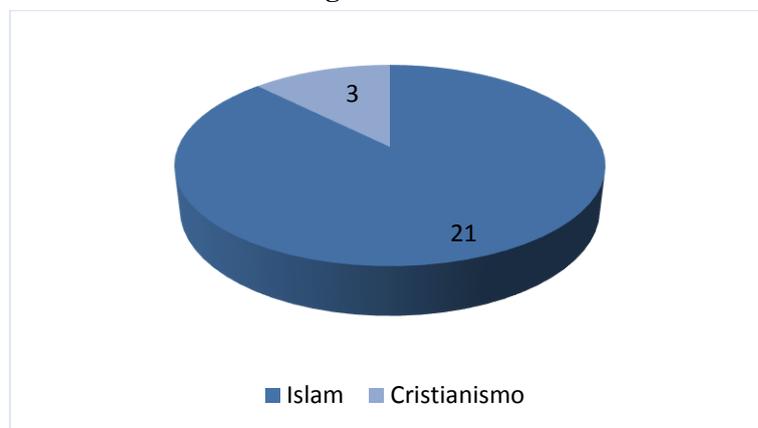
Ítems	Unidades temáticas
<b>Contextualización y descripción de la MGF</b>	<p>Nombres asociados a la mutilación genital femenina</p> <p>Realización de la práctica en casa</p> <p>Realización de la práctica en el bosque</p> <p>Instrumental (<i>cuchillo, lanceta y hoja de afeitar</i>) utilizado para el procedimiento</p> <p>Sujeciones mientras eran mutiladas</p> <p>Vendas en los ojos durante el procedimiento</p> <p>Mutilaciones genitales femeninas a la fuerza</p> <p>Medicación/Falta de medicación durante el procedimiento</p> <p>Mujer que mutila a las niñas</p> <p>Curas tras el procedimiento</p> <p>Edad a la que fueron sometidas a la práctica</p>
<b>Repercusión social</b>	<p>MGF perteneciente a la sociedad de las mujeres</p> <p>Hombres excluidos del acto</p>
<b>Sexualidad</b>	<p>Disminución del deseo sexual</p> <p>Dolor durante el acto sexual</p> <p>Derechos sexuales</p>
<b>Embarazo y parto</b>	<p>Episiotomía</p> <p>Cesárea</p> <p>Infecciones</p> <p>Profesionales sanitarios</p>
<b>Consecuencias para la salud de la MGF</b>	<p>Sentimientos de tristeza tras la MGF</p> <p>Dolor asociado a la MGF</p> <p>Problemas de salud</p>
<b>Información sobre la MGF</b>	<p>MGF como tema tabú</p> <p>Conocimientos sobre MGF que les han llegado a través de la televisión o libros</p> <p>Conocer o no la MGF en la escuela</p> <p>Aumento de la información en MGF</p>
<b>Motivos por los que se realiza</b>	<p>Religión</p> <p>Fiesta como rito de paso de niña a mujer tras ser mutiladas</p> <p>Tradición o cultura</p>
<b>Perpetuación de la práctica en sus hijas</b>	<p>Ilegalidad de la práctica</p> <p>Persona que decidió mutilarlas</p> <p>Persona que toma las decisiones con sus hijos</p> <p>Intencionalidad o no de mutilar a sus hijas</p>

### 3. PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

Las mujeres del estudio proceden de Senegal (20), Gambia (2) y Nigeria (2). Todas ellas residen actualmente en la Región de Murcia, España, país al que llegaron desde hace 3 a 12 años.

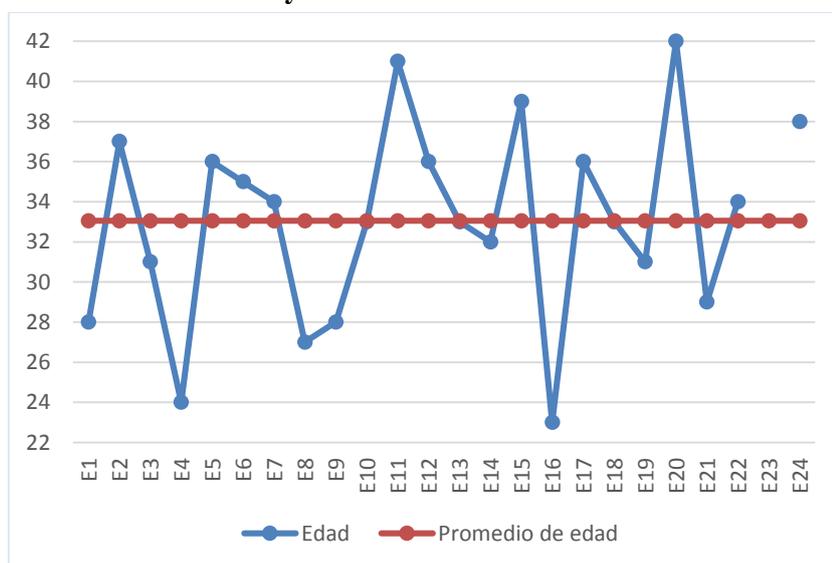
La mayoría de mujeres (21) pertenecen a la religión islámica, siendo católicas las dos mujeres procedentes de Nigeria y una de las senegalesas.

**Gráfica 8. Religión de las entrevistadas.**



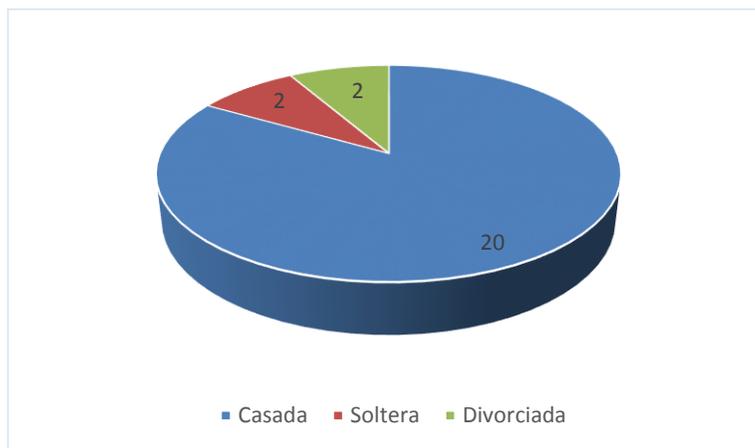
La edad de las participantes en el estudio varía desde los 23 años hasta los 42, siendo la media de edad de la muestra de 33,04 años.

**Gráfica 9. Edades y Promedio de Edad de las entrevistadas.**



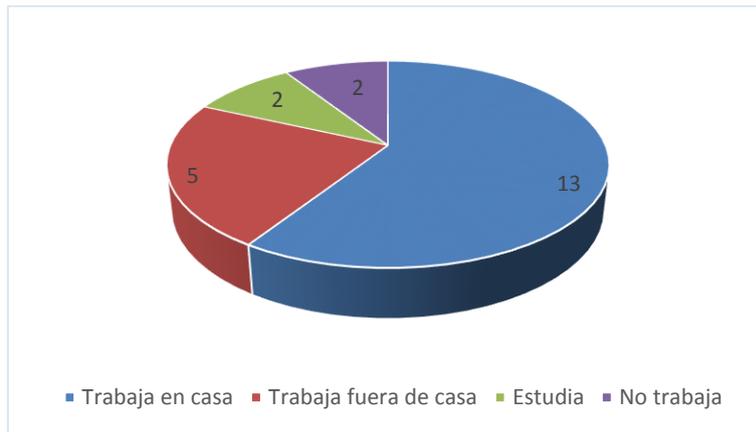
La mayoría de las mujeres (20) están casadas, siendo solteras 2 de ellas y divorciadas otras dos. En uno de los casos, el matrimonio se produjo cuando la niña tenía 10 años, impidiéndole ir a la escuela y formarse posteriormente. El resto de mujeres contrajo matrimonio una vez cumplida la mayoría de edad.

**Gráfica 10. Estado civil de las entrevistadas.**



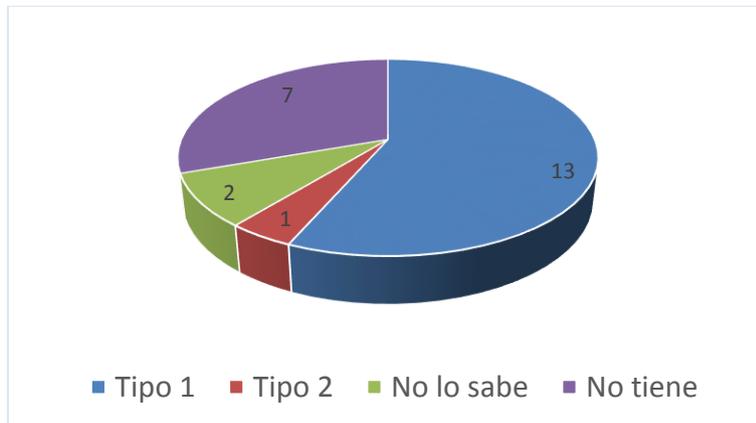
En cuanto al ámbito laboral, la mayor parte (14) trabajan en casa, otras trabajan en fábricas, limpiando o como electricistas, lo que les proporciona una cierta independencia económica, si bien, con bajos salarios. Una de ella es dueña de su propio negocio y 2 están formándose, mientras que 2 de estas mujeres no encuentran ningún empleo. Esta inactividad laboral o empleos de baja remuneración se corresponden en su mayoría con su escasa formación pues, la mayoría no pudo continuar estudiando después de la secundaria, quedándose 5 de ellas en los estudios de primaria. Además 3 de estas mujeres no han estudiado ni asistido al colegio. Dos de las que superaron la secundaria continuaron estudiando con un módulo y tan solo 4 de las mujeres de la muestra realizó el bachiller, lo que las condujo en un caso a un módulo superior y en otro a la universidad.

**Gráfica 11. Situación laboral de las entrevistadas.**



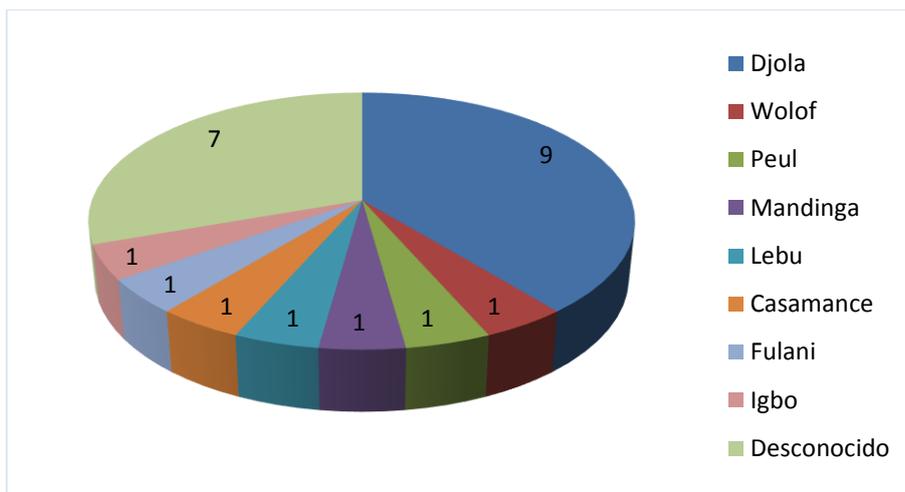
La mayoría de estas mujeres presenta MGF, aunque ninguna de ellas refiere el tipo III, mientras que una minoría (8) no la presenta, especialmente debido a que no es una práctica habitual en su etnia, pero también por ser las hijas más jóvenes, ya que esta tradición está comenzando a erradicarse.

**Gráfica 12. Tipo de MGF de las entrevistadas.**



Las etnias de las entrevistadas son Djola, Mandinga, Lebu, Casamance, Peul, Fula, Igbo y Wolof, esta última etnia que no practica la MGF.

Gráfica 13. Etnias de las entrevistadas.



En el cuestionario sociodemográfico también se incluyó la cuestión relativa a la intención de realizar un viaje al país de origen, donde generalmente es practicada la MGF a la niñas que residen en España. Este asunto fue incluido para identificar, en caso de haberlo, una posible situación de riesgo inminente de MGF para alguna de las hijas de las entrevistadas.

Veintitrés de las mujeres son madres, de las cuales 16 tienen hijas en las que poder perpetuar la práctica. Tras el análisis de las respuestas de las participantes se plasmó el hecho de que ninguna de sus hijas presentaba un riesgo inminente de ser mutilada.

Tabla 8. Perfil Sociodemográfico

Código	Edad	País	Etnia	Religión	Estado civil	Nivel de educación	Trabajo	Hijos	Tiempo en España	Viaje al país de origen
E1	28	Senegal	Djola	Islam	Casada	Bachiller sin terminar	Trabaja en el hogar	2 niñas de 11 meses y 5 años.	4 años	
E2	37	Senegal	Djola	Islam	Casada	Bachiller Con módulo en Educación Infantil	Trabaja en el hogar	1 niño	3 años	
E3	31	Senegal		Católica	Casada	Bachiller	Trabaja en el hogar	1 niño	3 años	
E4	24	Senegal	Djola	Islam	Soltera	Secundaria	Trabaja en el hogar	No tiene	4 años	
E5	36	Senegal	Djola	Islam	Casada	Primaria	Trabaja en el hogar	Una hija de 9 en Senegal	4 años	
E6	35	Senegal	Djola	Islam	Casada	Analfabeta	Fábrica de pimientos	Un niño	5 años	
E7	34	Senegal	Djola	Islam	Casada	Hasta 5° de primaria	Trabaja en el hogar	4 hijos. Niñas de	4 años	

								16 años y 2 meses		
<b>E8</b>	27	Senegal	Djola	Islam	Separada	Primaria. Formada en baile	Trabaja en el hogar	2 niñas de 5 y 1 año	12 años	
<b>E9</b>	28	Senegal	Djola	Islam	Casada	Secundaria con módulo en peluquería	Trabaja en el hogar	3 niños	3 años	
<b>E10</b>	33	Senegal	Wolof	Islam	Casada	Secundaria	Trabaja en el hogar	Hija de 13 años en Senegal y 3 niños en España		No
<b>E11</b>	41	Senegal	Peul	Islam	Casada	Primaria	fabrica	4 hijos. Una hija de 19 años y un hijo de 14 en Senegal. En España una niña de 9 y un niño de 5 años		
<b>E12</b>	36	Senegal	Mandinga	Islam	Casada	Nunca ha estado escolarizada Lee y escribe con mucha dificultad	Trabaja en el hogar	6 hijos en Senegal. Hijas de 15,12 y 9 años		El mes próximo

CAPÍTULO III. RESULTADOS

<b>E13</b>	33	Senegal	Lebu	Islam	Casada	Electricista	Trabaja en el hogar	Hija de 2 años en España	3 años y medio	En octubre o noviembre
<b>E14</b>	32	Senegal	Casamance	Islam	Casada	Tuvo que dejar la secundaria y aprender a coser.	Fábrica de conservas	3 hijos españoles. Niña de 8 años	14 años	No
<b>E15</b>	39	Senegal		Islam	Casada	Licenciada en derecho y marketing. En España estudia auxiliar de enfermería	Trabaja en el hogar y estudia	Un hijo de 6 años en Senegal	6 años	
<b>E16</b>	23	Senegal	Fula	Islam	Casada	Aprendió francés.	Trabaja en el hogar	Hija de 2,5 años	3 años	El próximo año
<b>E17</b>	36	Senegal		Islam	Casada			Hija (19 años)	5 años	
<b>E18</b>	33	Senegal		Islam	Casada	Idiomas	Limpiadora	Hijo (5 años) e hija (15 meses)	8 años	No
<b>E19</b>	31	Senegal		Islam	Casada	Secundaria	Dueña de un locutorio	Hijo (6) e hija (3)		Este verano
<b>E20</b>	42	Senegal		Islam	Soltera	<i>“Estudié pero aquí no vale”</i>	Estudiante	Hija en su país de 25 años	15 años	cada año

<b>E21</b>	29	Gambia		Islam	Casada	Secundaria. Habla inglés y francés.	Trabaja en el hogar	3 hijos varones		
<b>E22</b>	34	Gambia	Djola	Islam	Divorciada	No tiene	No encuentra	Hija de 13 años y un niño de 12 en Gambia	8 años	Le gustaría pero no lo sabe
<b>E23</b>		Nigeria		Católica	Casada			3 hijos		
<b>E24</b>	38	Nigeria	Igbo	Católica	Casada	Bachiller	Esteticista. Ahora no encuentra	Niña 13 años y niño de 6		

## 4. HISTORIOGRAMA

Tabla 9. Histograma

Código	Historiograma
<b>E1</b>	<p>Mujer de 28 años que pertenece a la etnia Djola de Senegal y profesa la religión islámica. Llegó a España hace 4 años, donde vive con su marido e hija menor de 11 meses, tuvo que dejar a su hija de 5 años en Senegal a cargo de su madre. Actualmente es ama de casa y no llegó a terminar sus estudios de bachillerato.</p> <p>Cuando tenía 12 años, la llevaron desde su ciudad al pueblo, donde se celebraba una fiesta en el bosque. En el bosque encontró más niñas (unas 30 o 40) que tenían edades entre 3 y 12 años. Iban metiendo a las niñas a una cabaña de una en una, pero con el ruido de los tambores no se oían los gritos de las niñas. En la cabaña, la sujetaron, le vendaron los ojos y cortaron sus genitales con un cuchillo, después pusieron unas hierbas machacadas en sus genitales y la sacaron de la cabaña. Permaneció casi 2 meses en el bosque junto a las otras niñas, saliendo únicamente para dormir en una misma casa y regresando cada mañana, para que los hombres no las viesen. Una vez curadas salieron del bosque y volvió a su hogar.</p>
<b>E2</b>	<p>Mujer de 37 años perteneciente a la etnia Djola de Senegal. Es de religión islámica y estudió el bachiller y trabajaba en su país como cuidadora en la guardería. Actualmente vive en España desde hace 3 años donde es ama de casa y convive con su marido y su hijo.</p> <p>Le quitaron el clítoris cuando tenía 8 años. A pesar de que su padre se oponía, su madre la llevó a un jardín, junto a sus 3 hermanas y su prima, donde fueron cortadas. Después las llevaron a casa, su padre les compró medicamentos y las cuidaron.</p>
<b>N. E3</b>	<p>Mujer de 31 años procedente de Senegal y de religión católica. Cursó sus estudios de bachillerato, se casó a los 23 años y llegó a España hace 3 años, donde ha tenido un niño y es ama de casa.</p> <p>No le realizaron la mutilación genital femenina pero quiere que vean que ha acudido a la entrevista para que sus amigas no lo sepan. Sabe que la mutilación se realiza en un bosque y es motivo de celebración y que al finalizar ponen hierbas en la zona genital. En su pueblo no se realiza porque según afirma hay muchos cristianos. En su familia hay tanto cristianos como musulmanes. A ella no le permiten entrar en el bosque donde cortan a las niñas el día de la fiesta. Además las niñas cortadas insultan a las que no lo están con</p>

	gestos que aprenden en el bosque durante el tiempo que están juntas. Eso le molesta. Sin embargo sabe que la mutilación ocasiona problemas para la salud importantes tanto físicos como para la sexualidad y se alegra de que no se la realizasen.
<b>E4</b>	Mujer de 24 años senegalesa perteneciente a la etnia Djola. Profesa la religión islámica y tuvo que dejar los estudios para poder venir a España, donde vive desde hace 4 años. Es ama de casa, está soltera y no tiene hijos.  A los 13 años fue conducida al bosque junto a otras niñas, le vendaron los ojos y la mutilaron. Estuvo 3 meses en el bosque hasta que estuvo curada.
<b>E5</b>	Mujer senegalesa de 36 años perteneciente a la etnia Djola y a la religión islámica. Cursó estudios primarios y tiene una hija de 9 años que dejó en Senegal. Llegó a España hace 4 años donde vive con su marido y es ama de casa.  A los 7 años la llevaron a un bosque con más niñas, le taparon los ojos y la mutilaron genitualmente.
<b>E6</b>	Mujer senegalesa de 35 años. Perteneciente a la etnia Djola y de religión islámica. Llegó a España hace 5 años donde vive con su marido y su hijo menor. Es analfabeta pero está trabajando en una fábrica de pimientos.  A los 6 años la llevaron al bosque junto a un grupo de niñas, le vendaron los ojos y la mutilaron. Estuvo un mes en el bosque hasta que se curó la herida y a la salida les hicieron una fiesta.
<b>E7</b>	Mujer de 34 años, perteneciente a la etnia Djola de Senegal y de religión islámica. No completó la educación primaria y tiene dos hijos y dos hijas. Llegó a España hace 4 años donde han nacido sus dos hijos menores (niña y niño). Es ama de casa y vive con su marido y sus 2 hijos menores.  La mutilaron cuando tenía 1 año de edad, en un bosque donde permaneció unos 15 días o un mes.
<b>E8</b>	Mujer de 27 años, senegalesa, perteneciente a la etnia Djola y de religión islámica. Se casó a los 19 años y tiene dos niñas de 5 y un año que nacieron en España. Lleva en España 12 años. Su profesión es la de bailarina, pero actualmente es ama de casa y está divorciada.  Cuando era muy pequeña la llevaron a un bosque. Le vendaron los ojos e iban cogiendo a una niña cada vez, cuando le tocó a ella la mutilaron genitualmente. Se quedó en el bosque donde curan a las niñas. En el bosque solo hay mujeres que ya fueron cortadas. Los hombres no pueden entrar. Cuando mejoró pudo volver a casa.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

<b>E9</b>	<p>Mujer de 28 años procedente de la etnia Djola de Senegal. Profesa la religión islámica. Se casó a los 18 años y trabajaba como peluquera. Actualmente es ama de casa en España, donde llegó hace 3 años y tiene 3 niños.</p> <p>Cuando era una niña la llevaron a un bosque, le vendaron los ojos justo en el momento en que la cogieron para mutilarla para que no pudiese ver el procedimiento. Después permaneció en el bosque hasta que se curó con las mujeres que las cuidan y les enseñan y con las otras niñas cortadas.</p>
<b>N E10</b>	<p>Mujer de 33 años perteneciente a la etnia <i>wolof</i> de Senegal. Es musulmana, tiene la educación secundaria completa y se casó a los 19 años, tiene una hija de 13 años en Senegal y en España ha tenido 3 hijos varones. Actualmente es ama de casa.</p> <p>En su etnia no se realiza la mutilación, sin embargo, en la familia de su marido sí y quiere dar su testimonio al respecto.</p>
<b>E11</b>	<p>Mujer de 41 años perteneciente a la etnia <i>Peul</i> de Senegal y de religión islámica. Realizó estudios primarios, se casó a los 20 años y tuvo 2 hijas que ha dejado en Senegal. En España ha <b>tenido</b> 2 niños y trabaja en una fábrica.</p> <p>Cuando tenía 12 años la llevaron a casa de una mujer mayor, la <i>yongacut</i> junto con sus hermanas. Después le cortaron los genitales con una lanceta y le pusieron unas plantas para que se curase.</p>
<b>E12</b>	<p>Mujer senegalesa de 36 años perteneciente a la etnia <i>Mandinga</i> y de religión islámica. No fue al colegio y la casaron a los 10 años de edad. Tiene 3 hijas de edades comprendidas entre los 9 y 15 años y 3 hijos de 4 a 7 años. Todos ellos en Senegal. Actualmente vive en España junto a su marido y es ama de casa aunque en breve podrá ir a visitar a sus hijos.</p> <p>Cuando tenía un mes de edad la cortaron en casa de la mujer que realiza la práctica junto a las otras niñas de su familia. La cortaron con un cuchillo.</p>
<b>N. E13</b>	<p>Mujer de 34 años perteneciente a la etnia Lebu de Senegal. Es musulmana y ejercía la profesión de electricista. Se casó a los 28 años y llegó a España hace 3 años donde tuvo una hija. Actualmente es ama de casa y viajará a Senegal el próximo año.</p> <p>No fue mutilada genitalmente y refiere no haber sentido discriminaciones por este hecho puesto que en Dakar (capital de Senegal), donde ella vivía no se realiza la práctica.</p>

<b>N.E14</b>	<p>Mujer de 32 años perteneciente a la región de Casamance en Senegal. Tuvo que dejar el instituto para cuidar a sus hermanos, aunque sabe árabe y francés. Es musulmana, se casó a los 25 años y llegó hace 14 años a España, donde trabaja en una fábrica de conservas y ha tenido una hija y dos hijos.</p> <p>Aunque su madre está mutilada, su padre no quiso que le realizaran la MGF a su hija. Sin embargo, afirma tener muchos conocimientos de la MGF por hablar con sus amigas mutiladas, y porque su madre le contaba lo que sucedía en el bosque con las niñas mutiladas, por lo que le gustaría participar en el estudio.</p> <p>Una vez en España ha recibido presiones para llevar a la hermana de su marido a Senegal para que la mutilasen, pero no ha sucumbido a ellas.</p>
<b>E15</b>	<p>Mujer senegalesa de 39 años. Profesa la religión islámica. Se casó a los 18 años y estudió derecho y marketing. Llegó a España hace 6 años y tuvo que dejar en Senegal a su hijo de meses. Actualmente es ama de casa y estudia auxiliar de enfermería para poder trabajar. Un 3 de abril, siendo pequeña la llevaron a casa de su abuela, la dejaron sola con unas mujeres allí, de las cuales dos la sujetaron y otra le cortó el clítoris y los labios menores. Después la sumergieron en agua caliente y sal y le pusieron mantequilla para que se curase.</p>
<b>E16</b>	<p>Mujer senegalesa de 23 años perteneciente a la etnia <i>Fula</i>. Su religión es musulmana, estudió francés y se casó a los 18 años. Llegó a España hace 3 años donde ha tenido una hija de 2 años y medio y es ama de casa. El próximo año volverá a su país de visita. La mutilaron genitalmente cuando tenía un mes de edad. No recuerda como fue.</p>
<b>E17</b>	<p>Mujer de 36 años de procedencia senegalesa y de religión islámica. Tiene una hija de 19 años en Senegal. Llegó a España hace 5 años y se casó el año pasado. Cuando tenía 7 años la llevaron a casa de una mujer mayor y la dejaron sola allí. Ésta le cortó los genitales.</p>
<b>N. E18</b>	<p>Mujer senegalesa de 33 años que vive en España desde 2006 y que tiene un hijo de 6 años y una hija de 3. Afirma no tener practicada la MGF, aunque es una tradición fuertemente arraigada en muchas etnias de Senegal y que muchas mujeres pueden sentirse discriminadas en sus comunidades por no estar mutiladas. También afirma que es un tema tabú del que no se oye hablar mucho y del que no le llegó mucha información cuando era pequeña. Ahora está en contra de esta práctica.</p>
<b>N. E19</b>	<p>Mujer Senegalesa de 31 años que profesa la religión islámica, terminó sus estudios de secundaria y se casó a los 19 años. En España es dueña de un locutorio y tiene un hijo de 6 años y una niña de 3. El próximo verano volverá de viaje a su país.</p>

CAPÍTULO III. RESULTADOS

	<p>Cuando una mujer entro en su casa con un cuchillo a mutilarla junto a sus hermanas, ella salió de casa llorando. Es la primera mujer de su familia que no ha sido mutilada, por ser la menor. Sus hermanas fueron mutiladas en casa a los 12 y 6 años respectivamente ocasionándoles problemas para la salud, como la infertilidad. Está mal visto no estar mutilada, por lo que lo oculta, aun así, siente pena por sus hermanas que han sido mutiladas.</p>
<b>N. E20</b>	<p>Mujer senegalesa de 42 años. Lleva 15 años viviendo en España y dejó en su país a su hija que tiene 25 años. No le realizaron la mutilación genital femenina pero afirma que no se puede hablar de esto y que es un tema extremadamente delicado. Asegura que la MGF continúa realizándose en su país pese a la ilegalidad de la práctica, pero a escondidas. Afirma haber conocido bien la práctica a través de una amiga íntima del colegio, tras preguntarle el motivo de sus continuos dolores genitales.</p>
<b>E21</b>	<p>Mujer de 29 años procedente de Gambia, musulmana y con estudios medios. Se casó a los 20 años después vino a España donde ha tenido 3 hijos varones y es ama de casa.</p> <p>Le practicaron la mutilación genital femenina cuando contaba con 1 año de edad, por lo que no recuerda como fue.</p>
<b>E22</b>	<p>Mujer de 34 años y perteneciente a la etnia Djola de Gambia. Tiene una hija de 13 años y un hijo de 12 que están en Gambia. Llegó a España hace 8 años. Está divorciada y es ama de casa.</p> <p>Tenía 6 años cuando le practicaron la mutilación. Su abuela la llevó a una casa donde había muchas niñas. Le taparon la cara y usaron una hoja de afeitar para cortarles los genitales. Luego le lavaron la zona con agua caliente para que curase. Después cantaron unas canciones típicas del momento del corte genital que no pueden ser reproducidas después de salir de allí.</p>
<b>E23</b>	<p>Mujer procedente de Nigeria de religión católica que vive en España con sus 3 hijos y su marido. En su país muchas mujeres tienen cortados los genitales, por lo que sentía vergüenza de no ser como ellas. Refiere que las que están mutiladas piensan que son superiores y que las que no están mutiladas irán detrás de todos los hombres. Cuenta haber encontrado casos en Nigeria de mujeres, a las que no habían mutilado de pequeñas, que han tenido que someterse a la práctica antes de la boda para que las aceptasen.</p>
<b>E24</b>	<p>Mujer Nigeriana de 38 años perteneciente a la etnia Igbo, de religión católica. Vive en España con su marido su hijo menor y su hija de 13 años. Cuando era pequeña le cortaron el clítoris en su casa, rodeada de mujeres. Los recuerdos al respecto son vagos. Está a favor de la práctica por motivos tradicionales y de estética, si bien, no sometió a su hija a MGF. La hija interviene durante la entrevista y dice que le gustaría cortar sus genitales por estética también.</p>

## 5. CATEGORIZACIÓN DE LOS RESULTADOS

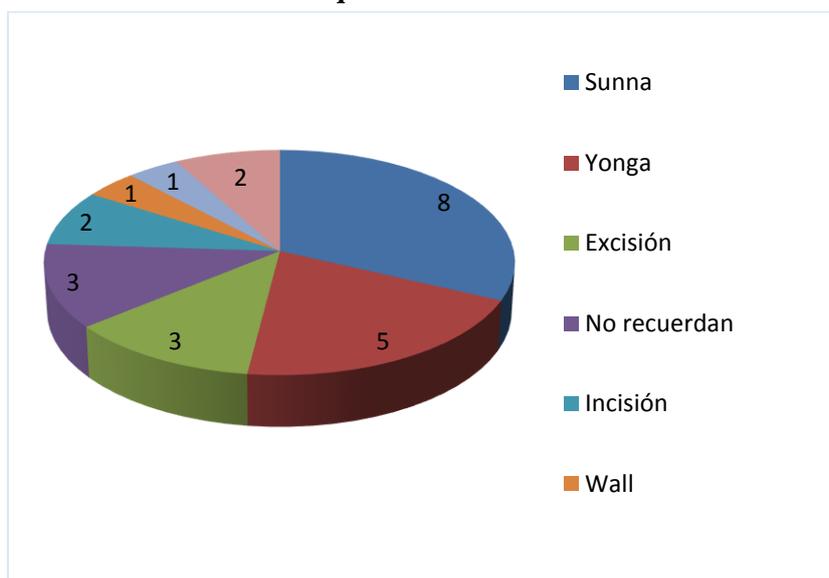
El análisis de los datos ha permitido la categorización de los resultados en los siguientes puntos:

### 5.1. CONTEXTUALIZACIÓN Y DESCRIPCIÓN DE LA MGF

#### 5.1.1. Nombre que recibe la MGF

Algunos nombres que las entrevistadas refieren para denominar la MGF son: “Sunna, Cuiyao, Excisión, Ablación, Wall, Circumcise/Circuncisión o Incisión”. Sin embargo, algunas entrevistadas no recuerdan el nombre que se le da a este rito.

**Gráfica 14. Nombre que dan a la MGF las entrevistadas.**



Sunna es el nombre que más se repite dentro de la etnia Djola de Senegal, pues 7 de las 8 procedentes de Senegal pertenecientes a dicha etnia así lo refieren. El resto de términos que acuñan no pueden relacionarse con la etnia o país de procedencia de las entrevistadas. La única participante que afirma tener MGF tipo II la denomina “excisión”, que traducido del francés al español es “escisión” nombre técnico que recibe la MGF tipo II.

**Tabla 10. Nombre que recibe la mutilación genital femenina según etnia y tipo**

Código	Nombre de la MGF	Tipo practicado	Etnia	País
E1	Excisión o ablación	No sabe si tiene tipo 1 o 2	Djola	Senegal
E2	Sunna	1	Djola	
E3	Sunna	No tiene MGF	-----	
E4	Sunna	No sabe si tiene tipo 1 o 2	Djola	
E5	Sunna	1	Djola	
E6	Sunna	1	Djola	
E7	Sunna	1	Djola	
E8	Sunna	1	Djola	
E9	Sunna	1	Djola	
E10	Yonga	No tiene MGF	Wolof	
E11	Yonga	1	Peul	
E12	Cuiyao	1	Mandinga	
E13	Yonga	No	Lebu	
E14	Yonga	No tiene MGF. Sus hermanas si	Casamance	
E15	Excisión	2	----	
E16	Circuncisión	1	Fula	
E17	---	1	----	
E18	Incisión	No tiene MGF	----	
E19	Excision	No tiene MGF Sus hermanas si	----	
E20	Wall	No tiene MGF.	-----	
E21	----	1	----	Gambia
E22	Yonga	1	Djola	Nigeria
E23	Circumcise	No tiene MGF.	-----	
E24	Incisión	1	Igbo	

## 5.1.2. Tipo de MGF que presentan

No todas las entrevistadas presentan MGF, en algunos casos debido a que no se realiza en su etnia y en otros, porque algunas familias están abandonando el ritual.

**Gráfica 15. Entrevistadas mutiladas y no mutiladas.**

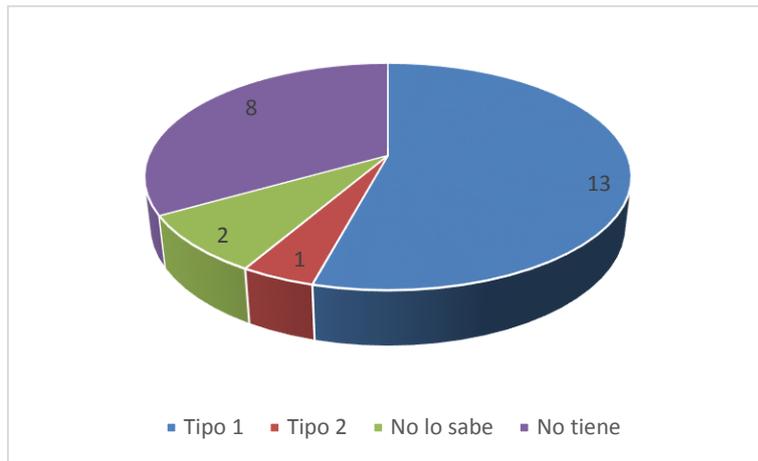


Si bien, la mayoría de las participantes en el estudio presentan algún tipo de MGF, generalmente, clitoridectomía o MGF tipo 1, presentando el tipo 2 una de las participantes por ser la tradición en su familia, tal y como lo expresa a continuación:

*“Nosotros siempre hacemos tipo 2 en mi familia, aunque mis primas le han quitado los labios grandes y todo, como la mujer esta llevaba mucho tiempo en un pueblo, ha venido y no ha preguntado y ha cortado todo. Pero bueno ha mezclado las cosas y bueno es así” (E15).*

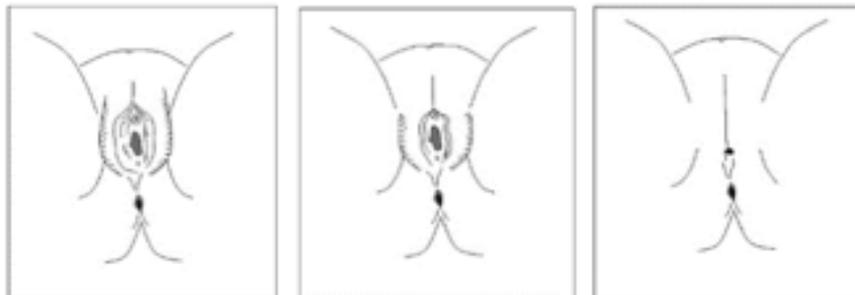
En dos casos, las mujeres no supieron identificar, ni por la definición ni en los dibujos mostrados, el tipo de corte que les hicieron.

**Gráfica 16. Tipo de MGF que presentan las entrevistadas.**



A la mitad de las entrevistadas les resultó dificultoso identificar las partes de sus genitales que fueron mutilados en la imagen que se muestra a continuación, dudando entre la MGF tipo 1 y 2.

**Ilustración 1. Imagen de mutilación genital femenina tipo I, II y III.**

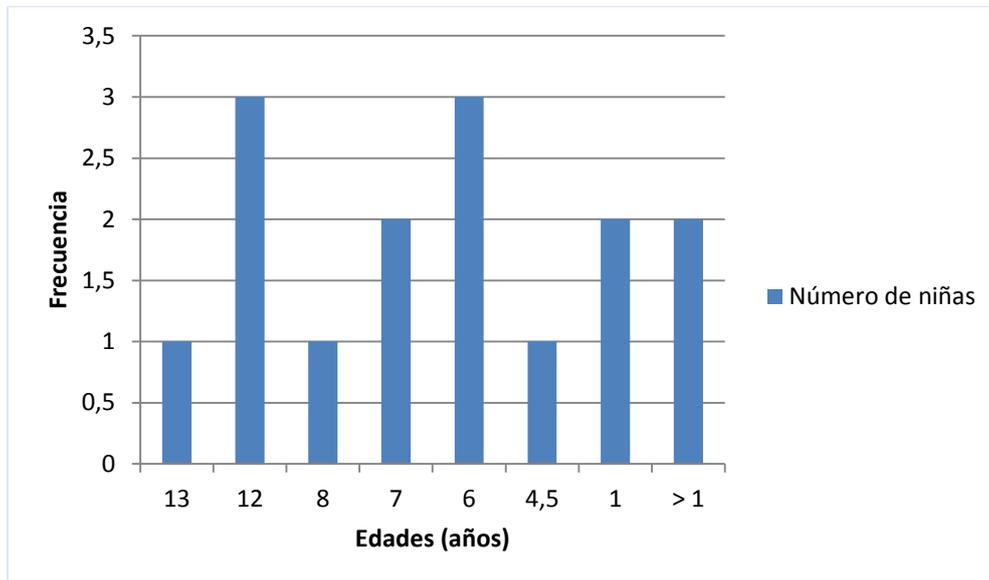


**Fuente:** EIGE (2013, p. 22).

### 5.1.3. Edad a la que se realiza la MGF

La edad a la que se les realizó el procedimiento varía de una niña a otra, dentro de una misma etnia, incluso dentro de una misma familia, pues suelen cortar a las hermanas el mismo día. El periodo en que se mutila a las niñas varía desde unos meses de edad hasta la pubertad, a los 12 y 13 años, pasando algunas por este procedimiento a los 6 o 7 años. A continuación se muestra una ilustración con las edades a las que cortaron a las entrevistadas.

**Gráfica 17. Gráfico de dispersión de las edades a las que se realizó la MGF a las entrevistadas que la sufrieron.**

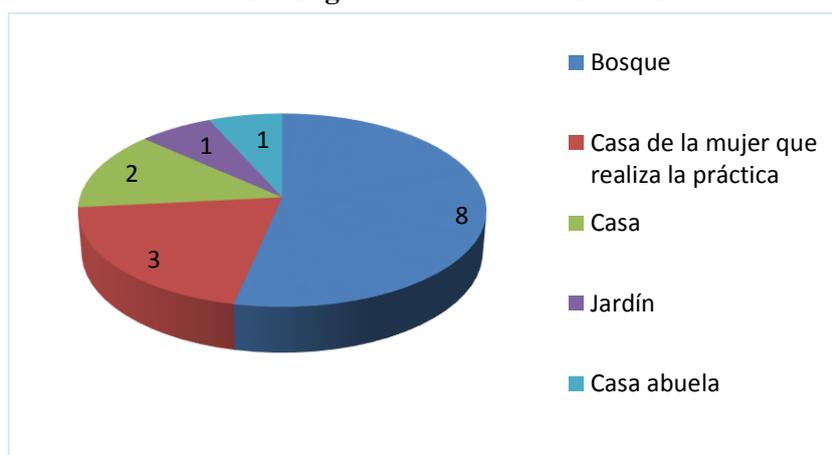


Una de las participantes justifica la temprana edad a la que se les realiza el procedimiento a las niñas en evitar complicaciones y dolor: *“Normalmente se hace cuanto más pequeña que mejor porque dicen que no te duele tanto como cuando eres mayor, así que con 4 o 5 años. A veces se lo hacen a una niña recién nacida que tiene un mes o semanas para que no note el dolor”* (E14).

#### 5.1.4. Lugar y rito de la MGF

La mutilación tiende a llevarse a cabo principalmente en tres lugares, bien en un bosque, la casa de algún familiar, como la abuela materna, o la casa de la propia mujer que practica la mutilación.

**Gráfica 18. Lugares donde se realiza la MGF.**



- **En el bosque**

Se realiza en un bosque, junto a otras niñas, un lugar al que no pueden entrar los hombres, ni mujeres que no hayan pasado por este rito. Al llegar al bosque, les vendan los ojos y las conducen a una cabaña, de una en una, donde se les practica el corte. Permanecen en el bosque de 15 días a dos meses, saliendo solamente para dormir todas juntas y volviendo al amanecer, durante este tiempo las mujeres transmiten conocimientos a las niñas y las curan. Una vez que cicatriza la herida, se les hace una gran fiesta y regresan a sus casas.

*“No sabía lo que pasaba, porque iban entrando a una cabaña para que las cortaran y con los tambores no escuchabas los gritos. Si me hubieran preguntado nunca me lo hubiese hecho eso, pero como es una costumbre y te llevan allí sin saber lo que está pasando... Estuvimos en el bosque un mes, casi dos. Éramos unas 30-40 niñas. Hasta que no estás curado no volvemos a casa. Por la noche salimos para dormir en la misma casa porque es sagrado que los hombres no pueden ver a las recién cortadas hasta que llega la fecha en que salimos de allí” (E1).*

*“En un grupo en el bosque. Me taparon los ojos, así cuando nos llevaron, no sabía que ellas tenían un cuchillo” (E6).*

*“En Casamance se hace en el bosque. Se quedan en el bosque hasta el anochecer, entonces las llevan a una casa a dormir, y al amanecer, antes de que se despierten los hombres se las llevan a la selva y allí se quedan. Todos los días así” (E14).*

*“Cuando salimos de allí nos hacen una fiesta, estuvimos un mes para que se curase” (E6).*

*“En un bosque. Pero lo van haciendo de una en una. te vendan los ojos cuando te lo hacen. Allí te educan a respetar tu madre la gente. Te educan a hablar bien. Eso sí. En esta parte está bien. Cuando ya estás mejor sales. Luego cuando sales ellos hacen fiesta para festejarlo, para que los niños se quedan feliz y ya” (E8).*

E8 refiere que, a diferencia del resto del ritual, la parte en la que se transmiten conocimientos de las mujeres de la comunidad a las niñas es positiva. Aunque las mujeres cuentan que al final les hacen una fiesta, E14, que no ha experimentado este rito es la que más idealiza este hecho:

*“Allí dicen que cantan y se divierten mucho allí, cantan y comen lo que quieran. Y que las tratan allí como reinas, como una fiesta. Y el día que se curan todas... por ejemplo dicen, vamos a hacer a las chicas todas y dentro de dos semanas todas estarán curadas. Entonces cuando llega a las 2 semanas van a verlo. Cuando se curan todas hacen una fiesta, pero la fiesta también vienen los hombres y las niñas se visten bien bonitas y todo. Le compran ropa nueva y matan un cordero o una vaca” (E14).*

A excepción de una, las mujeres senegalesas de etnia *Djola* narran la historia de su mutilación genital en el bosque, sin embargo a una de ellas la cortaron en un jardín, junto a sus hermanas y primas, para posteriormente cuidarla en casa. Este caso puede considerarse excepcional puesto que según menciona E2, su madre lo hizo sin el consentimiento de su marido.

- **En casa**

Algunas mujeres narran que una mujer se desplazó hasta su casa o casa de sus abuelas, donde se encontraban ellas y allí las mutiló.

*“Estaba en casa de mi abuela. La mujer llegó del pueblo a mi ciudad para hacérmelo”* (E15).

*“En casa con todas las niñas de la familia”* (E12)

- **En casa de la mujer que realiza el procedimiento:**

Algunas entrevistadas refieren que de niñas las llevaron a casa de una mujer que posteriormente les cortó los genitales.

*“Estaba sola en casa de la mujer”* (E17).

*“Fue con mis hermanas, en casa de la yongacut”* (E11).

*“Era como una casa, hay muchas chicas ahí, la gente que quiere lleva a sus hijas allí”* (E22).

*“En casa, donde la persona que hace esto”* (E24).

Una de ellas explica que ésta mujer le realizó el procedimiento exclusivamente a ella, mientras la mayoría recuerda que no estaban solas el día que cortaron, sino que se encontraban con otras niñas, generalmente hermanas o primas que fueron mutiladas el mismo día.

## 5.1.5. Persona encargada de mutilar a las niñas

La encargada de realizar el corte de los genitales a las niñas es siempre una mujer, según describen las entrevistadas es anciana, sin una formación reglada en ningún campo sanitario sino que transmite su profesión de generación en generación. Se especializa en esta praxis, que es el trabajo que ejerce durante toda su vida y debido al cual adquiere una posición respetada en la comunidad. Mutilar a las niñas le da un alto estatus social siendo frecuente que las familias les ofrezcan presentes para expresar su agradecimiento o dinero como forma de pago por el trabajo realizado, aunque una mujer expresa que lo realiza de forma gratuita.

*“Una abuela que lo hace en mi país”* (E16).

*“Es una vieja que está en el pueblo y que es su trabajo hacerlo. Se lo hace a tu abuela a tu madre, a tus tías. Es alguien que está afectada a la familia y que su trabajo es hacerlo. Si se muere, una de sus hijas lo sigue. Fue una mujer mayor, cuando me lo hizo ya tenía casi 70 años creo. No hay que pagarle pero hay que darle muchos regalos, oro, ropa... no te dice dame 50 o dame esto, pero puede sacar mucho más porque cada uno le da algo. Porque es como un miembro de la familia que está ahí, entonces no pide dinero”* (E15).

*“Es una mujer mayor, tiene cuchillo y corta, es su profesión, tú la pagas y ella lo hace”* (E12).

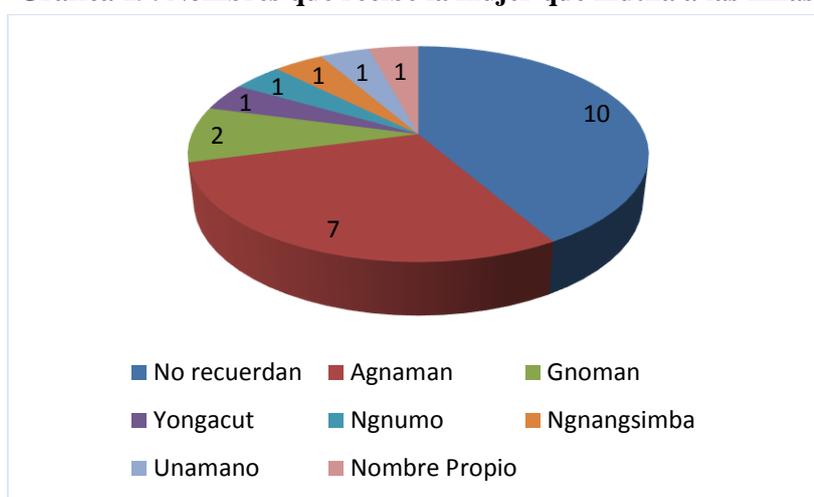
*“Es una mujer muy importante. Tiene Don”* (E1).

*“Es una mujer mayor que lo enseñan como si fuera el médico. Si está con las mujeres es como si ella fuese médica pero no ha estudiado nada para hacerlo. Lo hacen gratis. La llaman un nombre especial que quiere decir como la jefa y todos los que no saben vienen para consultarle a ella”* (E14).

Reciben diferentes nombres en función de la región como *Agnaman*, *Ngnumo*, *Gnoman*, *Yongacut*, *Unamano* y *Ngnangsimbah*. Todas las que se refieren a ella como *Agnaman* (7) pertenecen a la etnia Djola. El resto de nombres que le dan las mujeres de la muestra no presenta asociación con la etnia a la que estas pertenecen.

Una parte importante no recuerda el nombre que recibe esta mujer, sin embargo, una de ellas recuerda incluso su nombre y apellidos, pues es la mujer a la que siempre acuden en su familia para mutilar a las niñas.

**Gráfica 19. Nombres que recibe la mujer que mutila a las niñas.**



#### 5.1.6. Procedimiento y técnicas empleadas para mutilar a las niñas

Durante el procedimiento, son fuertemente sujetadas por las mujeres que participan en el rito con el fin de evitar que se muevan.

*“Estaba muy pequeña pero me acuerdo, era muy terrible porque tenía un cuchillo que tenía la lama marrón, entonces con ese cuchillo te mete en el suelo con algo abajo, dos personas, una coge tu pie derecha y la otra la izquierda y ella corta. Veo mucha sangre, luego no te recuerdas de nada porque estaba llorando, muy nerviosa y con miedo”* (E15).

*“Te lo hacen cogiéndote cuatro personas de manos y pies”* (E20).

Tradicionalmente, en el *procedimiento* no se utilizan métodos analgésicos para evitar el intenso dolor que produce el corte. Tampoco se administran antibióticos para el control de posibles infecciones.

Los *instrumentos* más empleados para realizar el corte son lancetas, hojas de afeitar o cuchillos. Generalmente, se utiliza el mismo utensilio para cortar a varias niñas. Posteriormente, la herida producida se cura con hierbas y otros procedimientos tradicionales.

*“Utilizan el mismo cuchillo para todas. Me sujetaron y me vendaron los ojos. Sin medicamentos, sin calmante, te ponen algunas hierbas machacadas ahí y después si vas a orinar te pica, te duele”* (E1).

*“No tomábamos nada para el dolor”* (E7).

*“No había medicamentos, solo plantas”* (E11).

*“El cuchillo que es de una mujer, la mujer que lo utilizaba hace 30 años, es el mismo que utiliza hasta ahora, porque es como algo como de buena suerte. No hay desinfección. El cuchillo es marrón hasta que no puede cortar bien es el mismo”* (E15).

*“Las limpian cada día y le echan crema de la selva y eso y en unas semanas se curan todas”* (E14).

*“Lo tradicional es con cuchilla de afeitar. Nosotros estamos acostumbrados a tomar plantas, no medicinas como aquí. Con el tiempo la gente llevará al niño al médico y a las niñas también para esto”* (E24).

### CAPÍTULO III. RESULTADOS

Incluso entre las niñas mutiladas en casa, el procedimiento se realizó bajo medidas asépticas deficientes y se las curó con procedimientos tradicionales. Si bien, una contó con medicinas y otra afirma que utilizaron una lanceta para cada niña.

*“Fue en la casa de mi abuela, me lo hicieron a mi sola. Pero luego mis hermanas lo han hecho con mucha gente, pero yo me acuerdo que yo estaba sola. No había medicamentos para el dolor, la cosa que ella ha puesto siempre era mantequilla o crema de cante, nada más. Luego te pone un cacharro grande con agua caliente y sal y te pone dentro y luego te saca y te pone la mantequilla y ya está, nada más. Ni pastillas para el dolor ni nada, que barbaridad”* (E15).

*“Ellas tienen que lavarte con agua caliente para que cure”* (E22).

*“Tenía mucho dolor, no había anestesia. Había una lanceta para cada niña”* (E11).

Solo una de las mujeres narra que su padre le proporcionó medicamentos una vez mutilada para evitar mayores sufrimientos e infecciones:

*“Después de cortarnos [en el jardín] nos llevaron a casa y nos cuidaron. Mi padre compró medicinas. Él era maestro y sabe mucho”* (E2).

#### 5.2. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DE LA MGF

Estas mujeres presentaron consecuencias inmediatas derivadas del procedimiento, pero también a largo plazo, tanto en la esfera de la salud física como psicológica, sexual y obstétrica.

## 5.2.1. Consecuencias físicas

Las mujeres sufren y sufrieron diversos síntomas derivados de la mutilación de sus genitales y que afectan notablemente a su salud.

**Consecuencias físicas a corto plazo**

Tras la mutilación aparece un intenso dolor, picor, hemorragia, dificultad para orinar y escozor de la zona genital que puede durar de 15 días a 3 meses, dependiendo del caso. Sin embargo, las niñas saben que no deben mostrar debilidad ante estos síntomas.

**Tabla 11. Consecuencias físicas a corto plazo**

Sintomatología	Testimonios
<b>Dolor</b>	<p>“Muy mal, duele mucho” (E22)</p> <p>“Dolor, no podía moverme ni sentarme al orinar” (E17)</p> <p>“En ese momento, hay que dar la imagen de que eres fuerte. Pensaba que no lloro, que no voy a llorar, que soy fuerte y así se te pasa, pero dolerte sí que duele” (E1)</p>
<b>Picor</b>	<p>“A mí me dolía mucho hasta la hora en que salí del bosque. Estuve 3 meses para curarme porque me daba miedo y cuando me picaba me rascaba y no se curaba” (E4)</p>
<b>Hemorragia</b>	<p>“En el momento tuvo hemorragia, pero después no” (E22)</p>
<b>Disuria</b>	<p>“Me dolía mucho al orinar” (E22)</p> <p>“Tenía dolor, cuando vas a ir a hacer pipí se pica” (E6)</p> <p>“Cuando vas a ir a hacer pipí también mucho dolor, te pica, te escuece. A los 15 días se me pasó” (E7)</p> <p>“Cuando hace pipi me duele, pero cuando se cura todo bien” (E2)</p>

### Consecuencias físicas a largo plazo

Algunas de las entrevistadas a las que sometieron a mutilación genital presentan hasta hoy ciertos síntomas que pueden estar ocasionados por dicha práctica, tales como:

**Tabla 12. Consecuencias físicas a largo plazo.**

Sintomatología	Testimonios
<b>Hepatitis B</b>	“Tengo hepatitis B” (E16)
<b>Esterilidad</b>	“Una de las hermanas no puede tener hijos por esto, porque se la practicaron mal” (E19).
<b>Infecciones de orina recurrentes</b>	<p>“A veces tengo infecciones de orina, ahora mismo no pero a veces” (E20).</p> <p>“Algunas veces tengo infecciones de orina” (E7)</p> <p>“Una o dos veces me pasa que cuando quieres hacer pipí puede poco” (E24).</p>
<b>Problemas en el aparato genital</b>	“Sí, tengo...no sé cómo se llama, a veces sale atrás. Tengo dentro de la vagina” (E22).

#### 5.2.2. Consecuencias psicológicas

Aparecen sentimientos de tristeza, rabia y dolor al recordar la mutilación que continúan afectando su salud mental incluso años después.

**Tabla 13. Consecuencias psicológicas.**

Problemas psicológicos	Testimonios
<b>Recurrencias al acto traumático</b>	<p>“No me gusta mucho hablar de esto porque... es que yo de esto he estado mucho tiempo teniendo miedo de cuchillos, cada vez que veo un cuchillo estaba nerviosa porque me recuerda la cosa esta con esta mujer” (E15).</p> <p>“Estaba traumatizada. La sangre también no puedo verla porque como te baña en un cacharro grande lleno de agua y luego esa agua sale así de rojo, entonces cada vez que veo sangre me asusta” (E15).</p>
<b>Alteraciones del sueño</b>	<p>“Sí, lo recuerdo muy bien, ese día no se me va a olvidar nunca. He llorado tanto, tanto, tanto. En ese momento chillaba, gritaba y todo. Es algo muy difícil de olvidar. Muchas veces tenía sueños de todo esto. Pero después se me borraron, ¡qué milagro! He pasado por tanto. Puede que otras cosas que me pasaron vengan también de ahí, no lo sé” (E1).</p>
<b>MIEDO</b>	<p>“Nada más ver a alguien que se parece a esta mujer o escuchar su nombre solo me dejaba muerta, miedo sí” (E15).</p>
<b>Dolor y resignación</b>	<p>“Me duele mucho recordarlo. Yo soy víctima, pero ya no puedo hacer nada” (E2).</p>
<b>Rabia y frustración</b>	<p>“Siento miedo, dolor, frustración y a veces enfado, porque hasta ahora me estoy preguntando por qué, no he visto la utilidad de esto la verdad” (E15).</p> <p>“Siento dolor, yo no quería hacerlo” (E11).</p>
<b>Tristeza y angustia</b>	<p>“Me da tristeza y angustia” (E15).</p>
<b>Depresión o estados de tristeza</b>	<p>“A veces me siento triste por esto” (E17).</p> <p>“Tengo tristeza y depresión” (E21 y E22).</p>

### 5.2.3. Repercusiones en la Sexualidad

La vida sexual de estas mujeres se ve afectada en dos vertientes. La primera es el *Sufrimiento en la vida sexual* que se caracteriza por miedo y dolor al inicio de las relaciones sexuales y que en algunos casos, se presenta durante cada penetración.

En los casos de infibulación (MGF tipo III) estos sentimientos son mucho más graves.

*“Allí, cuando te cortan, hay mujeres a las que van a dejar que la sangre les entre, y esto va a cerrar su vagina. No puedes tener relaciones hasta que tengas marido, entonces tienes que volver otra vez para que te abran. Tengo una amiga a la que le hicieron eso. Es muy duro, eso te va a doler” (E3).*

La otra vertiente afectada es el *placer sexual*: pues muchas mujeres presentan escaso deseo sexual, así como anorgasmia. Otras refieren llegar a sentir placer, pero únicamente tras estimulación sexual duradera.

**Tabla 14. Repercusiones en la sexualidad**

Problemas en las relaciones sexuales	Testimonios
<b>Miedo</b>	<p>“La primera vez tenía mucho miedo” (E15) (E24).</p> <p>“Tenía miedo. Hay gente que llora” (E4).</p> <p>“Mucho miedo, porque ahí desde que la mujer ha hecho lo que ha hecho nadie más ha vuelto a mirar. Y he estado con mi marido casi un mes sin penetración porque me recordaba, de verdad, el cuchillo de la mujer. Él me decía siempre, esto no puede seguir así, pero yo sigo con el miedo que no puedo explicar a nadie. Al final ha sido un poco paciente, al final he dicho voy a hacerlo, solo tengo que aguantar un poco, yo pensaba que sería un dolor grande como explicaba la gente pero no ha sido así” (E15).</p>
<b>Dolor</b>	<p>“Si, duele mucho... duele mucho. Las primeras veces, duele mucho. No me puedo sentar, cuando yo quiero cocinar, no puedo, me tengo que sentar en una silla, no puedo levantar mucho tiempo” (E22).</p> <p>“Yo me desmallé por el dolor” (E6).</p> <p>“Yo ahora no tengo mucho dolor, sólo un poquito. Si fuera por mí, lo haría solo una vez en la semana” (E5).</p> <p>“Tengo dolor desde el principio. Ahora también” (E24)</p>

<p><b>Anorgasmia</b></p>	<p>“Mi hermana dice que no siente nada” (E19).</p> <p>“Yo no sé si siento menos porque no sé lo que sienten las que no están cortadas, pero hay un hombre que tiene una mujer que ha hecho Sunna, después ha cogido una segunda que no, dice que la mujer que no está cortada siente más deseo que la otra. Por eso dice que el clítoris es importante, que lo que hace que la mujer sienta placer con el hombre es el clítoris” (E3).</p> <p>“No placer no. No me gusta” (E24).</p> <p>“No sé por qué, yo puedo estar con un hombre pero no... no me gusta. Cuando lo hago, no disfruto. No sé por qué, pero, no sé si es mi naturaleza, si soy así. A lo mejor es porque me cortaron esto” (E1).</p>
<p><b>Dificultades para lograr placer sexual</b></p>	<p>“Sí siento pero me cuesta un tiempo para sentir” (E17).</p> <p>“la sensibilidad normal de la mujer no puedes tenerla, hay que estar con un hombre muy cariñoso y muy paciente para estar feliz. Porque las relaciones sexuales..., por ejemplo, sobre 5 relaciones sexuales te vas a tener una satisfacción, un poco. Eso como mujer tú lo sientes y sabes que hay algo, que eso no es normal. Yo tardeo mucho para sentir algo y cuando lo siento no está fuerte” (E15).</p>

También se detectó un problema no resuelto de *planificación familiar*, pues la mayoría de las mujeres que no desean tener más hijos, no utilizan métodos anticonceptivos o en caso de hacerlo, son métodos poco fiables. Además pueden presentar prejuicios para usar dichos métodos.

*“Yo quiero usar un DIU o pinchar, no quiero quedarme embarazada” (E21).*

*“Yo siempre utilizo una cosa que se llama hierbabuena. Cuando terminas tu regla tienes que calentar el agua hasta que caliente, limpiar la hierbabuena bien, meterlo. Dejar 10 minutos y beber. Si lo haces cada vez que termina tu regla, no puedes embarazarte” (E11).*

*“Si tienes confianza con la persona y se enamora mucho no se usa condón” (E22).*

#### 5.2.4. Consecuencias en el ciclo gravídico-puerperal

En cuanto a la vida reproductiva, aparecen diferentes problemas asociados a la MGF.

Durante el embarazo, algunas presentaron infección, fiebre, hiperémesis y abortos recurrentes. Durante el parto, la mayoría precisó de episiotomía o cesárea.

La relación de consecuencias en el embarazo y parto es importante, pues de las mujeres entrevistadas, 15 estaban mutiladas y habían tenido hijos. De estas mujeres mutiladas con hijos, 11 sufrieron diversos problemas en el embarazo o parto. Especialmente en cuanto a la necesidad de realizar episiotomías o cesáreas (9 mujeres). De hecho, en algunos casos una misma mujer ha sido sometida a episiotomía en el primer embarazo y cesárea en el segundo o viceversa. Produciéndose un total de 5 cesáreas y 7 episiotomías.

*“La primera con cesárea, la segunda aquí, tuvieron que provocar el parto y la sacaron con ventosa. Nunca se me ha movido el vientre para las contracciones ni nada. Allí en mi país hasta pasar la fecha y aquí también tuvieron que provocar el parto. No sé si viene de este problema de este tema” (E1).*

*“Fue cesárea porque tenía 2 días de dolor que me duele mucho. Creo que fue por eso. Era pasada la fecha” (E9).*

*“Episiotomía sí. Tenía dolor al practicar el sexo. Me dieron 8 puntos” (E16).*

Sin embargo, muchas mujeres no relacionan la MGF con problemas en el parto ni otras complicaciones que experimentaron en su vida:

*“Yo para mí, el día que fui a dar a luz no tenía ningún problema. No se otras, pero yo no tengo ningún problema por esto”* (E14).

*“A mí no me paso nada nada, gracias a dios que no me ha pasado nada”* (E1).

En el caso de E1, esta sufrió consecuencias psicológicas derivadas de la MGF, así como un intenso dolor durante ésta. Pero al no experimentar otras complicaciones a corto plazo, considera que la MGF no ha tenido más efectos sobre su salud. No siendo hasta que comenta sus vivencias respecto a la MGF que comienza a preguntarse si la anorgasmia y problemas durante el embarazo pueden ser consecuencia de este rito.

Otra consecuencia de la mutilación genital femenina, son los sentimientos de vergüenza, por ser diferentes genitualmente, que surgen en las mujeres mutiladas ante las exploraciones vaginales propias del embarazo que realizan los profesionales sanitarios en nuestro país.

*“Tenía vergüenza porque cada persona que me viese iba a decir ¡ahí le falta algo en su...! Pero nadie me preguntó por eso”* (E1).

*“Me daba vergüenza porque no soy normal como ellas, porque ellas tienen todo”* (E2).

#### 5.2.5. Profesionales sanitarios ante la MGF

Las mujeres acudieron a todos los controles médicos durante el embarazo y puerperio y solo 2 de ellas realizaron el parto en el domicilio, el resto en el hospital. Por lo que a lo largo del embarazo, parto y puerperio, tuvieron contacto con profesionales sanitarios, que continuó en los controles al recién nacido. Así pues, las mujeres acudieron al centro de salud y al hospital a pesar de la vergüenza y la preocupación ante la reacción de los profesionales al ver sus genitales mutilados.

La percepción de todas las mujeres entrevistadas respecto al trato profesional recibido en su salud sexual y reproductiva es muy buena, percibiendo una buena atención e información.

Sin embargo, estas mujeres narraron problemas de planificación familiar no resueltos, falta de identificación de la mutilación genital durante las exploraciones vaginales y deficiencia en el tratamiento del problema, puesto que ningún profesional sanitario ha afrontado hasta el momento, su mutilación genital con ellas.

Por lo tanto, los resultados muestran una insuficiente actuación sanitaria, no sólo en la detección de la MGF sino en abordar las consecuencias para la salud que las mujeres puedan presentar como consecuencia de ésta práctica, incluida la salud psicológica y su sexualidad. Así como en informarlas sobre las posibilidades de cirugía reparadora que existen en nuestro país, pues una de las entrevistadas está interesada en esta cuestión y desconoce que puede optar a este tipo de intervención en España. Así mismo E1 desconoce que existe cirugía reparadora de la MGF.

*“En mi país hay un médico que dice que puede repararlo y cuando yo estuve allí en mis vacaciones les he dicho a mis hermanas que tenemos que pedir cita para hacerlo. Ella se reía de mí pero es verdad, es para saber lo que es una mujer de verdad” (E15).*

*“Ha reparado a muchas mujeres pero no en mi familia. Yo les digo a mis hermanas que se apunten para repararlo. Es gratis. Si te han quitado una parte de ti, tienes que devolverla para saber lo que es. Pero una de mis hermanas tiene un poco de miedo y dice, no hace falta, estoy feliz así” (E15).*

*“Te lo han sacado (el clítoris) y ya, porque no puedes devolverlo de donde te lo han sacado” (E1).*

### 5.2.6. Consecuencias para los hombres

Al narrar las consecuencias para la salud que la MGF les ha ocasionado, especialmente en lo referente a su sexualidad, 16 de las entrevistadas también mencionan a los hombres en general y a sus respectivos maridos en particular opinando si éstos prefieren a las mujeres mutiladas o no mutiladas y qué les proporciona más placer, así como si la vida de un hombre puede verse afectada también por la MGF.

En este sentido las posiciones pueden dividirse en 3 subcategorías:

La MGF es negativa para el hombre: Algunas mujeres refieren que los hombres prefieren que las mujeres no estén mutiladas, pues si la MGF no es buena para la mujer, tampoco lo será para el hombre.

*“Hablando con amigas o primas que lo han hecho, ella me ha confiado que nunca ha tenido satisfacción con su marido. (. . .) Y se pelea, a veces con el marido porque él le está diciendo siempre que ella no participa, que está mirando al hombre hacer lo que quiere hacer y luego se va porque ella dice que no puede sentir nada (. . .) Su marido dice que no siento que estoy con una mujer, que me voy a buscar otra. (. . .) Si la mujer no se siente mujer, porque no puede disfrutar de la relación, no será tampoco bueno para el hombre” (E15).*

*“Hay un hombre que antes tiene una mujer que ha hecho Sunna y después ha cogido la segunda que no, dice que la mujer que no tiene esto siente más deseo que la otra. Por eso dice que el clítoris es importante. Dice que es para que la mujer se sienta bien con el hombre es por el clítoris” (E3).*

Ambigüedad: Muchas entrevistadas refieren que la preferencia del hombre dependerá del mismo, pues unos prefieren una mujer cortada y a otros les gusta más sin cortar. Además hacen referencia a que ellos saben que las mujeres de una determinada zona o etnia están cortadas, por lo que la elección de esposa la hacen

sabiendo si la misma está mutilada o no. A continuación se exponen algunos testimonios al respecto:

*“Pues no sé, depende de ellos. Si uno no quiere pues se buscara a una que no esté cortada. Pero ellos mismos lo saben, porque vivimos en el mismo pueblo, y las que pasan por ahí lo saben, Porque sus hijas también van. Entonces no hay ningún problema”* (E8).

*“Tú sabes los hombres, cual quiere, hay hombres que le gusta ese, hay hombres que no le gusta”* (E24).

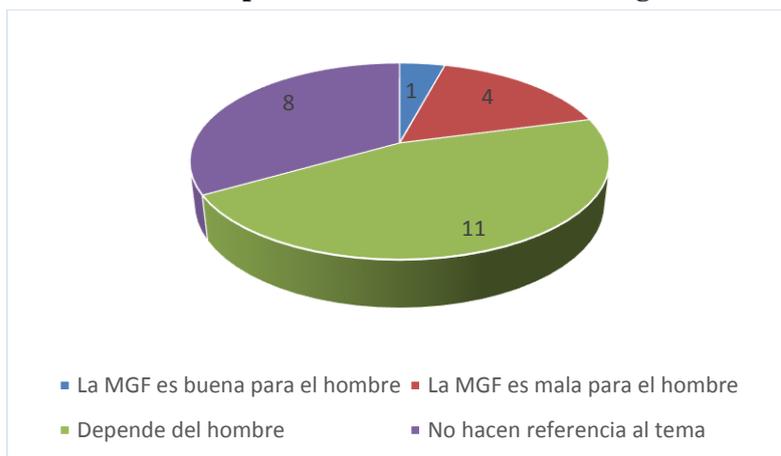
*“No lo sé pero mi marido sabe que tenemos Yonga”* (E11).

*“A los hombres eso les da igual”* (E14).

*“Hay diferentes gusto. Pero no todos los hombres les gusta esto”* (E22).

La MGF es buena para el hombre: Tan sólo una de las entrevistadas refiere que los hombres prefieren estar con una mujer mutilada.

*“En otras familias los hombres quieren que su mujer esté cortada”* (E13).

**Gráfica 20. Consecuencias para los hombres de la MGF según las entrevistadas**

### 5.3. JUSTIFICACIONES DE LA MGF

Entre los motivos por los que se perpetúa la práctica, la mayoría de mujeres hacen referencia a la tradición, pues consideran la MGF como parte de su cultura. Otro de los motivos destacados es la presión social que se incrementa bajo la justificación de que la MGF disminuye el deseo sexual y por tanto mejora la autocontención sexual y en hacer a las niñas casaderas. Otro argumento importante es la religión, pero también existen razones de belleza o de rito de paso a la edad adulta para continuar cortando los genitales de las niñas.

En la tabla 15 se exponen los testimonios de las mujeres clasificados en los motivos que refieren.

**Tabla 15. Justificaciones por las que se realiza**

Justificaciones	Testimonios
<b>Cultura</b>	<p>“Es algo cultural” (E11).</p> <p>“Es por cultura, la religión tampoco quiere (E20).</p>
<b>Tradicición</b>	<p>“En todas las etnias de mi país se hace” (E21).</p> <p>“Hay muchos musulmanes, pero no todos los hacen, por eso creo que es solo costumbre” (E8).</p> <p>“Hay familias que dicen que el <i>Yonga</i> es una costumbre. Es una tradición” (E13).</p> <p>“Es una tradición familiar, entonces si eres parte de una familia que hace esto, si una no lo hace parece que le falta algo, que no está limpia para estar dentro de las mujeres de su familia” (E15).</p> <p>“Ellos creen que es cosa de musulmanes pero es cosa de tradición” (E2).</p> <p>“Se hace por ignorancia creo, por no saber. Por <i>tradicición</i>. <i>Es más una cosa de tradición que de religión</i>” (E19).</p> <p>“La madre de mi madre la ha hecho, y luego mi madre. Familia a familia se ha hecho. Es una tradición” (E12).</p> <p>“Yo creo que es bueno para una mujer hacer lo que dicen los antiguos abuelos” (E4)</p>
<b>Belleza</b>	<p>“Es más bonito cuando se corta eso” (E24)</p>
<b>Religión</b>	<p>“Dicen que es por religión” (E17).</p> <p>“Por nuestra religión, dice que es muy bueno para las niñas” (E16).</p> <p>“Dicen que es por religión. Yo no entiendo de eso” (E14).</p> <p>“Los cristianos no lo hacen, sólo musulmanes. Hay gente que habla que eso es de religión, hay gente que dice que eso no le parece de religión. En mi familia nadie me dice nada” (E7).</p> <p>“En nuestra religión si la haces no pasa nada y si no la haces no pasa nada. No es obligatorio para la mujer” (E11).</p>
<b>Autocontención sexual</b>	<p>“Dicen que una chica que no lo hace le van a gustar mucho los hombres. Eso comentan, no sé si es verdad o no. ¡Pero eso es mentira eh porque las chicas que lo tienen hecho van más que tú!” (E14).</p> <p>“Dicen que las mujeres que no cortan el clítoris no puede aguantar, que se puede ir con cualquier hombre y que si lo cortas vas a tener más resistencia, por ejemplo, un marido puede viajar, dejarte 10 años y tu estarás en tu sitio porque no tienes ganas de hacer algo. Entonces como los maridos en África son un poquito machistas, les gusta controlar todo y saben que esta mujer lo ha hecho entonces puede aguantar mi ausencia” (E15).</p>

<p><b>Disminuye el deseo sexual</b></p>	<p>“A veces los mayores hablan, yo oigo: dice que la mujer suda flujo, el líquido mancha la ropa y la gente te verá y es muy feo. Por eso cortan. Ellos dicen que si la mujer se corta no siente nada” (E22).</p> <p>“Lo hacen para no ir detrás de los hombres. Piensa que las mujeres van detrás y... no se satisfacen, que le gusta más y más. Piensa que cuando te quita eso te quita el gustito, con tu marido y ya está” (E23).</p>
<p><b>Rito de paso a la edad adulta</b></p>	<p>“Te lo hacen y ya eres una mujer” (E14).</p> <p>“Al final hacen una gran fiesta y se acabó y te dicen: ¡que ya eres una mujer, que ya eres una mujer! Tanto has sufrido para ser una mujer” (E1).</p> <p>“A veces, oyendo a las mujeres hablar, ellas piensan que una mujer q no ha pasado por eso no es completamente una mujer” (E9).</p>
<p><b>Hacerlas casaderas</b></p>	<p>“En Nigeria, hay sitios que si de niña no lo haces no te puedes casar. El marido lo pide. Si no lo ha hecho de pequeña, lo tiene que hacer de grande antes de casarse. Hay gente así” (E23).</p> <p>“Hay familias que.., por ejemplo, ella tiene que casarse con un hombre, esta familia no acepta a una mujer que no lo haya hecho. Y la gente se puede reír de ella. O que tengan problemas con su marido. Porque hay mujeres que no lo han hecho, se casan, tienen problemas con su marido, y al final, ellas mismas se van para hacerlo” (E15).</p> <p>“En mi familia no, pero en otras familias el hombre prefiere que tenga <i>Yonga</i>” (E13).</p>
<p><b>Presión social</b></p>	<p>“Yo no fui, a la fiesta sí pero al sitio donde estaban no. Mi madre si se iba y ella me lo contaba. Las mujeres que no lo tienen echo no pueden entrar” (E14).</p> <p>“No hacerlo está muy mal visto. Las demás no saben que yo no lo tengo hecho, sino pensarían mal de mí” (E19).</p> <p>“Mi padre tienes tres mujeres, dos de sus mujeres que han pasado por eso, una que no era de nuestra etnia, no se lo ha hecho. Así que ella no puede entrar en las fiestas del bosque, tiene que quedarse en casa. Mucha gente quiere pasar por esto porque piensa que si no lo hace no podrá participar en las actividades de la comunidad, entonces se sienten obligadas a hacerlo” (E1).</p> <p>“Ellas sienten que son mejores porque le han quitado eso. Incluso te da vergüenza que a ti no te lo han hecho. Las que lo han hecho piensan que son mejor que tú, que tú vas de un chico a otro” (E23).</p> <p>“Tenía una amiga que no se lo había hecho porque vivía en la ciudad. Entonces cuando vino al pueblo las otras la insultaban con unos insultos secretos en forma de gesto que se aprenden en el bosque. Ella se sintió mal por esto y quiso hacérselo para dejar de pasar vergüenza” (E3).</p>

#### 5.4. PERSONA QUE TOMA LAS DECISIONES IMPORTANTES SOBRE LOS HIJOS

Las entrevistadas coinciden en que es el padre quien toma las decisiones importantes con los hijos. Así lo narra la entrevistada E1: ***“Nuestra costumbre es que el hombre siempre es el cabeza de familia. Él tiene la última palabra. La mujer siempre, aunque quiera una cosa, la palabra final es del hombre”***.

Sin embargo, afirman que cada vez más, las mujeres tienen más capacidad de dar su voto, especialmente desde que viven en España, pues el conocimiento de otras culturas y realidades amplía las perspectivas personales hacia la igualdad, siendo en muchas ocasiones, las decisiones que se toman respecto a los hijos, parte de un acuerdo mutuo entre padre y madre. Esto también sucede en el propio país según el grado de formación del hombre, pues E23 afirma que ***“los hombres que van a la universidad comparten las tareas, las decisiones, pero los que se sienten machos, piensan que son ellos los que tienen que mandar”***.

#### 5.5. PERSONA QUE DECIDE MUTILAR A LAS NIÑAS EN LAS FAMILIAS

En cuanto a la decisión de mutilar a las niñas, éste ha sido un tema tradicionalmente femenino. Así lo narra una de las entrevistadas:

***“Hay hijas a las que las madres le hacen eso pero los padres no lo saben. Hay veces que tu padre no sabe nada de eso. Es cosa de mujeres”*** (E8).

Tal y como cuentan las participantes, una figura importante en la decisión de mutilar a las niñas son las abuelas, especialmente la abuela paterna. Según el testimonio de la mitad de las mujeres, fueron sus abuelas las encargadas de mantener la tradición.

***“La madre de mi padre, como es una costumbre que todas tienen que pasar por eso le dijo a mi padre: tienes que traer a las niñas,***

*porque está pasando tiempo, porque se van a hacer mayores sin pasar por eso, y cuanto más mayor sean va a ser más difícil para ellas porque les va a doler más; Una herida de bebé se cura antes que en una persona mayor. Entonces mi padre no pudo oponerse porque es una costumbre que ha estado ahí muchos años. Desde siempre. Entonces me llevó al pueblo. El plan era ese” (E1).*

*“Fue mi abuela. Ninguna de mis hermanas quería” (E19).*

*“Nuestras abuelas siempre, son las que mandan. Las que conservan las tradiciones” (E15).*

Además de las abuelas, las mujeres nombran a las madres y tías como responsables de la decisión de mutilarlas, generalmente con el consentimiento paterno.

La MGF pertenece a la sociedad de las mujeres y los hombres no interfieren en ella a pesar de que algunos expresan su opinión sobre este rito. Este es el caso del padre de una entrevistada que se oponía a la MGF, pero que finalmente acabó sucumbiendo a la decisión de su mujer por motivos de pertenencia a la comunidad y presión social.

*“Mi padre no quería, pero mi madre insistía e insistía hasta que al final dijo que sí. Porque por ejemplo, hay un lugar en el que si tú no lo has hecho no vas. También te insultan” (E2).*

Del mismo modo que algunos hombres se oponen a la MGF, otros pueden estar a favor, lo que pondría en riesgo a las niñas, pues la voz del hombre es escuchada, incluso sobre un tema tradicionalmente femenino.

*“Si yo tengo una niña y mi marido dice que sí, porque en mi país es así, los hombres mandan” (E20).*

## 5.6. EL TABÚ Y EL ENGAÑO DE LA MGF

Todas las entrevistadas coinciden en que la MGF es un tema tabú en su sociedad, no se les informa ni se explica a las niñas antes de realizarles el procedimiento, sino que, por el contrario, se las engaña para evitar que opongan resistencia. Es por ello que la norma social prohíbe que se hable de esto.

*“No se habla, es un tema muy delicado” (E20).*

*“Yo, lo que se de mí, Yo nunca he hablado de Sunna con mis amigas. Es algo que es en el bosque y tener que dejarlo en el bosque. Es un secreto. No puedes decirlo porque si lo dices van a tener miedo para ir, hasta que lllore o hasta se puede escapar” (E4).*

*“Se prohíbe hablar de eso. Hasta la canción que cantamos ahí (rito después del corte) también está prohibida cantarla luego” (E22).*

*“Si vivo con mis hermanas mayores que ya han pasado por eso, nunca van a querer, por ningún motivo del mundo, que pueda ver que les falta algo en su... que les han quitado eso. Tienen que llevar cuidado porque las niñas nunca pueden ver lo que... y nunca pueden hablar de eso delante de las niñas que no han pasado por esto. SI no, una niña que haya oído hablar de eso no va a querer ir y va a saber que cuando vaya allí se lo van a hacer. Entonces está prohibido hablarlo delante de la gente. Es una cosa como sagrada, no sé, que no se habla nunca, que no se habla. Te dicen vamos a una fiesta con una comida que hacen que a las niñas les gusta mucho, y entonces vamos a esta fiesta, hay un montón de comida. Todas las madres, todo el mundo, todo el pueblo hace esa comida para llevarla allí. Porque las niñas si ven que están*

*llevando la comida al bosque van a querer ir a esa fiesta. Y así engañan a las niñas”* (E1).

### 5.7. LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN LA ESCUELA

A la mayoría de mujeres no le informaron de la MGF antes de realizársela y permanecieron en silencio durante mucho tiempo después de ser mutiladas, sin embargo, algunas refieren que ahora se está comenzando a tratar, incluso en los colegios, lo que podría suponer el final del tabú y el cuestionamiento de la práctica.

*“Ahora se puede hablar”* (E12).

*“Antes en el colegio no se decía nada, ahora se habla un poco”* (E11).

Algunas de las entrevistadas cuentan que se les habló de esta práctica en el colegio, sin embargo, la información no fue clara, estaba cargada de connotaciones culturales que llevaban a profesoras a defender la práctica y a otras a oponerse a ésta. Una de ellas refiere además que cuando le hablaron por primera vez de este procedimiento ya era tarde para ella, pues había sido previamente mutilada.

*“Si se habla. Hay profesoras que dicen, sí es bueno, hay profesoras que dicen es malo. Porque en la vida hay cosas viceversas, hay gente que la quiere, hay gente que no está de acuerdo con esa Sunna. Es como una lotería hay gente que lo quiere y gente que no. Hay profesoras que dicen, cuando haces Sunna te vas a afectar otras cosas, puedes tener problemas. Pero bueno, todas las cosas tiene que estudiarlo para saber”* (E4).

*“En el colegio a veces hablamos de eso, de los inconvenientes que hay, de quien lo hace, de quien está de acuerdo, pero siempre hay gente que está a favor y gente que no”* (E15).

*“Si me hablaron en la escuela. Pero ya era tarde para mí”* (E2).

## 5.8. DERECHOS DE LAS MUJERES

En las siguientes citas se muestra la vulneración de la autonomía y de derechos humanos a las que son expuestas las niñas al ser sometidas a esta cruenta práctica.

*“Yo no quería hacerlo (la MGF)”* (E11).

*“( . . . ) Nunca puedes hablar de esto delante de una niña que no ha pasado por esto, si no, una niña que ha oído hablar de esto no va a querer ir. ( . . . ) las niñas si ven que estas llevando comida al bosque van a querer ir a esa fiesta. Y así engañan a las niñas”* (E1).

*“Si me hubieran preguntado nunca me lo haría pero como es una costumbre y te llevan allí sin saber lo que está pasando dentro. Ya está, te lo han sacado y ya, porque no puedes devolverlo de donde te lo han sacado”* (E1).

*“Yo aunque me lo han hecho yo soy víctima, no estoy de acuerdo, entonces no voy a pelear contra la otra que no ha sido (cortada), porque a mí eso me duele, me duele, pero no tengo remedio, hay que vivir con esto. Así es la vida ¿no?”* (E2).

La entrevistada E8 reclama a través de esta frase su derecho básico a vivir tal y como ha nacido, sin que tengan que mutilar ninguna parte de su cuerpo:

*“Porque ¡yo no sé por qué! Hemos nacido con eso, ¿Por qué nos lo quitan?”* (E8).

Esta violación de derechos no acaba con la MGF sino que estas niñas y mujeres son sometidas a otras prácticas patriarcales que las privan de su infancia en el caso de la niña que fue casada con 10 años. Pero también son violados sus derechos sexuales, primeramente al ser privadas del placer, pero también al no poder escoger el número y frecuencia de las relaciones sexuales que desean tener y si desean o no estas relaciones sexuales.

*“Si fuera por mí, lo haría solo una vez en la semana”* (E5).

Si bien, como ya han expuesto las mujeres que narraban que en España las decisiones sobre los hijos comienzan a ser conjuntas y no solo del padre, E21 también expone que puede comenzar a hablar de su sexualidad y de lo que ella siente. Pues las mujeres inmigrantes conocen y comienzan a disfrutar de sus derechos de expresión una vez en España, fuera de su país de origen.

*“Durante mucho tiempo no pude decirlo. No me gusta la primera vez con mi marido, me molesta mucho”* (E21).

*“Mis hermanas, aunque no lo digan yo creo que sí. Porque están ahí sufriendo en silencio. Están en una sociedad que no se atreven a decir las cosas como nosotros. Están en Senegal”* (E19).

*“Porque en mi país es otra cosa. No le puedes decir a tu pareja: a mí me gusta eso. Porque ellos te van a mirar cómo, esa es más putilla. No, te callas. Aquí en España hemos aprendido mucho. Yo ahora puedo decir a mi pareja, a mí me gusta esto”* (E23).

Otra de las participantes describe un caso en el que la mujer tiene relaciones sexuales sin poder disfrutar de ellas, únicamente por satisfacer a su marido. A lo que la entrevistada se niega y rechaza una práctica que suprime los derechos sexuales de las mujeres.

*“Hablando con amigas o primas que lo han hecho, ella me ha confiado que nunca ha tenido satisfacción con su marido. Y tiene muchas hijos, entonces está con el marido, pero por hacer sus deberes, pero no le gusta, no siente nada. Y se pelea, a veces con el marido porque él le está diciendo siempre que ella no participa, que está mirando al hombre hacer lo que quiere hacer y luego se va porque ella dice que no puede sentir nada. Entonces he dicho no, eso no” (E15).*

### 5.9. ACTITUDES ANTE LA PERPETUACIÓN DE LA MGF

Las entrevistadas E3, E10, E13, E18, E20 y E23 afirman que en sus familias no se realiza la MGF, pero que conocen muchos casos en su entorno. Estas mujeres se posicionan contra la MGF y no se la realizaron ni quieren realizársela a sus hijas. Además no recibieron presiones sociales para someter a sus hijas a dicha práctica.

Según narran algunas de estas mujeres, la MGF está dejando de reproducirse en las generaciones más jóvenes de sus familias (E11, E15, E19, E14), teniendo en casa alguna hermana menor no mutilada o incluso ellas mismas si eran las menores.

*“Todas menos la más pequeñas porque tuvo suerte porque a sus hermanas le han hecho eso pero tenía hemorragia, mi hermana pequeña, la mujer no ha podido parar la hemorragia y la llevaron al hospital, la ingresaron y tenían miedo de que la llevaran a la policía o que se muera la niña, porque la madre ha tenido mucho miedo y por eso a su última hija ya no la ha hecho” (E15).*

*“Las de mi generación son las que no la tienen. Las mayores sí” (E19).*

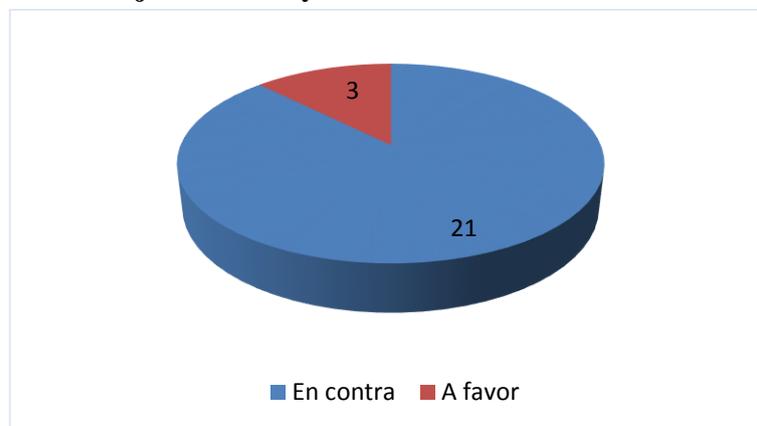
*“Mis dos hermanas sí, pero la pequeña no. Porque cuando nosotras nos la hicimos ella es demasiado pequeña y no podía*

*“hacérselo. Ahora es mayor y mi madre dice que no, ya no quiere”*  
(E11).

*“Yo estuve allí cuando lo iban a hacer, pero mi padre no quiso que me lo hicieran, entonces las chicas que no lo hacen no van allí. Mi madre sí se iba y ella me lo contaba”* (E14).

En cuanto a realizar la MGF a sus hijas, la mayoría (21) se posiciona en contra, mientras que E4, E5 y E24 están a favor de perpetuar la práctica.

**Gráfica 21. Mujeres a favor y en contra de realizar la MGF a sus hijas.**



Una de ellas no tiene hijas, pero si las tuviese estarían en riesgo de ser mutiladas. La otra entrevistada tiene una hija en Senegal que fue mutilada genitalmente, y por último, E24 no ha mutilado a su hija, pero la anima para que ella misma lo haga al cumplir la mayoría de edad.

**Gráfica 22. Cantidad de hijas mutiladas, no mutiladas y en riesgo**



Todas las mujeres no mutiladas afirman no desear practicar la MGF a sus hijas, mientras que una minoría de las mujeres mutiladas desea reproducir esta tradición en sus hijas.

**Gráfica 23. Mujeres mutiladas que desean mutilar a sus hijas frente a las que no**



Entre las *mujeres contrarias* a la MGF, muchas han recibido presiones por parte de sus familiares y algunas no han podido evitar que mutilasen a sus hijas pese a oponerse. Este es el caso de E11 y E22, que dejaron a sus hijas a cargo de familiares para venir a vivir a España, manteniendo contacto con sus hijas y familiares únicamente mediante teléfono.

*“A la pequeña se la llevaron de vacaciones al pueblo de su padre [donde todas las niñas están mutiladas]. Se la hicieron sin avisarme. Su padre tampoco quería, su padre está aquí conmigo. Ya no puede hacer nada. Pero a la mayor no, yo no quiero”* (E11).

*“Dejé a mi hija con mi madre para venir a España. Se lo hicieron allí. Me hubiese gustado ir para impedirlo”* (E22).

Otras han conseguido convencer a sus madres para que no mutilen a sus hijas, pero tienen miedo de que puedan cortarlas sin su permiso:

*“Tengo una hija en Senegal. La cuida mi madre y yo no quiero que vaya al pueblo para que no se lo hagan. Mi madre sabe que yo no quiero y va a respetarlo. Cuando sea mayor le contaré por qué no quería que fuese al pueblo”* (E1).

En los casos en las que las familias dependían de la cooperación de estas mujeres y sus maridos para mutilar a las niñas, pues precisaban que llevarán a la niña de viaje al país de origen, las mujeres se mantuvieron firmes a sus convicciones y rechazaron la mutilación genital pese a la insistencia y presiones de sus familiares.

*“Mi marido tiene una hermana que ha traído para que me ayude en la casa y todo eso, entonces la hermana es ya una mujer. Entonces ella no lo hizo y antes me estaban llamando su familia porque en su familia todos lo hicieron menos ella, entonces me estaban llamando para que yo la llevara a Senegal para que se la hicieran. Entonces le he dicho a mi marido ¿Cómo lo ves? ¿La llevamos o no? Yo lo que tú digas porque es tu familia. Entonces mi marido me contesta “lo que tú decidas”, y yo le digo pues a mí como no me lo han hecho pues no quiero. Así que ya está. Llamamos y dijimos que no. Y ella tampoco quiere. Eso paso cuando ella tenía 10 o 12 años, ahora ya tiene 21 años”* (E14).

Las mujeres que están a favor de la MGF y piensan que ésta beneficia a la mujer, pueden ejercer presión sobre otros miembros de la familia que se estén replanteando acabar con la práctica. Este es el caso de E24: *“Mi tío, una hija que él tiene no se corta, cuando creció nosotros hablábamos con ella, por qué no te cortas...”*

Tanto las mujeres que defienden la realización del corte genital, como las que recibieron presiones para continuar con el rito o cuyas hijas han sido mutiladas, fueron mutiladas previamente, siendo la mutilación una tradición en sus familias. Si bien, en el caso de E14, que no había sido mutilada por ser la hermana menor, no recibe estas presiones por parte de su familia, sino de la familia de su marido.

Tabla 16. Actitudes ante la perpetuación de la mutilación genital femenina

	Tipo practicado	MGF en mujeres de su familia	Deseos de mutilar a sus hijas	Hija mutilada	Conocimientos y posicionamiento ante la ilegalidad en España	Motivaciones para posicionarse en contra de la MGF
<b>E1</b>	(No lo sabe)	SI. En la familia de su marido.	NO	HIJA EN RIESGO. “La que tengo en Senegal no quiero que vaya al pueblo para que no se lo hagan”.	“Sí y lo veo muy bien”	
<b>E2</b>	1	SI	NO “No, nunca. Me niego”.		“Sí ¡Claro! Yo no he tenido la suerte de no hacerlo pero no quiero que se lo hagan a otra. Estoy de acuerdo con que pare”	
<b>E3</b>	NO	NO	NO		Conoce de legislación y está de acuerdo.	
<b>E4</b>	1 o 2	SI	“SI, CLARO”		“No lo sabía. Podrían respetar nuestra cultura”. En desacuerdo con la ley.	

CAPÍTULO III. RESULTADOS

<b>E5</b>	1	----	SI. “Mi hija está en Senegal en casa de su abuela, ella la cuida y se lo hizo”	Hija mutilada	“No lo sabía. Bueno he visto en la tele que en Barcelona a una mujer y a su marido de Gambia la metieron en la cárcel por hacer esto a su hija”	
<b>E6</b>	1	SI	NO “Ahora ya no. Si mi marido quisiera sería un problema”.		“No sabía que estaba prohibido pero está bien que lo prohíban. Y también en Francia está prohibido”	
<b>E7</b>	1	Si	NO		“La niña que ha nacido aquí tú no puedes hacerlo. Si la llevas a África también tú no puedes hacerlo”.	
<b>E8</b>	1	No lo sabe porque no se habla.	NO “No, nunca. Y no se lo recomiendo a nadie”.	NO	“Sé que en España es ilegal. No solo en España, en todos lados ya, hasta en Senegal”.	“Porque antes no sabíamos pero ahora todo el mundo sabe los problemas que trae. Lo que sufren las mujeres al tener un niño, como se cansan, y el sufrimiento y todo”
<b>E9</b>	1	Sí. Aunque no sabe si están	NO		“Sé que aquí es ilegal y me parece bien”	

		mutilando a las pequeñas				
<b>E10</b>	NO	No. En la familia de su marido sí.	NO. “No y mi marido no quiere”.		Conoce de legislación y está de acuerdo.	
<b>E11</b>	1	Todas excepto su hermana pequeña	NO	“A la pequeña se la hicieron sin avisarnos. La mayor no”	Conoce de legislación y está de acuerdo.	“Tiene problemas de salud ahora”
<b>E12</b>	1	SI	“Mi suegra quería pero mi marido habla con ella y le ha dicho que no. No lo han hecho”		Conoce de legislación y está de acuerdo.	“Lo vi en TV. Ahora se cortara distinto porque antes no había problemas”
<b>E13</b>	NO	NO	“NO, nunca”		Conoce de legislación y está de acuerdo.	“Porque es peligroso para las niñas”
<b>E14</b>	NO. Sus hermanas sí	Mi madre sí	NO. Decidieron no mutilar a la hermana de su marido pese a las presiones familiares.			“A una amiga le salió mal y quedo traumatizada”
<b>E15</b>	2	Todas menos las pequeñas	Nunca		“Es normal”	“Desde que mi hermana casi muere”

CAPÍTULO III. RESULTADOS

<b>E16</b>	1	SI	NO		“Aquí la ley es buena, respeta a todos”.	“Estoy en contra desde que estaba en mi país”
<b>E17</b>	1	SI	NO. “Mi madre quiere, pero yo no”		“No lo sabía pero me parece bien”.	“En la tele vi a un médico que decía que las mujeres tenían más problemas para dar a luz”
<b>E18</b>	NO	NO			Conoce de legislación y está de acuerdo.	
<b>E19</b>	NO. Sus hermanas sí.	Las de su generación en adelante no.	NO		SI. “Mejor así”	
<b>E20</b>	NO	Nunca. “Si mi marido dice que sí los hombres mandan”	No. “A los hombres sí se puede hacer”		“En mi país también es ilegal. Hay gente en la cárcel por esto”.	“Cuando hablé con una amiga, con 12 años, me decía que le dolía mucho. Entonces le pregunté ¿Por qué? a mí no y tenemos la misma edad. Entonces me lo contó todo llorando”.

<b>E21</b>	1	SÍ. “Claro, afecta a todas”	NO, “a una hija no, no, no”		SÍ. “Está bien, sí, me gusta”	“Porque no me gusta. La primera vez con mi marido, duele mucho”.
<b>E22</b>	1	SÍ, excepto una hermana perteneciente a otra etnia	NO	“Dejé a mi hija con mi madre para venir a España. Se lo hicieron allí. Me hubiese gustado ir para impedirlo”	“SÍ, ya lo sé sí. La gente debe dejar así eso”.	“Hablando con mis amigas, la verdad no me gusta. Tenía un novio de Holanda, dijo que era mejor si no cortaba. Así siente más placer”.
<b>E23</b>	NO	NO	NO	NO	Conoce que en España y en Nigeria es ilegal  A favor de la legislación.	
<b>E24</b>	Tipo 1	SI	La propia hija quiere recortar sus genitales y su madre la apoya	NO  En riesgo	Contraria a la legislación	A FAVOR:  Es más bonito cuando corta eso.  Para mí es bueno.
		<b>Leyenda:</b>				
		Hija mutilada		Hija en riesgo de mutilación		Hija sin riesgo de mutilación

### 5.10. ACTITUDES ANTE LA ILEGALIDAD DE LA MGF

Las mujeres que desean perpetuar la MGF en sus hijas se posicionan en contra de la legislación existente en España, percibiéndola como una falta de respeto hacia lo que consideran una práctica cultural:

*“Cuando vienes a un país extranjero, lo mínimo es que intenten respetar tu cultura, no puede ser el 100%, pero podrían respetar el 5%” (E4).*

En el caso de E24, que no ha mutilado a su hija pero que piensa que esta práctica es positiva para las mujeres, también se posiciona en contra de la legislación y su hija de 13 años interviene durante la entrevista diciendo:

*“No debería ser ilegal, porque vamos, si no te gusta cómo eres, es obligatorio que te dejen. Pero, ¿ahora cómo va en España eso? ¿Las mujeres aquí no se cosen?” (E24).*

Por tanto, las mujeres que están en desacuerdo con la prohibición de la MGF se muestran a favor de perpetuar la práctica, argumentan para ello, motivos culturales y de belleza.

Por otro lado, las que no están dispuestas a cortar a sus hijas encuentran un respaldo en la legislación, que perciben como positiva para evitar que otras niñas sean mutiladas.

*“Me parece bien que se prohíba porque yo tengo la suerte de no hacérselo a mi hija, pero no quiero que se lo hagan a otra. Porque no quiero que la gente sufra como yo. Porque eso es parte de nosotras, Dios nos lo ha dado y no tenemos que quitarlo” (E2).*

*“Aquí la ley es buena. Respeta a todos” (E16).*

Las mujeres que no desean mutilar a sus hijas o que están en contra de que las hayan mutilado acogen la legislación y consideran que ésta es necesaria y positiva, pero no suficiente para erradicar esta costumbre. De hecho, la aplicación de la legislación sin previa información puede entenderse como un ataque a su cultura, lo que provocaría una reafirmación en la MGF.

*“En mi país (Senegal) hay denuncias, porque han arrestado a muchas mujeres que lo hacían, pero algunas lo siguen haciendo, porque dicen que aunque le arrestan, aunque le lleven a la cárcel, es una costumbre, que nadie puede quitárselo, y siguen haciéndolo” (E9).*

*“En Nigeria, en algunos sitios lo están prohibiendo, pero alguna gente lo sigue haciendo. Quien cree que es tradición suya lo va a hacer. Si no sale una infección no lo vas a llevar al médico y no te vas a meter en ningún problema” (E23).*

*“Porque en Dakar donde yo vivo no, pero la gente del campo la hace en su casa en una habitación. Lo hacen dentro de casa y nadie se entera” (E20).*

*“Si alguien viene a mi casa para prohibirme una cosa, sin explicación...no puedo dejarlo. Qué derecho tienen para decirme lo que tengo que hacer. Pero, si me explicas los motivos me estás dejando con pensamientos, analizando lo que me has dicho. Entonces comprenderé lo que está pasando. Explicar a las personas es lo más importante. Porque si vienen a decirle a la gente: ¡Dejad de hacer eso! ¡Está prohibido! Es nuestra cultura, no podemos dejarlo. Pero explicando a la gente y movilizándolo a las mujeres, a todas las mujeres, se puede acabar con esto” (E1).*

Por tanto, estas mujeres aunque acogen la legislación como una medida positiva y necesaria, advierten del peligro de que ésta sea contraproducente si no se

acompaña de otras intervenciones, haciendo especial referencia a explicar las justificaciones de la legislación para que ésta no sea percibida como una mera imposición.

#### 5.11. ELEMENTOS MOTIVADORES DEL CAMBIO DE ACTITUDES RESPECTO A LA MGF

El cambio de actitudes, que posiciona a las mujeres en contra de esta práctica, se debe al conocimiento de las consecuencias que la MGF conlleva. Coincidiendo todas en que la información, es la pieza clave para la erradicación de la tradición, siendo gracias a esta información que la mayoría de las entrevistadas subsaharianas se oponen actualmente a esta práctica tradicional en sus comunidades.

*“Porque antes nosotros no lo sabemos, pero ahora sí. Gracias a la información y a la investigación y de saber el peligro que trae, y lo que sufren las mujeres” (E8).*

Los medios de información que han hecho que estas mujeres cuestionen esta práctica para posteriormente oponerse a ella han sido especialmente los reportajes de televisión, pero también compartir las experiencias negativas que la práctica ocasiona, y la lectura en uno de los casos.

A continuación se detallan los testimonios de las mujeres clasificados en los distintos medios de información sobre la MGF.

Tabla 17. Elementos motivadores del cambio de actitudes.

Medios de información	Testimonios
<p><b>Reportajes de Televisión</b></p>	<p>“No sabía que era ilegal, pero he visto en televisión de Barcelona hay una mujer de Gambia que ha hecho a su hija, pero ahora esa mujer con su marido todos en la cárcel” (E5).</p> <p>“En mi país también lo están haciendo, cada semana sale en la tele para informar. En mi país están luchando mucho por esto” (E20).</p> <p>“Vi en la tele un documental sobre esto y la verdad es que me dolió ¡eh!, porque hubo muertes y todo por esto. Ahora sé que esto no es bueno. Hay cosas que no pueden cambiar en nuestra cultura, pero eso puede cambiar” (E8).</p> <p>“En la tele vi un médico que decía que las mujeres tenían más problemas para dar a luz” (E17).</p> <p>“Nosotras también está escuchando la tele, está escuchando a la gente explicándola, nosotros también está mirando lo que pasa también, sabemos que esto no vale.” (E6).</p> <p>“Antes estaba bien, porque cuando yo me la hice, no le vi ningún problema, pero ahora cuando se hace yo he visto que hay gente que sale en la tele que tiene problemas. Hace dos años pensé si lo hacía o no. Yo he visto en la tele que quien ha hecho eso tienen problemas y por eso yo digo que no quiero hacerle esto a mis hijas.” (E12).</p> <p>“Porque antes no lo sabíamos, pero ahora se saben los problemas que trae, lo que sufren las mujeres al tener un niño, el sufrimiento, todo. Ahora se ve en la televisión, se enseña el peligro que hay ahí. Yo no quiero que ninguna de mis hijas pase por eso” (E8).</p>
<p><b>Lecturas</b></p>	<p>“Sí yo estoy en contra porque he leído algo sobre los riesgos” (E19).</p>

<p><b>Compartir la experiencia</b></p>	<p>“Hablé con una amiga cuando teníamos 12 años. Ella me decía que le dolía mucho y yo le pregunté: ¿Por qué te duele tanto eso si tenemos la misma edad y a mí no me duele nada? Entonces ella me lo contó todo llorando. Estoy en contra de que se haga eso” (E20).</p> <p>“Estoy en contra de esto desde el día que me lo hicieron, porque tanto dolor que... tanto dolor ¿Para qué? Si pudiera hacer magia para volver atrás, no me lo haría. Y después, ya con el tiempo, me fui enterando de que mujeres que han pasado por eso, mujeres que... Por ejemplo, había una niña que no paraba de desangrarse y no había médico ni nada, ¡en medio del bosque! hay después niñas que murieron de esto. Había mujeres que después de eso no han podido tener hijos, que han tenido enfermedades, infecciones. Tantas cosas, tantas cosas que... A mí no me pasó nada, gracias a dios que no me ha pasado nada” (E1).</p> <p>“Con la ley se sigue haciendo, pero cuando le pase algo, yo creo que cada una dirá, no, eso es malo, cuando les pasa algo a las que se lo hacen, eso puede hacerlas parar” (E23).</p> <p>Estoy en contra desde que estaba en mi país, cuando crecí un poco entendí muchas cosas, mi madre me dijo lo que esto significaba, yo le dije que ahora entiendo todo y no puedo permitir que lo hagan.(E16)</p> <p>“Como yo me lo he hecho y me asustaba la sangre y el cuchillo, luego he visto mis hermana que estaban casi muerta porque le salía mucha sangre y la gente lo estaba escondiendo, dos días. El día que la llevaron al hospital ella estaba casi muerta, había perdido mucha sangre. Esto me ha asustado, la verdad” (E15).</p> <p>“Hablando con amigas o primas que lo han hecho, ella me ha confiado que nunca ha tenido satisfacción con su marido. Y tiene muchas hijos, entonces está con el marido, pero por hacer sus deberes, pero no le gusta, no siente nada. Y se pelea, a veces con el marido porque él le está diciendo siempre que ella no participa, que está mirando al hombre hacer lo que quiere hacer y luego se va porque ella dice que no puede sentir nada. Entonces he dicho no, eso no. Su marido dice que no siento que estoy con una mujer, que me voy a buscar otra” (E15).</p>
--	--

Tal y como refiere E23, la MGF continúa realizándose a pesar de la legislación, pues la legislación proporciona una base sobre la que actuar pero la legislación no resulta efectiva si no va acompañada de la información. Incluso puede llegar a ser perjudicial, pues según narra E15, a pesar de que su hermana tuvo complicaciones inmediatas graves tras la MGF, los familiares estuvieron escondiendo a la niña en puesto de solicitar ayuda para evitar el peso de la ley.

Los mensajes que las mujeres reciben sobre la mutilación genital femenina son referidos a la ilegalidad de la práctica en sus países y las sentencias de prisión, pero especialmente sobre las consecuencias para la salud que ocasiona, que pueden llegar incluso a la muerte. Esta información hace que la MGF comience a percibirse por estas mujeres como una práctica dañina para las niñas que entraña muchos riesgos y puede constituir un grave peligro.

Las mujeres justifican que se hiciese antes porque no existía información y no se sabía que perjudica a las mujeres, pero no están dispuestas a realizar una práctica que reconocen como dañina a sus hijas.

***“Porque antes no lo sabíamos, pero ahora se saben los problemas que trae, lo que sufren las mujeres al tener un niño, el sufrimiento, todo. Ahora se ve en la televisión, se enseña el peligro que hay ahí. Yo no quiero que ninguna de mis hijas pase por eso”*** (E8).

Resulta llamativo que una de las entrevistadas piense que la MGF ha comenzado a ser dañina en la actualidad, momento en que le ha llegado la información sobre las consecuencias que ocasiona.

***“Antes estaba bien, porque cuando yo me la hice, no le vi ningún problema, pero ahora cuando se hace yo he visto que hay gente que sale en la tele que tiene problemas. Hace dos años pensé si lo hacía o no. Yo he visto en la tele que quien ha hecho eso tienen problemas y por eso yo digo que no quiero hacerle esto a mis hijas”*** (E12).

Estas informaciones eficaces para cambiar las actitudes hacia la MGF pueden llegarles del sufrimiento de un caso cercano que se haya atrevido a compartir su experiencia o que ellas mismas hayan vivido o visto. Por lo que romper el tabú que envuelve la MGF y compartir experiencias resulta fundamental para que las mujeres tomen conciencia de lo perjudicial de la práctica, pero especialmente para compartir sus experiencias y apoyarse mutuamente, lo que puede hacerlas actuar en contra de la perpetuación de esta tradición.

La información sobre la práctica y comenzar a hablar sobre ésta es fundamental, pues el hecho de conocer que se está empezando a trabajar contra esta práctica en su país de origen y el interés de las investigadoras del estudio en el país que las acoge, proporciona el coraje suficiente a una de las participantes para poner en marcha sus principios en contra de la MGF:

*“Yo también voy a luchar por esto y ahora estoy sintiendo que alguien me está apoyando, porque si no es que es muy difícil”*  
(E20).

#### 5.12. EL COMIENZO DEL FIN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

El hecho de que en algunas familias, la MGF haya dejado de practicarse sobre las niñas más pequeñas pone en evidencia que estas familias están abandonando esta tradición.

Algunas familias abandonan la práctica, pese a continuar teniendo motivos para perpetuarla, debido a la legislación y a las consecuencias para la salud que ocasiona. Este es el caso de la familia de E15 que ha dejado la práctica después de que la última hermana en ser mutilada casi muere a causa de esto.

*“Mi hermana pequeña, la mujer no ha podido parar la hemorragia y la llevaron al hospital, la ingresaron y tenían miedo de que la llevaran a la policía o que se muera la niña, porque la madre ha tenido mucho miedo y por eso a su última hija ya no la ha hecho.[...] Tampoco mi padre, como estaba muy asustado,*

*pensaba que iba a perder a su hija por eso no ha querido que la última lo hace pero, hasta ahora mi madre no está muy contenta de que le quede una. Porque puede ser que nosotros la aceptemos pero hay familias que.,[...] a mi madre sigue doliéndole porque dice que en mi casa todo el mundo está limpio pero mira mi pequeña no. Nosotros como podemos comunicarnos con ella estamos diciéndole tu para ya, ¿Que te da esto? Eso no vale” (E15).*

A la madre de esta entrevistada todavía le pesan motivos como la presión social, la autocontención sexual, la pureza y hacer a su hija casadera. Sin embargo, E15 que ha visto y sufrido las consecuencias de la práctica, está en contra de la MGF intenta asegurarse de que no mutilen a su hermana pequeña hablando con su madre.

Además de la decisión de las propias familias por experiencias anteriores, una de las entrevistadas describe que se está comenzando a luchar contra la MGF en su propio país.

*“Hay muchas mujeres y mucha gente que están luchando en mi país por esto. En mi país cada domingo o cada sábado hacen una reunión, entonces hay gente que viene para hablarnos de esto también. Ahora la cosa ha cambiado mucho, en mi país sí, ha cambiado mucho” (E20).*

Las mujeres perciben pues, que se está produciendo un cambio y afirman que se está reduciendo la cantidad de mutilaciones en sus países de origen:

*“Ahora la mayoría no lo hacen a sus hijas, porque hay madres que denuncian a sus parejas por hacerlo” (E19).*

*“Pero ahora se ha anulado un poco, la gente dice que esto no se hace. No se hace tanto” (E16).*

5.13. CONOCIMIENTOS SOBRE LA MGF

En la tabla 19 se agrupan los conocimientos que las mujeres tienen respecto a la legislación, las consecuencias para la salud que ocasiona y los motivos por los que se realiza, haciendo una diferenciación respecto a las mujeres que se posicionan a favor de la MGF y las que están en contra de su ésta.

**Tabla 18. Conocimientos que poseen las mujeres a favor de la MGF y las contrarias a ésta.**

	<b>A favor (3)</b>	<b>En contra (21)</b>
<b>Legislación</b>	<p>No conocen la legislación española en MGF.</p> <p>“Como yo no tengo hijos no lo sé” (E4).</p> <p>E5 no lo sabía hasta que vio una sentencia en televisión.</p> <p>“No debería ser ilegal [...] ¿Pero cómo va eso en España? ¿Las mujeres aquí no se cosen?” (hija de E24).</p>	<p>Diecinueve conocen la legislación.</p>
<b>Derechos humanos</b>	<p>“Si fuese por mí lo haría una vez en la semana” (E5)</p>	<p>“Yo no quería” (E11)</p> <p>“Si me hubieran preguntado...” (E1).</p> <p>“Engañan a las niñas” (E1).</p> <p>“Yo soy víctima” (E2).</p> <p>“Ahora puedo decir a mi pareja, a mí me gusta esto” (E23).</p>

	A favor (3)	En contra (21)
<b>Consecuencias para la salud</b>	<p><b>Beneficiosas</b></p> <p>“Es bueno para una mujer hacer lo que dicen los antiguos abuelos. (E4)</p> <p>Para mí es bueno” (E24)</p>	<p><b>Perjudiciales</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Problemas para la salud (E11)</li> <li>- <i>Tétanos</i> (E10)</li> <li>- <i>Dolor</i> (E12) (E1) (E2) (E20)</li> <li>- No sientes nada en las relaciones sexuales (E2) (E3) (E22)</li> <li>- Dolor en las relaciones sexuales (E2) (E21)</li> <li>- <i>Hemorragia</i> (E13) (E1)</li> <li>- <i>Infección</i> (E13) (E23)</li> <li>- <i>Muerte</i> (E8) (E1)</li> <li>- Problemas para quedarse embarazada (E18).</li> <li>- <i>Problemas para dar a luz</i> (E17) (E3)</li> <li>- Traumatiza a la mujer (E14)</li> <li>- No puedes tener hijos (E1).</li> </ul>
<b>Motivos por los que se practica</b>	<p>“Porque la mujer cuando no se hace esto tiene olor. Si lo hace está más limpia”. (E4)</p> <p>“Es más bonito cuando corta eso” (E24)</p>	<p>“<i>Presión social</i>” (E14) (E1) (E23) (E3) (E19).</p> <p>“<i>Tradición</i>” (E19) (E21) (E8) (E2) (E4)</p> <p>“<i>Cultura</i>” (E11)</p> <p>“Hacerlas casaderas” (E23)</p> <p>“Disminuye el deseo sexual /Autocontención sexual“ (E14, E22) (E23)</p> <p>“Dicen que es por religión” (E17).</p> <p>Rito de paso a la edad adulta:  “A veces, oyendo a las mujeres hablar, ellas piensan que una mujer q no ha pasado por eso no es completamente una mujer” (E9).</p>

Las mujeres que se posicionan a favor de perpetuar la MGF de las contrarias a ello tienen diferentes conocimientos sobre la legislación al respecto, los motivos por los que se realiza y las consecuencias para la salud que ocasiona.

- **En cuanto a la legislación:**

Las mujeres contrarias a la MGF conocen la legislación al respecto tanto en España como en países Europeos como en su propio país. Si bien, generalmente no tienen un conocimiento en profundidad al respecto. Estas mujeres encuentran en la legislación un apoyo para no mutilar a las niñas y consideran que la MGF debe ser ilegal.

Por el contra, las mujeres que se posicionan a favor de la MGF consideran que no debería existir una legislación que penalizara continuar con ésta tradición cultural. Además todas desconocen la legislación en el propio país y una de ellas también en el nuestro.

- **Respecto a las justificaciones:**

Dos de las mujeres que defienden la MGF están convencidas de que ésta proporciona una mayor limpieza y belleza a los genitales externos femeninos. Por otro lado, las mujeres contrarias a la MGF conocen los diversos motivos por los que se realiza la práctica, sin embargo, comienzan a cuestionarse la validez de dichas justificaciones, llegando incluso a desmitificar las razones por las que se realiza.

En las tres citas que se muestran a continuación, las mujeres se cuestionan la poderosa justificación religiosa para mantener la MGF, afirmando que no es posible que sea una cuestión religiosa si no todos los musulmanes la realizan.

*“Se hace por ignorancia creo, por no saber”. Es más una cosa de tradición que de religión” (E19).*

*“Hay gente que habla que eso es de religión, hay gente que dice que eso no le parece religión. En mi familia nadie me dice nada” (E7).*

*“Hay muchos musulmanes y no todos lo hacen. Yo creo que es por costumbre”* (E8).

*“En los chicos se le quita el prepucio porque en la biblia lo dice, pero no dice a las chicas”* (E21).

La religión también puede servir como argumento para no realizar la práctica como muestra E2:

*“Porque eso es parte de nosotras. Entonces no tenemos que quitarlo. Dios nos ha dado eso y no hay que quitarlo”* (E2).

También se cuestionan si es necesario todo ese sufrimiento para ser consideradas mujeres:

*“Hacen una gran fiesta y se acabó y te dicen: que ya eres una mujer, que ya eres una mujer. Tanto has sufrido para ser una mujer”* (E1).

Así mismo, aunque reconocen que la MGF es una práctica tradicional muy vinculada a su cultura, E8 desmitifica esta justificación como motivo para continuar la práctica:

*“Hay cosas que no pueden cambiar en nuestra cultura, pero esto puede cambiar”* (E8).

- **En cuanto a los derechos humanos que vulnera:**

Algunas de las mujeres contrarias a la práctica hacen referencia a que son víctimas, que se sienten engañadas y que las forzaron a vivir con una mutilación que ellas no hubiesen escogido. Además comienzan a concebir sus derechos sexuales. Por el contrario las que defienden la MGF no son conscientes de que esta práctica es una violación de sus derechos que las expone a una mayor vulnerabilidad.

- **En cuanto a las consecuencias para la salud:**

Las mujeres que defienden la MGF desconocen la relación entre el corte genital y las consecuencias negativas para la salud; muy por el contrario, piensan que constituye una práctica beneficiosa para las mujeres.

Por otro lado, y debido a las informaciones recibidas, algunas mujeres contrarias a la práctica son capaces de identificar problemas sanitarios derivados de ésta, tales como: tétanos (E10), dolor (E12), hemorragia e infección (E13) (E23).

Resulta especialmente llamativo el caso de E11 y E12 a la que le está llegando información de las consecuencias negativas para la salud de las niñas de la MGF, y esto le hace pensar que el método de realizar la MGF ha debido cambiar, pues antiguamente no se conocía que la MGF fuese dañina para la salud.

*“Ahora se cortara distinto porque antes no había problemas”*

(E12).

Aunque se empieza a hablar de MGF, y muchas mujeres conocen algunas de las consecuencias para la salud asociadas a la práctica, muestran un conocimiento aún deficiente respecto:

- Tipos de MGF.
- Consecuencias para la salud.
- Sexualidad.
- Reproducción.
- Vulnerabilidad y Derechos Humanos.

# IV

## CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN



## 1. CARACTERIZACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA

Las mujeres participantes en el estudio proceden de Senegal, Gambia y Nigeria. Todos ellos países en los que se practica la MGF (Amnistía Internacional, 2012). Actualmente residen en la Región de Murcia, donde hay una presencia de un 83,33% de mujeres de Senegal, un 8,33% de Gambia y 8,33% de Nigeria (Padrón Continuo a 1 de enero de 2013, (INE, 2014).

Pertenecen en su mayoría a la religión islámica, a excepción de una de las senegalesas y las dos mujeres nigerianas que son católicas. La única mujer senegalesa católica no fue mutilada, relacionando este hecho con su religión. Estos datos coinciden con el estudio de Sipsma et al. (2012) que asocia el Islam con mayores índices de MGF. Igualmente este estudio asocia una edad avanzada con mayores posibilidades de estar mutiladas. Los datos recogidos en nuestra investigación muestran que las mujeres que no están mutiladas son las menores de la familia. De hecho, E15 cuenta que a las más pequeñas de la familia no las han cortado. Se observa por tanto, un factor de generación importante según el cual, tener corta edad constituye un factor protector contra la MGF.

La mayoría de las mujeres están casadas. En un caso el matrimonio se celebró cuando tenía 10 años, lo que le impidió asistir a la escuela interrumpiendo su formación. Aunque es el único caso de matrimonio infantil, 2 mujeres más tampoco fueron escolarizadas. La mayoría de las mujeres no pudo continuar estudiando después de la secundaria, quedándose 5 de ellas en los estudios de primaria, teniendo una baja tasa de educación por lo general. En cuanto al ámbito laboral, la mayor parte son amas de casa, aunque algunas trabajan en empleos de bajos salarios.

Estas características sociodemográficas coinciden en gran medida con las del estudio de Vanegas Estrada, Fatou y Valdez Álvarez (2009, p. 4) que reporta que las mujeres mutiladas que acudieron a consulta eran predominantemente amas de casa (61%), residentes en el área urbana (85%), casadas (82%), musulmanas (97,2%) y analfabetas (40%). Así mismo Sipsma et al. (2012) también refiere que una

característica de estas mujeres es un bajo nivel educativo, coincidiendo con los resultados obtenidos en esta investigación

Las entrevistadas se encuentran en edad reproductiva y 23 de ellas son madres, de las cuales 16 tienen hijas a las que podrían ser consideradas en riesgo de ser mutiladas.

## 2. CONTEXTUALIZACIÓN

### 2.1. NOMBRE

El término “*Sunna*” para referirse a la MGF se da entre las *Djolas* de Senegal, así como en otras etnias y países como Sudán o Etiopía, siempre entre población musulmana (Kaplan Marcusan, 2003), puesto que es un término repleto de connotaciones religiosas, ya que *Sunna* significa “siguiendo la tradición del profeta” y se refiere al conjunto de relatos de los hechos y enseñanzas de Mahoma.

Este nombre lleva a confundir la MGF con una práctica religiosa asociada al Islam, pero la realidad es que no tiene carácter obligatorio en las mujeres ni aparece en el Corán (Casado, 2002, p. 423). Sin embargo, gran parte de la población africana no tiene acceso directo a los textos religiosos y el analfabetismo afecta a parte de la población africana, especialmente femenina por lo que muchas personas basan sus creencias en las interpretaciones que le son transmitidas, y que pueden estar distorsionadas. El término *Sunna* contribuye pues a encubrir una tradición que nada tiene que ver con la religión.

Otro nombre que utiliza una entrevistada de Nigeria es “Circumcise”, haciendo referencia a la circuncisión. Este término hace referencia al rito de paso que se realiza tanto en niños como en niñas para llegar a la edad adulta y, puesto que según el diccionario circuncidar significa “cortar circularmente una porción del prepucio a alguien” (tanto del prepucio del pene como del clítoris), este nombre iguala la circuncisión masculina a la femenina. Sin embargo, éstas no pueden ser equiparables, en primer lugar, porque los efectos negativos que la circuncisión masculina pueda tener, nada tienen que ver con las consecuencias para la salud físicas, psicológicas,

sexuales y obstétricas que la MGF ocasiona (Álvarez Degregori, 2001). Además, la circuncisión masculina puede estar indicada por motivos médicos, como el de evitar la fimosis, ciertas infecciones, prevenir enfermedades venéreas y cáncer de pene. Motivos que no pueden equipararse a los de la MGF, que tienen carácter discriminatorio hacia las mujeres (Álvarez Degregori, 2001).

A este respecto, el ex-presidente de Burkina Faso, Thomas Sankara afirma: “*Así como podemos considerar la circuncisión masculina como una medida de higiene, sólo podemos concebir la excisión como una medida destinada a infundir en la mujer sentimientos de inferioridad*” (Amnistía Internacional, 1998, p. 50).

Otros términos con los que las entrevistadas denominan la MGF, independientemente de la etnia y el país al que pertenecen, son *Cuiyao*, *Excisión*, *Ablación*, *Wall* o *Incisión*.

El término “*Excisión*” es utilizado por la mujer participante que fue sometida a mutilación tipo II o escisión. Por tanto, utiliza el nombre técnico utilizado en francés aunque este no engloba la totalidad de las prácticas de MGF que se producen.

En la bibliografía consultada, existen otros calificativos con los que las mujeres africanas se refieren a la práctica. Algunos son sinónimos de limpieza y purificación: *Tahara* en Egipto, *Tahur* en Sudán o *sili-ji* entre el grupo bambarras de Malí (Amnistía Internacional, 1998), *Purificar* en Kenia y *Tisianem* en Mauritania. También existen términos que hacen referencia al rito de paso a la edad adulta, como *Ceremonia Bundu* en Sierra Leona e *Iniciación* en Gambia (Pastor Bravo, Almansa Martínez, Ballesteros Meseguer, & Pastor Rodríguez, 2012). Los indígenas *embera Chamí* situados al occidente de Colombia, se refieren a la MGF como operación o arreglo (González Henao, 2011). En cualquier caso, y a pesar de que el Comité Inter-Africano sobre las prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y los niños adoptó la expresión “mutilación genital femenina” e invitó a los Estados a abandonar otros términos (Centro de Investigación Innocenti de UNICEF, 2005, p. 10), las mujeres africanas no suelen utilizarla, puesto que en sus comunidades no perciben la práctica como una mutilación, sino como una modificación u operación de los genitales femeninos (La Barbera, 2010).

Los resultados también muestran que algunas de las mujeres entrevistadas no recuerdan el nombre que se le da a este rito. Posiblemente, por el tabú que supone y la prohibición expresa de hablar de la misma. De hecho, en el estudio de González Henao (2011) las mujeres refieren no volver a saber nada de este rito hasta el momento en que tienen su primera hija.

### 2.2. TIPO DE MGF

A pesar de proceder de países en que se realiza la MGF, algunas participantes no están mutiladas, puesto que no todos los grupos étnicos de un país la llevan a cabo. Por ejemplo, en el caso de Senegal las mujeres pertenecientes a la etnia *Wolof* (etnia mayoritaria) no realizan esta práctica (Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bermúdez Anderson, & Castany Fàbregas, 2006). Esto explica que la participante procedente de la etnia *Wolof* no fue mutilada. En cambio las dos mujeres de Gambia donde se realiza de forma generalizada si están mutiladas. No son *Wolof*. Las mujeres mutiladas del resto de la muestra pertenecen a la etnia *Djola*, *Mandinga* y *Fula*, etnias en las cuales la MGF constituye la norma (de Lucas Martín, 2006). También la mujer de Nigeria perteneciente a la etnia *Igbo* fue cortada, pues según Mora y Pereyra (1999, p. 131) en este grupo es una tradición.

A la mayoría de entrevistadas les realizaron el tipo I de mutilación genital, presentando el tipo II solamente una mujer. Ninguna de ellas estaba infibulada puesto que tanto Senegal, como Gambia y Nigeria corresponden al África Subsahariana más Occidental, en las que predomina el tipo I y II (Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bermúdez Anderson, Castany Fàbregas, 2006). Estos tipos son los más frecuentes y constituyen el 80-85% del total de las mutilaciones. En contraposición, el tipo III o infibulación es practicado en un 15-20% y predomina en países como Sudán, Yibutí, Somalia, donde afecta al 80-90% de las mujeres. Pero también en Egipto, Eritrea, Etiopía, Kenia, Gambia y Mali (MedicusMundi-Andalucía, 2008). Si bien, también puede realizarse en determinadas zonas urbanas de los países del África Occidental, pues una de las entrevistadas refiere que sus primas fueron infibuladas por un error de la mujer que realiza el procedimiento, que tenía por costumbre infibular a las niñas en el pueblo.

Dos de ellas desconocen en qué grado fueron mutiladas y dudan ante el tipo I y II al mostrarle imágenes. Esto revela una falta de información ante la MGF así como desconocimiento de su propio cuerpo. Esta falta de conocimientos también se describe por Yirga, Kassa, Gebremichael y Aro (2012), cuyas participantes desconocían los aspectos relacionados con la MGF como por qué habían sido cortadas o el significado de los términos utilizados para referirse a ella como circuncisión o corte genital.

### 2.3. EDAD

Algunas de las participantes fueron mutiladas a los 12 años y una incluso a los 13, coincidiendo el rito de paso a la edad adulta con la pubertad. Sin embargo, en la mayoría de los casos, las niñas fueron mutiladas desde los 6 a los 8 años de edad. Estos casos también pueden explicarse mediante un rito de paso, puesto que según Van Gennep (1986) los ritos de iniciación no son ritos de pubertad física, puesto que no coinciden con la pubertad fisiológica; son en realidad ritos de pubertad social cuyas edades varían en función de las etnias y el sexo.

Lo más frecuente es que se realice entre los 5 y quince años, siempre antes de la primera menstruación. Si bien, existen excepciones en que las mujeres son mutiladas antes de la boda o del parto (MedicusMundi-Andalucía, 2008), o incluso después del embarazo (Rahman & Toubia, 2000, p. 3).

Otras mujeres fueron mutiladas mucho antes, con un año de edad o incluso previamente, por lo que en este caso no puede hablarse de rito de paso a la edad adulta, ni siquiera social. Estos datos coinciden con los obtenidos por Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bermúdez Anderson, Castany Fábregas, (2006) en el área de Senegal y Gambia, donde actualmente las niñas son circuncidadas a una temprana edad. Esto puede deberse a la intención de evitar tanto su detección, pues en muchos países africanos se ha prohibido la práctica, como el recuerdo y resistencia de las propias niñas (Centro de Investigación Innocenti de UNICEF, 2005, p. 16).

### 2.4. LUGAR

En la mayoría de lo el rito se realizó en un bosque, lugar del que no pueden salir y donde está restringida la entrada a las mujeres no mutiladas y a los hombres,

por lo que pueden salir a dormir todas juntas en una casa cercana, pero al amanecer deben regresar al bosque. Estas mismas narraciones son reiteradas en el estudio de Elchalal, Ben-Ami y Gillis (1997) en el que las niñas son mutiladas en un lugar retirado del bosque. Sin embargo, no se ha encontrado literatura que documente que las niñas salen por las noches para dormir fuera del bosque, como afirman varias participantes.

Las entrevistadas coinciden en que les vendaron los ojos y que el rito de iniciación se realiza a un grupo de niñas, que van entrando de una en una a la cabaña donde las cortan. Narran algunos elementos de este ritual como los tambores que se tocaban mientras mutilaban a las niñas para transmitirles fuerza, impidiendo que se escuchasen sus gritos. Estos tambores, llamados *Yintantango* ya son descritos en el estudio de Pastor Bravo (2012), junto con otros elementos como cubrir a las niñas con un manto y el sacrificio de un animal.

Este ritual tiene una duración entre 15 días a 2 meses, tiempo que tardan las heridas en cicatrizar, y tras el cual, se celebra una fiesta y las niñas pueden volver a sus hogares. Según Kaplan Marcusan et al. (2006), el tiempo de cicatrización de la herida varía generalmente entre dos y ocho semanas. Este dato coincide con la narrativa de algunas participantes, pero es superado por otras debido a diversas complicaciones.

Otro lugar en que descrito para el procedimiento es la casa, bien en la que vivían o bien en el de la mujer que las mutiló. En el estudio de Pastor Bravo (2013) algunas mujeres de Yibutí describen que fueron mutiladas en casa también, así mismo, otras con mayor poder adquisitivo, cuentan que las cortaron en el hospital. Además ha aumentado el número de profesionales de la salud que realizan este procedimiento en África (Martín Espildora, 2005). Pese que la medicalización de la MGF se ha venido produciendo hasta ahora en hospitales o centros sanitarios, la legislación de la práctica ha provocado que algunos médicos, que tienen importantes beneficios económicos a consecuencia de esta intervención, comiencen a ocultarse en casa para no ser castigados por la ley (Yirga et al., 2012).

Esto entra en contraposición con el presente estudio, en el que ninguna mujer fue mutilada por un profesional sanitario ni en un hospital. La medicalización de la

MGF tiende a producirse en los países orientales de África, especialmente en Egipto, Norte de Sudán y Guinea (MedicusMundi-Andalucía, 2008).

## 2.5. PERSONA ENCARGADA DE MUTILAR A LAS NIÑAS

Según narran las participantes, la persona encargada de realizar el corte es siempre una mujer, generalmente mayor. Este aspecto se repite en diferentes estudios (González Henao, 2011; MedicusMundi-Andalucía, 2008). Puesto que la MGF pertenece a la sociedad secreta de las mujeres, los estudios también afirman que las mujeres que ayudan a la encargada de mutilar a las niñas para que éstas no se muevan también son mujeres. Las entrevistadas que han contado su experiencia también refieren que fueron fuertemente sujetadas mientras las cortaban. No hacen referencia expresa a que eran mujeres, pero comentan que durante todo el rito sólo hay mujeres, siendo de gran importancia que ningún hombre entre en ese espacio.

La encargada del procedimiento no tiene una formación sanitaria ni pertenece al colectivo de profesionales de la salud, sino que los conocimientos necesarios se tramiten de forma oral, de generación en generación, como también documenta Pastor Bravo et al. (2012), si bien, algunos estudios refieren que puede ejercer como partera tradicional (González Henao, 2011; MedicusMundi-Andalucía, 2008). Dedicar toda su vida a realizar los cortes genitales, convirtiéndolo en su profesión por la que recibe remuneración o regalos por parte de las familias, según explican algunas entrevistadas y las mujeres del estudio de Ballesteros Meseguer et al. (2014) y por la que adquiere una posición muy respetada en la comunidad, descrita por MedicusMundi Andalucía (2008). Esta actividad le confiere un estatus importante dentro de la comunidad y le otorga un nombre con el que se las denomina: *Agnaman*, *Ngnumo*, *Gnoman*, *Yongacut*, *Unamano* y *Ngnangsimbah*. A este último también se hace referencia en las comunidades de Gambia. En el estudio de Ballesteros Meseguer et al. (2014) se refieren a estas mujeres como *Dambo* o *Buankisa*. Otros nombres son *Daya* en Egipto y *Curandera* en Etiopía (Pastor Bravo et al., 2012). Este mismo estudio recoge diferentes nombres con los que se denomina a la mujer encargada de mutilar a las niñas, que no es recordado por la mayoría de las niñas o mujeres.

### 2.6. PROCEDIMIENTO

Las entrevistadas fueron atadas fuertemente antes de ser cortadas. Algunos instrumentos utilizados para realizar el corte fueron lancetas, hojas de afeitar o cuchillos. Pastor Bravo (2012) describe que suele utilizarse una hoja de afeitar que, en los casos en que se practican varias mutilaciones en una celebración, suele ser la misma para todas las niñas. En concordancia, una mujer narra que el mismo cuchillo se utiliza hasta que éste deja de cortar, pues se considera cuestión de buena suerte utilizar siempre el mismo instrumento.

El procedimiento se les realizó sin medicación ni analgesia y bajo medidas asépticas muy deficientes, como describen otros estudios (Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bermúdez Anderson, et al., 2006). Una vez mutiladas se curan con procedimientos tradicionales, algunas describen entre ellos: sumergirlas en agua caliente y sal, mantequilla, hierbas machacadas. Otros procedimientos tradicionales descritos en la bibliografía para curar la herida son: zumo de limón, cenizas, mezcla de hierbas, aceite de coco o excrementos de vaca (MedicusMundi-Andalucía, 2008). Según la bibliografía consultada, después de mutilar a las niñas se les atan las piernas para evitar hemorragias y que facilitar la curación de la herida (MedicusMundi-Andalucía, 2008).

En un caso, la niña recibió medicamentos que su padre, que tenía muchos conocimientos, le compró. Aunque en este caso no se refiere a una medicalización de la práctica, puesto que no es realizada por personal sanitario, la MGF se llevó en condiciones más higiénicas y con medicamentos, que la familia pudo comprar. Este caso recuerda a las mujeres del estudio de Yibutí iza (Pastor Bravo, Jiménez Ruiz, & Almansa Martínez, 2013), las cuales fueron mutiladas en un hospital en los casos en los que tenían un familiar sanitario o suficiente dinero para pagar a una matrona, por lo que las niñas procedentes de las familias más pobres tienen más probabilidades de complicaciones a corto plazo, como dolor intenso infecciones, shock y muerte.

Una mujer nigeriana que se posiciona a favor de la MGF, al explicar los precarios procedimientos con los que se realiza la MGF afirma que las curas con plantas son habituales en su país, pero que considera que pronto se realizará por personal médico. Pese a que la medicalización de la MGF suele ser más habitual al

este del continente en países como Egipto, Kenia y Sudán, en Nigeria el 13% de MGF es realizada por personal médico (Yirga et al., 2012).

Esta participante admite que las medidas con las que se realiza pueden provocar consecuencias para la salud, pero piensa que la solución está en la medicalización de la MGF.

Un estudio realizado en Francia asoció el estar mutilada a complicaciones a largo plazo, tales como mayores dificultades en la vida diaria, y en la vida sexual, infecciones ginecológicas y urinarias, trastornos del sueño, intenso dolor y desgarros en el parto, incluso en un contexto sanitario favorable (Andro, Cambois, & Lesclingand, 2014). Por tanto, aunque medicalizar la MGF pueda disminuir las consecuencias a corto plazo continúan sucediéndose problemas de salud a largo plazo decurrentes de la práctica. La medicalización de la MGF envía un mensaje de legitimización cuando es realizada por un profesional de la salud.

### 3. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

#### 3.1. CONSECUENCIAS FISICAS

Estas mujeres identificaron consecuencias inmediatas derivadas del procedimiento, pero también a largo plazo.

A corto plazo, el corte de sus genitales provoca un intenso dolor, hemorragia que en muchas ocasiones puede conducir a anemia aguda post-hemorrágica (Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bedoya Muriel, et al., 2006), dificultad para orinar caracterizada por dolor y escozor en la micción y picor en la zona genital.

El estudio de Pastor Bravo et al. (2013) identifica los mismos síntomas: dolor, hemorragia, y disuria, acompañado además de fiebre, vómitos y fisuras. Otros estudios también han documentado el intenso dolor y la hemorragia (Kaplan et al., 2011; Kaplan-Marcusan, 2006; Ramírez Crespo et al., 2011).

Las complicaciones a largo plazo, tales como Hepatitis B, infecciones de orina recurrentes, problemas en el aparato genital y una de las entrevistadas refiere que su

hermana ha desarrollado esterilidad como consecuencia de la MGF, complicación descrita en la bibliografía consultada (Kaplan, 2001).

Las infecciones de orina recurrentes, así como los problemas en el aparato genital han sido documentadas en diversos artículos.

En un estudio realizado en Francia, la MGF se asoció a infecciones ginecológicas y urinarias (OR=2,0), un intenso dolor (OR=1,5), y dificultades en la vida diaria (OR=1,5) entre otras complicaciones (Andro et al., 2014).

En Gambia, las mujeres mutiladas también tuvieron una mayor prevalencia de problemas de salud a largo plazo como dismenorrea, dolor vulvar o vaginal, así como problemas relacionados con la cicatrización anómala (por ejemplo, fibrosis, queloides, sinequia) (Kaplan, Forbes, et al., 2013). Igualmente, Katharina Teufel y Daniela Marianne Dörfler (2013) asocian en su estudio la MGF a consecuencias para la salud uroginecológica como las dificultades de vaciado de la vejiga, infecciones de orina recurrentes y fístula vesico-vaginal, principalmente en las mujeres infibuladas.

Del mismo modo, Amin, Rasheed y Salem (2013) afirman que las mujeres con MGF son significativamente más propensas a tener infección urinaria, siendo más graves en los casos más extremos de MGF, en los que las mujeres presentan nicturia, orina intermitente y vaciado incompleto de vejiga. Así mismo, en una revisión sistemática de la literatura sobre las consecuencias para la salud de la MGF de 22.052 pacientes africanas se revela que principalmente la MGF tipo III se relaciona con infecciones del tracto urinario, infecciones genitourinarias, formación de abscesos, septicemia o incluso la infección por VIH (Iavazzo, Sardi, & Gkegkes, 2013).

Se considera la MGF como un factor de riesgo para contraer enfermedades sexuales (Kaplan et al., 2011; Kaplan-Marcusan, 2006) puesto que las mujeres mutiladas tienen más probabilidad de heridas por fricción durante el coito. Sin embargo, un estudio de Elmusharaf, Elkhidir, Hoffmann y Almroth (2006), realizado en Sudán con una muestra de 222 mujeres no encontró asociación estadística entre la MGF y las enfermedades de transmisión sexual. No obstante, muchas presentan VIH y otras infecciones que amenazan la vida de las niñas como tétanos (Osifo & Evbuomwan, 2009) y, como en el caso de una participante, Hepatitis B, documentada también anteriormente (Kaplan-Marcusan, 2006). Estas infecciones se adquieren

generalmente, por la forma en que se lleva a cabo el procedimiento, en condiciones higiénicas deficientes, y con instrumental inadecuado, que no ha sido previamente esterilizado y, que con frecuencia es el mismo para todas las niñas. Si bien, es necesario considerar que la solución a estos problemas de salud no incurre en mejorar la técnica o las condiciones, sino en erradicarla por completo, puesto que la MGF es una violación de los derechos de las niñas, que son engañadas y conducidas al bosque para ser sometidas a esta cruenta práctica.

### 3.2. CONSECUENCIAS PSICOLÓGICAS

Aparecen sentimientos de tristeza, rabia y dolor al recordar la mutilación que continúan afectando la salud mental de las mujeres que han sufrido MGF a pesar del paso del tiempo.

Una de las entrevistadas narra las recurrencias al acto traumático al ver un cuchillo o sangre, así como miedo al pensar que puede encontrarse a la mujer que la mutiló o al escuchar su nombre. Este trastorno de estrés postraumático ha sido descrito en diversas investigaciones: En los países bajos, un estudio realizado en 66 mujeres procedentes de países donde se realiza la MGF de forma habitual reveló que una de cada seis encuestadas sufrían trastorno de estrés postraumático, y una tercera parte reportó síntomas relacionados con la depresión o la ansiedad. (Vloeberghs, van der Kwaak, Knipscheer, & van den Muijsenbergh, 2012). En este sentido, Kizilhan (2011) apunta la posibilidad de causar diversos trastornos emocionales, siendo especialmente significativa la alta tasa de trastorno de estrés postraumático en los resultados de su estudio.

Del mismo modo, un estudio realizado por Behrendt y Moritz (2005) al comparar mujeres senegalesas mutiladas con las no mutiladas obtiene que las mujeres circuncidadas presentaron mayor prevalencia de trastorno de estrés postraumático (30,4%) y otros síndromes psiquiátricos (47,9%) que las mujeres no circuncidadas, acompañado por problemas de memoria. En este sentido, y a pesar de que la entrevistada más afectada psicológicamente aporta diversos detalles concretos, refiere que tras ver cómo salía la sangre no se acuerda de nada ya que estaba llorando, muy nerviosa y con miedo. Lo que proporciona síntomas similares a las mujeres de ambos estudios.

Estas mujeres todavía sienten el miedo que experimentaron durante el corte de sus genitales, así como emociones de dolor, rabia y frustración. Describen sentimientos de tristeza, angustia y depresión. En este sentido, otros estudios destacan sentimientos de ansiedad, terror, humillación y traición (Ballesteros Meseguer et al., 2014), así como miedo, ansiedad y tristeza (Pastor Bravo, Jimenez Ruiz, et al., 2013).

Una entrevistada describe además alteraciones del sueño, pues según relata ha tenido pesadillas en las que revivía la experiencia traumática. Andro, Cambois y Lesclingand (2014) también describen entre la muestra estudiada trastornos del sueño. Sin embargo, en el estudio de Kizilhan (2011) no se evidenciaron síntomas de la depresión ni trastornos del sueño en la muestra estudiada.

Es necesario tener en consideración que las consecuencias psicológicas pueden acentuarse una vez que las mujeres emigran y son conscientes de que la MGF no es común en todas las mujeres. Gallego y López (2010) hacen referencia a los problemas provocadas por los sentimientos contradictorios producidos por la diferencia de valores entre la sociedad en la que viven y la cultura a la que pertenecen. La migración les supuso hacerse más conscientes de su condición de mutiladas y de las consecuencias negativas de esta práctica. Ante este hecho las mujeres experimentan sentimientos negativos que se acentúan cuando presentan problemas físicos o durante el parto (Vloeberghs et al., 2012). Por ello, es posible que las mujeres que continúan residiendo en su país de origen no experimenten todas las consecuencias para su salud mental derivadas de la MGF que refieren las entrevistadas. Si bien, un estudio de Behrendt y Moritz (2005, pp. 1000–1002) advierte que a pesar de que la mutilación genital femenina constituye una parte del origen étnico de las participantes, esta pertenencia cultural, no protege contra el desarrollo de trastorno de estrés postraumático y otros desordenes psiquiátricos.

### 3.3. REPERCUSIONES SOBRE LA SEXUALIDAD

La vida sexual de estas mujeres se ve afectada por la MGF en dos vertientes.

La primera es el *Sufrimiento en la vida sexual* que se caracteriza por el miedo que sienten a iniciar las relaciones sexuales, especialmente por el dolor que sabían que experimentarían debido a la MGF. También describen este dolor durante el primer acto

sexual y que algunas mujeres lo experimentan durante cada penetración. La dispareunia también ha sido documentada en el estudio de Vanegas Estrada (2009).

En un estudio en el que evalúan las consecuencias para la salud sexual y obstétrica de mujeres con características similares, las participantes también expresaron haber sentido miedo al inicio de las relaciones sexuales relacionado con miedo a lo desconocido y al dolor (Ballesteros Meseguer et al., 2014). Así mismo, en el estudio de Pastor Bravo et al. (2013) todas las participantes coinciden en el miedo a iniciar las relaciones sexuales, ya que les han hablado del dolor que se sufre durante éstas. Encontrándose especialmente aterradas las mujeres infibuladas.

Ninguna de las participantes presenta mutilación tipo III o infibulación, sin embargo, una de las mujeres relata los terribles dolores de una amiga infibulada a la que abrieron para comenzar las relaciones sexuales.

La otra vertiente afectada es el *placer sexual*: pues muchas mujeres presentan escaso deseo sexual, así como anorgasmia. Algunas refieren poder sentir placer, pero únicamente tras una estimulación sexual intensa. Esta disminución del placer sexual y problemas para alcanzar el orgasmo también ha sido descrito en otras mujeres mutiladas (Ballesteros Meseguer et al., 2014). Del mismo modo, un estudio realizado en Arabia Saudí, comparando la función sexual de 130 mujeres mutiladas con 130 no cortadas resolvía que las primeras referían un menor grado de excitación, lubricación, orgasmo y satisfacción en el test adaptado al árabe del Índice de la Función Sexual Femenino (Alsibiani & Rouzi, 2010). Este mismo instrumento fue utilizado en el Cairo con 333 mujeres cortadas en comparación con 317 sin circuncidar, obteniendo resultados similares, pues las mujeres no mutiladas presentaron un deseo sexual significativamente mayor que las mutiladas (Anis, Aboul Gheit, Awad, & Saied, 2012). Otro estudio evidencia que las mujeres con MGF presentan puntuaciones más bajas en el Cuestionario de Calidad de vida Sexual Femenino, siendo especialmente significativo en los casos de mujeres infibuladas (Andersson, Rymer, Joyce, Momoh, & Gayle, 2012).

Al analizar el discurso de las entrevistadas, también se detectó un problema no resuelto de *planificación familiar*, pues la mayoría de las mujeres que no desean tener más hijos, no utilizan métodos anticonceptivos o en caso de hacerlo, son métodos poco fiables. Así mismo, entre las mujeres mutiladas entrevistadas de Yibutí, la mayoría

referían que no utilizarían métodos anticonceptivos, presentando ideas erróneas respecto a éstos (Pastor Bravo, Jiménez Ruiz, et al., 2013). Igualmente, Ballesteros Meseguer et al. (2014) identifica una necesidad insatisfecha de planificación familiar, así como desconocimiento de métodos anticonceptivos seguros y asequibles entre mujeres subsaharianas mutiladas.

### 3.4. CONSECUENCIAS EN EL CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Durante el embarazo, algunas de las complicaciones que presentaron las mujeres del estudio fueron: infección, fiebre, hiperémesis y abortos recurrentes. Igualmente, durante el parto, la mayoría precisó de episiotomía o cesárea. Estos resultados son congruentes con diversos estudios que han estudiado las repercusiones obstétricas de la MGF.

La OMS (2006), que corrobora la existencia de una mayor frecuencia de complicaciones durante el embarazo, en el momento del alumbramiento y en el puerperio en mujeres que han sufrido MGF, coincidiendo con la muestra en la mayor necesidad de realizar cesárea en el parto y en el aumento del número de episiotomías. Del mismo modo, el estudio de Frega et al. (2013), obtuvo que las mujeres con mutilación genital femenina tienen mayor riesgo de episiotomía, mayor incidencia de cesárea y mayores riesgos de consecuencias ginecológicas y obstétricas. En la muestra que obtuvo Ballesteros Meseguer et al. (2014), a la mayoría de mujeres se le realizó la episiotomía y en las que no se le practicó se produjeron desgarros perianales que precisaron sutura. Las consecuencias descritas vienen al encuentro de los resultados una revisión empírica de la literatura de 44 estudios primarios, con casi 3 millones de participantes, en el que se confirma que las mujeres con mutilación genital presentan un trabajo de parto más prolongado, laceraciones obstétricas, parto instrumental y hemorragia obstétrica, lo que indica que la MGF es un factor que aumenta significativamente el riesgo de complicaciones en el parto (Berg & Underland, 2013). Así mismo, se ha asociado a una mayor fase de expulsión, mayor riesgo de episiotomía, mayor incidencia de cesárea y menor puntuación del test de Apgar en partos de mujeres con MGF (Frega et al., 2013).

A pesar de esto, algunas mujeres no relacionan la MGF con problemas en el parto ni otras complicaciones físicas derivadas de la práctica. Puesto que al no considerar que se trate de una costumbre dañina, no la asocian a los problemas de salud que presentan a largo plazo. En otro estudio El 60,8 % de las pacientes al ser interrogadas, no piensan que la MGF les produjo alguna complicación o secuela, a pesar de sufrir una lista de problemas para su salud (Vanegas Estrada et al., 2009). Esto, junto a la presión social, lleva a muchas mujeres a preferir que sus hijas sean mutiladas a que sean excluidas, ya que la comunidad desprecia a las mujeres no mutiladas, condicionando a las madres a practicar la MGF a sus hijas, a pesar de sus consecuencias (Pastor Bravo et al., 2012).

Las mujeres experimentaron sentimientos negativos durante las exploraciones vaginales propias de los controles durante el embarazo. En éstas refieren sentimientos de vergüenza a ser diferentes y a la reacción de los profesionales de la salud. Estos sentimientos también han sido experimentados por mujeres mutiladas que viven en otros países europeos, por lo que evitan a los médicos que no ocultan su asombro (Vloeberghs et al., 2012). También se ha documentado en mujeres mutiladas procedentes de países subsaharianos temor ante las exploraciones vaginales (Ballesteros Meseguer et al., 2014).

### 3.5. PROFESIONALES SANITARIOS ANTE LA MGF

A pesar de la vergüenza de ser diferentes y la preocupación por la reacción de los profesionales de la salud ante sus genitales mutilados, las mujeres acudieron a todos los controles médicos durante el embarazo y puerperio y la mayoría acudió al hospital en el momento del parto, lo que supone oportunidades de detectar y desarrollar planes específicos de cuidados ante las mujeres embarazadas con MGF. Sin embargo, las mujeres perciben que ningún profesional de los que las ha explorado ha detectado su mutilación puesto que no ha afrontado con ellas este tema. La falta de detección y abordaje ha sido descrita en un estudio realizado a matronas de un centro de salud, el cual revela que existe una baja detección de casos y no se conocen protocolos ni guías de actuación ni la legislación al respecto. Si bien, existe un interés generalizado por aumentar sus conocimientos al respecto (León-Larios & Casado-Mejía, 2014). Esta deficiencia de conocimientos también se ha documentado a nivel internacional por

(Dawson et al., 2014) identificándose una falta de conocimientos técnicos en mutilación genital femenina y una competencia cultural limitada entre las parteras, especialmente en las pertenecientes a países de bajos y medianos ingresos. Demostrando por tanto, una necesidad de educación y formación a los profesionales que debe ser apoyada por directrices y políticas comunitarias. (Dawson et al., 2014).

A nivel nacional, un estudio indaga sobre los conocimientos tanto de matronas como de pediatras y ginecólogos, refiere que aunque la mitad de los encuestados conocen la práctica y sus consecuencias para la salud, el 90% consideró tener conocimientos insuficientes. (García Aguado & Sánchez López, 2013). Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la mutilación genital femenina), mientras que otro que explora la percepción de matronas respecto a su capacidad de afrontamiento hacia las mujeres mutiladas demuestra un desconocimiento generalizado del fenómeno, si bien, las profesionales se sienten más capacitadas que sus compañeros varones, evidenciándose la influencia del género ante este problema (León Larios & Casado-Mejía, 2012).

A nivel regional (Vázquez Moya & Almansa Martínez, 2012) exploran los conocimientos y actuación de los profesionales de enfermería en el Hospital Virgen de la Arrixaca de la Región de Murcia, región en la que residen las mujeres que componen la muestra, revelando que el conocimiento sobre el tema es limitado y son pocos los casos detectados en relación a la población que reside en Murcia.

Aun así, la percepción de todas las entrevistadas respecto al trato profesional recibido en su salud sexual y reproductiva es muy buena, apreciando una buena atención e información. Las mujeres que conforman la muestra del estudio de Ballesteros Meseguer et al. (2014), también refirieron haberse sentido bien tratadas por los profesionales que las atendieron a lo largo de su embarazo, parto y puerperio.

Una de las entrevistadas hace referencia a la posibilidad de la cirugía reparadora pues, al igual que muchas otras, se siente avergonzada de estar mutilada y ser diferente. Con esta cirugía pretende recuperar su derecho a sentir placer, así como comenzar a percibirse como una mujer completa a la que no le falta ninguna parte de su cuerpo. Sin embargo, esta mujer no conoce la posibilidad de ser operada de forma gratuita en España.

Otra de las participantes refiere que una vez mutilada no se puede hacer nada por ella, puesto que no se puede recuperar el clítoris. Ambos casos ponen en evidencia que sus profesionales de salud están descuidando la sexualidad de la paciente al no ofrecerle tanto las posibilidades en el ámbito de la sexología como tratamiento quirúrgico que como ha sido documentado, disminuye el dolor y aumenta el placer sexual (Pierre Foldès et al., 2012). Si bien, es necesario recordar la dificultad de que los profesionales sanitarios puedan abordar el ámbito sexual, entre otros afectados por la MGF, si previamente no han detectado la práctica en la paciente.

Aunque la entrevistada pretende reparar mediante cirugía parte de las consecuencias para su salud mental así como el placer en las relaciones sexuales, se han documentado casos de cirugía que subsanan otras complicaciones tardías de la MGF. Como un caso de quiste epidérmico de inclusión que requiera de extirpación debido a la inflamación, infección secundaria, o, raramente, la malignidad del mismo (Hamoudi & Shier, 2010). También se han documentado medidas quirúrgicas con muy buenos resultados en un hospital de Arabia Saudí en 21 mujeres con quiste epidérmico secundario a la MGF tipo I o II (Rouzi et al., 2001). En el tipo III de mutilación genital femenina es necesaria comúnmente una desinfibulación (Teufel & Dörfler, 2013) y algunas complicaciones en mujeres infibuladas como una masa en la vulva documentada (Fazari, Berg, Mohammed, Gailii, & Elmusharaf, 2013) también han podido resolverse por medio de una exitosa cirugía reconstructiva.

### 3.6. CONSECUENCIAS PARA LOS HOMBRES

La mayoría de mujeres hacen referencia a las consecuencias que ha tenido su mutilación genital en sus parejas, así como en sus creencias sobre si los hombres prefieren a una mujer no cortada o si desean que éstas se sometan a la práctica. Aunque hasta ahora no existe mucha documentación al respecto, los resultados del estudio pueden compararse y discutirse con algunos artículos.

Las participantes se posicionan en 3 subcategorías respecto a la MGF y los hombres:

La primera de las categorías que se establecen en el estudio es la ambigüedad con la que responden la mayoría de las mujeres, pues según refieren cada hombre es

distinto y depende de él que prefiera casarse y mantener relaciones sexuales con una mujer cortada o sin cortar. Si bien, las entrevistadas hacen referencia a que sus maridos sabían antes de casarse que en su etnia y en su pueblo todas están mutiladas.

Una entrevistada contempla la MGF como positiva para el hombre y afirma contundentemente que los hombres prefieren casarse con una mujer mutilada. Contrastando esta opinión, las mujeres Bobo-Dioulasso de Burkina Faso realizan diversas prácticas para mejorar la satisfacción sexual de los hombres, como la utilización de diversas sustancias, pero también la modificación de sus propios genitales, siendo la MGF necesaria para mantener las relaciones sexuales satisfactorias en los hombres y, al mismo tiempo, como medida de obligatoriedad cultural que dota de autocontención sexual a las mujeres (Jirovsky, 2010).

El resto piensa que si la MGF afecta negativamente la salud de la mujer, esto influirá también en el hombre. Especialmente en el ámbito sexual, pues según estas mujeres, los hombres disfrutarían más de las relaciones sexuales que sean placenteras para ambos. Para una de las entrevistadas la anorgasmia influye en sus relaciones de pareja, pues es amenazada por su marido con buscar a otra mujer que pueda sentir. La búsqueda de placer sexual fuera de la pareja también ha sido descrita por Medicusmundi Andalucía (2008) al examinar las consecuencias en los hombres. Así mismo éstos han documentado la depresión como otra de las consecuencias, la cual puede estar motivada por la insatisfacción y el malestar en la pareja. Así mismo, un estudio que entrevistó a 59 hombres de Sudán reveló que éstos presentan problemas psicológicos debido a la MGF de sus parejas, algunos también experimentan dificultades en la penetración e infecciones en el pene (Almroth et al., 2001). Lo que pone de manifiesto que la MGF también tiene consecuencias negativas para la salud de los hombres.

#### **4. JUSTIFICACIONES DE LA MGF**

Las mujeres alegaron distintos motivos por los que se perpetúa la práctica. Algunas de estas creencias se entrecruzan entre sí, no siendo, generalmente, una única justificación responsable, sino un cúmulo de motivaciones encaminadas al mantenimiento de la tradición y de los roles de género en la sociedad.

Algunos de las justificaciones que exponen las entrevistadas por los que se mutila a las niñas son: cultura, tradición, belleza, religión, autocontención sexual, disminuir el deseo sexual, rito de paso a la edad adulta, falta de información, hacer a las mujeres casaderas y la presión social.

Pastor Bravo et al. (2013) concluye que las mujeres alegan motivos religiosos, de protección de la virginidad y la fidelidad, que en definitiva, es lo que pretende la autocontención sexual y disminuir el deseo sexual, ambos alegados por las entrevistadas. También coincide en la presión social, y hacer a las niñas casaderas. Si bien, cita otro motivo evitar que el clítoris de la mujer crezca que no ha sido mencionado por las participantes.

Otro estudio realizado tanto con mujeres como con hombres de Nigeria coincide con las entrevistadas al destacar como justificación fundamental prevenir la promiscuidad sexual, frenar los deseos sexuales y la tradición (Briggs, 2002).

Distintos argumentos encontrados en la bibliografía reafirman los resultados obtenidos son la belleza, higiene, y el ritual de iniciación (Utz-Billing & Kentenich, 2008). Por contra, este estudio alega otras motivaciones no mencionadas anteriormente como: el fomento del sistema de la familia patriarcal, el método de control de la natalidad, la garantía de la conducta moral, la protección de las mujeres de las sospechas y la desgracia, símbolo de la feminidad, salud y ventajas económicas.

Pese a no hacerse alusión directa a las ventajas económicas de la MGF en este estudio, las mujeres otorgan mucha importancia a ser aceptadas en la comunidad y especialmente por el marido. Hacer a las niñas casaderas es una preocupación de los padres, pues el acceso a patrimonio se obtiene generalmente mediante el matrimonio. Además estas mujeres son especialmente valoradas por su rol en la reproducción. Existe una razón económica que mantiene la tradición tal y como narran las entrevistadas, relativa a la posición privilegiada y beneficio económico que adquiere la mujer que realiza el corte genital. Este interés personal, además del ideológico que muchas mantienen, es motivo de perpetuación de la práctica a pesar de la legislación (Ballesteros Meseguer et al., 2014).

Según cuentan las entrevistadas la MGF es una práctica cultural que se ha transmitido de generación en generación. De hecho, lleva perpetuándose durante

siglos, pues se ha documentado que las momias egipcias de hace 400 años tienen la MGF realizada (Adam Muñoz, 2003, p. 25). Si bien, su extensión no afecta a todos los países por igual ni a todas las etnias de un mismo país. Es por ello que no todas las entrevistadas han sido mutiladas, pues en algunos casos la etnia a la que pertenecen no la realiza. En el resto, la MGF constituye una antigua tradición que se asocia a la perpetuación de la cultura, así como un símbolo que la honorifica. Es por tanto una práctica muy enraizada en la tradición y cultura de muchas comunidades africanas pues como afirman Dandash, Refaat y Eyada (2001), esta práctica considerada cultural se arraiga y nutre de la experiencia previa de sus mayores y en las madres.

Esta tradición proporciona a las niñas un sentimiento de identidad femenina y de pertenencia a la comunidad mediante las enseñanzas y valores que aprenden del resto de mujeres durante el tiempo que permanecen en el bosque, las cuales son percibidas como positivas y como parte del rito de paso a la edad adulta. Turner (2005) informa en su estudio de esta transmisión de enseñanzas que finalizan en un mayor estatus social de las niñas: *“No se trata de una mera adquisición de conocimientos, sino de un cambio ontológico. La pasividad aparente se revela como una absorción de poderes, que empezarán a ser activos una vez su status social haya quedado redefinido en los ritos de agregación”*. También Kaplan Marcusán (2001, p. 202) hace referencia tanto a las enseñanzas como a la marca física de la escisión como señas de identidad que unen a las niñas de la comunidad.

Las mujeres recuerdan que durante este periodo permanecen separadas de los hombres y no pueden ser vistas por ellos hasta que hayan concluido el proceso mediante la curación de la herida y, por consiguiente, sean consideradas mujer. Esta separación ha sido descrito por Kaplan Marcusán (2001, pp. 201–204) y comienza en la primera fase del rito o fase de separación, que simboliza la ruptura de la infancia y está marcada por la escisión. Durante la segunda fase de marginación, que dura el tiempo que tarde la herida en cicatrizar, las niñas reciben los aprendizajes y no es hasta la última fase de agregación que las niñas son presentadas a la comunidad como nuevos miembros reconocidos de la sociedad secreta de las mujeres.

Durante el doloroso proceso del corte y la curación de la herida, las mujeres refieren que debían esforzarse por mantenerse fuertes y no llorar. Esta demostración de valentía y de que no sienten dolor han de realizarla así mismo las niñas *Cognagui*

de Guinea, que deben bailar inmediatamente después del corte (Maglione, 1998). En este sentido, Álvarez Degregori (2001) explica la existencia de una asociación al hecho de experimentar ese dolor a la demostración de valentía y madurez de las niñas, requisitos importantes para convertirse en miembros adultos de la comunidad.

Las entrevistadas tienen sentimientos encontrados respecto al rito de paso, pues las enseñanzas de las mujeres les resultaran de valiosa importancia cultural, como el respeto a sus madres y a la comunidad. También tienen recuerdos positivos sobre la fiesta final, asociada a la entrada en la edad adulta y a menudo se acompaña de una ceremonia durante donde las niñas reciben regalos y reconocimiento público (Centro de Investigación Innocenti de UNICEF, 2005, p. 19). Sin embargo, recuerdan la mutilación de sus genitales como una práctica atroz rodeada de sufrimiento por lo en su mayoría la rechazan. La máxima expresión de este rechazo la realiza una de las mujeres que se refieren a esta práctica como “una barbaridad”.

Estos mismos resultados se obtienen en el estudio de Ballesteros Meseguer et al. (2014) en el que las mujeres describen el rito de forma ambivalente, por un lado la alegría de la fiesta y por el otro el dolor de la intervención.

Una vez acabado el rito les dicen a las niñas que se han convertido en mujeres. Por contra, la no realización del mismo, supone que la comunidad no las valore como tales y queden excluidas de la sociedad secreta de las mujeres. En este caso, las propias niñas que han sido mutiladas aprenden en el bosque a rechazar a las que no han pasado este rito con insultos y gestos secretos. Motivo por el que algunas niñas que no han pasado por este rito se sienten avergonzadas y desean pasar por él para sentirse integradas.

Este rechazo hacia las no circuncidadas no se aprende exclusivamente en el bosque como parte de las enseñanzas de las mujeres, sino que es un rechazo unánime por parte de la comunidad, en el que participan tanto hombres como mujeres con MGF. Es conocido incluso por las niñas en las que la mutilación de sus genitales no puede asociarse a un rito de paso a la edad adulta, puesto que fue realizado en casa, en ocasiones individualmente o con pocas niñas de la familia, y a una muy corta edad. Y ha sido sufrido por una parte importante de las participantes que no han sido mutiladas, llegando incluso a ocultar que no están circuncidadas para evitar las repercusiones de

su comunidad. Estas repercusiones sociales han sido descritas por mujeres donde la MGF constituye una tradición en el estudio de Pastor Bravo et al. (2013).

Es por ello que cortar los genitales de una niña se convierte en una presión social que las familias acaban acogiendo para evitar que sus hijas sean rechazadas, no solo por sus compañeras sino por los hombres y, en un futuro, por su marido, pues el mito de que las mujeres circuncidadas presentan mejor autocontención sexual y por tanto serán vírgenes hasta el matrimonio y fieles durante éste hace, según cuentan las entrevistadas, que los hombres prefieran casarse con una mujer circuncidada. Esta presión social es un motivo esgrimido, junto con la tradición, por la mayoría de las participantes del estudio.

La protección de la virginidad y fidelidad es otra de las justificaciones que sostiene tanto la bibliografía consultada como las propias mujeres para continuar con el procedimiento. La lógica de este argumento radica en que mutilar a una mujer disminuye su deseo y placer sexual, por lo que éstas tendrán más autocontención sexual y por lo tanto, no desearan comenzar las relaciones sexuales prematuramente (antes del matrimonio) y serán fieles a sus maridos. La bibliografía consultada (Rahman & Toubia, 2000, pp. 4-5), afirma que es una forma de mantener los matrimonios polígamos y asegurar que las mujeres no demanden al marido más relaciones sexuales de las que puede mantener para satisfacerlas a todas. El estudio realizado por Jirovsky (2010) en Burkina Faso muestra que la principal motivación para mutilar a las niñas es la necesidad de controlar la sexualidad femenina, sin negarla sino con el fin de garantizar un comportamiento moralmente aceptable.

Una de las entrevistadas, cuestiona la justificación de la autocontención sexual puesto que ella misma no ha pasado por este procedimiento y no considera que su comportamiento moral respecto a los hombres sea distinto del que presentan las mujeres mutiladas, incluso lo considera mejor que el de algunas mujeres mutiladas, por lo que no cree que la MGF sea necesaria para mantener la virginidad de las mujeres.

Al analizar los discursos de las entrevistadas obtenemos que un porcentaje elevado de las éstas mantuvieron relaciones sexuales previas al matrimonio, siendo este porcentaje algo más elevado entre las mujeres mutiladas. Estos resultados,

muestran que la mutilación de las entrevistadas no ha servido para evitar las relaciones sexuales prematrimoniales que se producen tanto en mujeres cortadas como sin mutilar. Así mismo, otro estudio con mujeres mutiladas muestra que éstas iniciaron las relaciones sexuales antes del matrimonio, por lo que la MGF no garantiza la virginidad hasta el mismo (Ballesteros Meseguer et al., 2014). Esto es corroborado por una investigación realizada en Guinea con una muestra de 6.753 mujeres, el cual no encontró asociación entre tener MGF y las relaciones sexuales prematrimoniales, por lo que demuestra una vez más que la MGF no está relacionada con la protección de la virginidad (Van Rossem & Gage, 2009).

Las mujeres refieren que uno de los motivos por los que mutilan a las niñas es que los hombres no desean casarse con una mujer que no haya pasado por este rito, pues los hombres buscan una mujer virgen y fiel y la MGF es una garantía de estos requisitos. La bibliografía encontrada también afirma que los padres mutilan a sus hijas porque de no hacerlo les supondría un obstáculo para encontrarle marido (Centro de Investigación Innocenti de UNICEF, 2005). Constituyendo este rechazo de los hombres una de las fuertes presiones para perpetuar la práctica. La justificación de que la MGF hace a las mujeres casaderas se refuerza con el estudio de Briggs (2002) en que la mayoría de encuestados afirman que no se casarían con una mujer no circuncidada. Sin embargo, un estudio realizado en Sudán muestra que un porcentaje importante de hombres aceptaría casarse con una mujer que no haya pasado por este procedimiento, siendo significativa la respuesta de los hombres jóvenes, pues la mayoría de éstos habría preferido casarse con una mujer no mutilada (Almroth et al., 2001). Lo que evidencia un cambio de actitudes entre las generaciones más jóvenes.

En este sentido, un estudio revela que no existe diferencia en la edad en que contraen matrimonio las mujeres con MGF y sin ella (Van Rossem & Gage, 2009). Lo que expone que las mujeres no mutiladas no encuentran en realidad más dificultades para casarse. Así mismo (Orubuloye, Caldwell, & Caldwell, 2000, p. 85) afirma que el 70% de las no mutiladas no ven esta situación como un obstáculo para contraer matrimonio. Esto muestra que a pesar de la creencia de que los hombres prefieren casarse con mujeres mutiladas, en realidad las no circuncidadas no presentan mayores dificultades para contraer matrimonio.

Otra de las razones esgrimidas por las mujeres es que los genitales cortados son más bonitos. Así lo manifiesta una de las entrevistadas y así se lo ha transmitido a su hija adolescente que pregunta si en España no estamos todas mutiladas. Esta cuestión puede explicarse con Dembour (1996) que alega que existen distintas concepciones de “normalidad y monstruosidad”, así como un factor de conmoción recíproco: ellas no sólo no entienden que nosotras no estemos circuncidadas, sino que además les resulta difícil de aceptar.

La hija de esta mujer considera sus genitales no cortados como feos, por lo que esperará hasta la mayoría de edad para recortarlos mediante una forma legal de medicalizar la MGF, la cirugía estética, tan demandada en nuestra sociedad.

Esta adolescente recibe por una parte enseñanzas de su madre tradicionales de la cultura nigeriana como es la MGF y por otro, influencias de nuestra cultura consumista a favor de las industrias de belleza. Lo que muestra que la ideología patriarcal no ha sido erradicada sino reformulada de forma que en España, aunque se rechacen las mutilaciones genitales femeninas que se producen en África, está socialmente aceptado someterse a cirugías y procedimientos invasivos por cuestiones estéticas. Lo que constituye una importante incongruencia (Ahmadu, 2007; Essén & Johnsdotter, 2004; Johnsdotter & Essén, 2010).

Algunas mujeres afirman que la mutilación de los genitales femeninos es un precepto religioso. Sin embargo, la mayoría no tiene certeza a este respecto. Bien porque no pueden conocerlo de primera mano, puesto que según afirma una participante no entiende sobre religión, o porque es algo que han oído pero no le han argumentado.

Sólo una de las participantes conoce que la MGF no constituye una obligación para las mujeres. Coincidiendo con el artículo de Kaplan Marcusán (2001, pp. 202–203). Sin embargo, esta práctica es contraria a diversos principios islámicos como las palabras del Profeta que instauran que quién daña a un fiel daña al Profeta y quién daña al Profeta daña a Alá, las que piden a cuidar de las niñas (Casado, 2002, p. 423; Family Planning Association El Cairo, 1985) y el principio de "no hacer daño" (Rouzi, 2013).

Una de las participantes hace referencia a que la MGF continúa reproduciéndose por ignorancia y falta de información, pero esta no constituye un

motivo por el que continuar la práctica, sino una manifestación de que no ha llegado hasta las comunidades que la realizan las justificaciones para abandonarla, tales como la vulneración de derechos de las niñas, las consecuencias para la salud y la información de que no es necesaria para casarse.

## **5. PERSONA QUE TOMA LAS DECISIONES IMPORTANTES SOBRE LOS HIJOS**

Las entrevistadas coinciden en que es el padre quien toma las decisiones importantes con los hijos. Pues en su cultura, son los hombres los encargados de tomar decisiones en nombre de la familia. Sin embargo, afirman que esto está cambiando, pues las mujeres tienen más capacidad de dar su voto, desde que viven en España, lo que se debe a que la aculturación ha influenciado cambios en los roles de género tradicionales que fomentan una nueva dinámica en la toma de decisiones compartidas en el hogar y durante el parto (Johnson-Agbakwu, Helm, Killawi, & Padela, 2014) siendo en muchas ocasiones, las decisiones que se toman respecto a los hijos, parte de un acuerdo mutuo entre padre y madre.

Además de la aculturación, una entrevistada afirma que los hombres más formados comparten tareas y decisiones con las mujeres mientras los de menor nivel educativo imponen sus decisiones. Del mismo modo, el nivel de educación de los hombres influye en la preferencia de mujeres circuncidadas según los datos recogidos por el Centro de Investigación en Salud Navrongo en Ghana (Sakeah, Beke, Doctor, & Hodgson, 2006). Por lo que los hombres analfabetos y con menor formación constituirían un factor de riesgo primeramente por ser favorables a la perpetuación de la práctica y seguidamente por ser quienes toman las decisiones sin tener en cuenta la decisión de las mujeres.

## **6. PERSONA QUE DECIDE MUTILAR A LAS NIÑAS EN LAS FAMILIAS**

Pese a que los hombres tienen el poder decisión sobre su familia, la MGF es un tema tradicionalmente femenino exclusivo del mundo secreto de las mujeres, del que

los hombres no forman parte y en ocasiones no están informados al respecto. Así lo expresan las mujeres del artículo de Ballesteros Meseguer et al. (2014), que afirman que la MGF constituye una tradición mantenida por la mujer en la que los hombres no interfieren.

Una figura muy importante en la decisión de mutilar a las niñas son las abuelas, que se encargan de continuar las tradiciones, aunque también puede encargarse la madre o tía de las niñas. Esto se refuerza en el estudio de González Henao (2011) que afirma que la MGF se realiza sin pedir consentimiento a los varones, puesto que es un rito considerado fundamental para el desarrollo de las mujeres y completamente secreto. De hecho, según la autora, sólo están al corriente la abuela, la madre y la partera que la realiza, siendo participes en algunos casos exclusivamente la abuela y la mujer que realiza el procedimiento. Otro estudio describe que no compete a las madres de las niñas tomar esta decisión sino que son las abuelas paternas quienes deciden cuando se mutilará a las niñas (Ballesteros Meseguer et al., 2014).

La MGF pertenece a la sociedad de las mujeres y los hombres generalmente no interfieren en ella, aunque en uno de los casos el padre se oponía a que mutilaran a su hija, si bien, acabó sucumbiendo a la decisión de su mujer por motivos de pertenencia a la comunidad y presión social. Una investigación realizada sobre 310 mujeres en Sierra Leona confirma que en la mayoría de los casos, la decisión cortar los genitales de las niñas fue tomada por mujeres. Si bien, en un 28% de casos fue el padre quien tomó esta decisión (Bjalkander, Leigh, Harman, Bergstrom, & Almroth, 2012). Así mismo otro estudio realizado en Gambia evidencia que los hombres presentaron una baja participación en el proceso de toma de decisiones de mutilar a sus hijas, y muy pocos tomaron la decisión final. (Kaplan, Cham, et al., 2013).

Esto demuestra que, a pesar de ser un tema tradicionalmente femenino, los hombres pueden interferir, componiendo éstos una minoría a ser considerada cuando se trata de una práctica que socaba los derechos de las niñas marcándolas para el resto de su vida.

Así, aunque la práctica se limita generalmente al mundo secreto de las mujeres, esto no significa que los hombres no pueden ser influyentes, pues la voz de un hombre es escuchada, por lo que pueden contribuir a perpetuar o frenar la práctica a pesar de

tratarse de un tema femenino. De hecho, los hombres que entienden el impacto negativo de la MGF en la salud y el bienestar de las niñas y las mujeres están dispuestos a desempeñar un papel importante en su prevención (Kaplan, Cham, et al., 2013).

De igual modo, el artículo de Almroth et al. (2001), describe una serie de consecuencias derivadas de la MGF para la salud de los hombres, así como que los más jóvenes prefieren mujeres no mutiladas, lo que puede abrir nuevas posibilidades para contrarrestar la práctica de la MGF.

## 7. EL TABÚ Y EL ENGAÑO DE LA MGF

Todas las entrevistadas coinciden en que la MGF es un tema tabú en su sociedad. Así lo manifiestan también Vanegas Estrada, Fatou y Valdez Álvarez (2009). No se les informa ni se explica el procedimiento antes de su realización, sino que, por el contrario, se las engaña para evitar que opongan resistencia. En este sentido coincide Pastor Bravo et al. (2013), puesto que la MGF es una violación de los derechos de las niñas, que son conducidas al bosque mediante engaños para ser sometidas a esta cruenta práctica. Es por ello que la norma social prohíbe que describan el procedimiento que les realizaron, pero también el rito que lo acompaña, especialmente con las niñas que no han pasado por ello.

## 8. LA MGF EN LA ESCUELA

A la mayoría de mujeres no le informaron de la MGF en la escuela, sin embargo, algunas refieren que ahora se está comenzando a tratar, incluso en los colegios, lo que podría suponer el final del tabú y el cuestionamiento de la práctica. La información y promoción de campañas de eliminación de la MGF en la escuela ha sido reconocida como una estrategia en la lucha contra la práctica (Yirga et al., 2012). Si bien, las niñas a las que informaron en la escuela recibieron posiciones contradictorias, pues algunas profesoras querían perpetuarla y otras eliminarla. En uno de los casos, cuando le hablaron de la MGF a una de las entrevistadas refiere que ya era tarde para ella por lo que este tema debería introducirse en el colegio desde edades muy tempranas para evitar el máximo de casos posible.

## 9. DERECHOS DE LAS MUJERES

Las mujeres fueron sometidas a esta práctica siendo niñas, sin ser consultadas previamente y mediante engaños. Mutilan a las niñas a la fuerza y muchas perciben este hecho como una vulneración de sus derechos, considerándose víctimas de esta práctica tradicional motivada por intereses patriarcales, ante lo que acaban resignándose pues según refieren ya no pueden hacer nada al respecto. Si bien, algunas se muestran enfadadas y reclaman su derecho a vivir tal y como han nacido.

Esta práctica supone un exponente de la discriminación hacia las mujeres llevada a su extremo más cruel y denigrante. Con la mutilación la mujer es humillada, se asegura su fidelidad y ve alterada su sexualidad de manera importante. Por lo que supone una violación de derechos fundamentales como el derecho a la integridad física, el derecho a la salud y el derecho a no ser sometido a torturas ni a tratos inhumanos y degradantes (Grande Gascón, 2000). Así pues, la MGF es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos de las mujeres y las niñas, vulnera el derecho a la salud sexual y reproductiva y el derecho a una vida plena y libre de violencias (Agirregomezhorta Ibarluzea & Fuertes Cabrera, 2011).

La violación de derechos a los que son expuestas va más allá de la mutilación de sus genitales, algunas presentan una vulneración de sus derechos sexuales, al ser privadas de placer pero también al no poder escoger el número y frecuencia de las relaciones sexuales que desean tener y si desean o no estas relaciones sexuales, y otra de las entrevistadas ha sido expuesta a matrimonio infantil.

En el estudio de Yirga, Kassa, Gebremichael y Aro, (2012) ya se describe el matrimonio precoz tras mutilar a las niñas, que pasan a ser consideradas mujeres en la comunidad, siendo el matrimonio una forma de integrarlas en su nuevo rol. Este estudio también relaciona el bajo nivel socioeconómico con una mayor probabilidad de verse obligadas a aceptar prácticas tradicionales nocivas como la MGF y el matrimonio infantil.

Una vez en España, las mujeres comienzan a ser conscientes de todas estas vulnerabilidades a las que han sido expuestas, comenzando a percibirse como sujetos de derechos. En este sentido, narran que las decisiones sobre los hijos comienzan a ser conjuntas y no exclusivas del padre, otras explican que pueden hablar de su sexualidad y hacer peticiones a sus parejas para mejorar su deseo, que comienza a ser considerado en las relaciones de pareja.

Las mujeres inmigrantes conocen y comienzan a disfrutar de sus derechos de expresión una vez en España, fuera de su país de origen, ya que la cultura y el entorno social de países occidentales pueden cambiar normas socialmente aceptadas en sus países de origen (Reig Alcaraz, Siles González, & Solano Ruiz, 2014).

## 10. ACTITUD ANTE LA PERPETUACIÓN DE LA MGF

Las entrevistadas cuyas familias no realizan la MGF se posicionan en contra de ésta y no se la realizaron, ni quieren realizársela a sus hijas. Además, no recibieron presiones sociales para someter a sus hijas a dicha práctica.

Según narran algunas mujeres, la MGF está dejando de reproducirse en las generaciones más jóvenes de sus familias teniendo en casa alguna hermana menor no mutilada o incluso ellas mismas si eran las menores. Por lo que a mayor edad habrá más posibilidades de que estas mujeres estén mutiladas (Sipsma et al., 2012).

En cuanto a realizar la MGF a sus hijas, la mayoría (21) se posiciona en contra, mientras que 3 están a favor de perpetuar la práctica. En otro estudio realizado en España en el que se explora la intención de las mujeres mutiladas de cortar los genitales de sus hijas, la mayoría también se muestra en desacuerdo (Ballesteros Meseguer et al., 2014). Esto puede deberse a que factores como la globalización, la cultura y el entorno social de los países de Occidente pueden contribuir a la erosión de las creencias y los argumentos a favor de esta práctica (Reig Alcaraz et al., 2014).

Las mujeres que están a favor de la MGF y piensan que ésta beneficia a la mujer, mutilan a sus hijas o las animan para que se mutilen. Del mismo modo, pueden ejercer presión sobre otros miembros de la familia que se estén replanteando acabar con la práctica. Por lo que las mujeres que defienden la MGF son un factor de riesgo

para la mutilación de sus hijas y de las niñas de su familia. En la posición opuesta, un estudio realizado en Yemen establece que existe menos probabilidad de que se mutilen los genitales de una niña cuando la madre o el marido no están de acuerdo con la MGF (Al-Khulaidi, Nakamura, Seino, & Kizuki, 2013). Tal y como afirma este artículo, las hijas de padres que se posicionan en contra tienen menos riesgo de MGF, pero esto no es una garantía de que las niñas estén a salvo de ser mutiladas, pues algunas de las entrevistadas que se posicionan en contra de la MGF han recibido presiones por parte de sus familiares y algunas no han podido evitar que mutilasen a sus hijas pese a oponerse. Si bien, otras han conseguido convencer a sus madres para que no mutilen a sus hijas, pero tienen miedo de que puedan cortarlas sin su permiso.

En los casos en las que las familias dependían de la cooperación de estas mujeres y sus maridos para mutilar a las niñas, pues precisaban que llevarán a la niña de viaje al país de origen, las mujeres se mantuvieron firmes a sus convicciones y rechazaron la mutilación genital pese a la insistencia y presiones de sus familiares.

Tanto las mujeres que defienden la realización del corte genital, como las que recibieron presiones para continuar con el rito o cuyas hijas han sido mutiladas, fueron mutiladas previamente, siendo la mutilación una tradición en sus familias, lo que coloca en mayor riesgo a sus hijas. Del mismo modo, otro estudio establece que las madres de las niñas que son sometidas a MGF han sido mutiladas previamente (Yirga et al., 2012). Confirmando como factor de riesgo de mutilación de las niñas que sus madres hayan sido mutiladas previamente, así como que el padre proceda de una familia en que se realiza la mutilación, la cual puede establecer presiones a favor de la MGF. Por el contrario, ninguna de las mujeres que no están mutiladas ha mutilado a sus hijas ni desean hacerlo.

### **11. ACTITUDES ANTE LA ILEGALIDAD DE LA MGF**

Las mujeres que desean perpetuar la MGF en sus hijas están en contra de que se prohíba la práctica en España. Mientras que las que no están dispuestas a cortar a sus hijas encuentran un respaldo en la legislación.

Las mujeres que no desean mutilar a sus hijas o que están en contra de que las hayan mutilado acogen la legislación y consideran que ésta es necesaria y positiva, pero no suficiente para erradicar esta costumbre. De hecho, la aplicación de la legislación sin previa información puede entenderse como un ataque a su cultura, lo que provocaría una reafirmación en la MGF. Efectivamente, las mujeres describen ciertas variaciones en la realización de la MGF que se corresponden con la continuidad de la práctica de forma oculta, lo que aumenta los riesgos de las niñas y dificulta su detección. Esto se evidencia en que esta práctica se realiza a edades cada vez más tempranas para evitar que las niñas se escapen, se opongan o cuenten que han sido cortadas, a pesar de que cuanto más temprano se realice el procedimiento mayor será el daño en el mecanismo normal de la excitación sexual de las adolescentes (Vanegas Estrada et al., 2009). También se modifica el lugar donde se realiza, pasando a ocultarse en casa para cortar a las niñas de la familia en puesto de a todas las niñas de la comunidad, no solo las mujeres que tradicionalmente se encargan de mutilar a las niñas, sino también los profesionales de salud (Yirga et al., 2012). Otra variación que pone a las niñas en riesgo es evitar pedir auxilio sanitario en caso de complicaciones. En este sentido una de las entrevistadas refiere que si no acudes al médico no tendrás problemas, puesto que nadie sabrá que has mutilado a la niña. Otra explica también que su familia esperó dos días para llevar a su hermana al médico a riesgo de que muriese por miedo a ser denunciados.

En efecto, en la mayoría de los países donde se realiza existen leyes prohibitivas pero éstas no son suficientes para detener la práctica, pues las medidas legales deben acompañarse de otro tipo de intervenciones de sensibilización, para cambiar las creencias y actitudes que justifican la permanencia de esta práctica (Grande Gascón, 2000).

Un ejemplo lo constituye la región nororiental de Ghana, pues pese a que Ghana tiene una larga tradición de apoyo de los derechos de las mujeres así como una legislación contra la MGF, ésta continúa realizándose en la comunidad. Lo que puede deberse a que ha faltado apoyo político para garantizar que la ley se aplique efectivamente, considerar este tema como una prioridad y que reciba una financiación significativa. Así como combinar las medidas legales con medidas sociales, de difusión de información y educación en MGF, pues la lucha por la eliminación de la MGF no puede provenir exclusivamente de las instituciones del estado y grupos de

género y derechos humanos, sino que debe involucrarse a las comunidades que la practican (Ako & Akweongo, 2009). Otra evidencia de la ineficacia de la legislación la constituye Etiopía, que ha tenido problemas en la aplicación de la ley, debido a que no hay denuncias al respecto. Lo que indica un bajo nivel de implicación y sensibilización de la comunidad, lo que sugiere que la información sobre la nueva ley no ha sido difundida adecuadamente en la comunidad. (Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH, 2008).

La mutilación genital femenina está legislada también en los países a los que, como en España, se ha extendido la práctica debido a la inmigración. Sin embargo, los enjuiciamientos son poco frecuentes debido a las dificultades para detectar casos y reunir pruebas, a la resistencia a denunciar y, especialmente, a la falta de conocimientos sobre la MGF (Comisión Europea, 2013).

Para evitar que la legislación sea entendida como una imposición que no respeta la cultura de estas mujeres es necesario explicar que esta práctica compromete la salud de las mujeres y es una negación de su sexualidad constituyendo un abuso contra los derechos humanos, siendo la educación que pueden transmitir los profesionales de la salud imprescindible para lograr la eliminación de esta práctica (Cook, Dickens, & Fathalla, 2002). Ya que la legislación puede ayudar pero es la información la que puede cambiar las actitudes ante esta injusticia social (Vanegas Estrada et al., 2009) como refieren las mujeres.

## **12. ELEMENTOS MOTIVADORES DEL CAMBIO DE ACTITUDES RESPECTO A LA MGF**

El cambio de actitudes, que posiciona a las mujeres subsaharianas en contra de esta práctica tradicional en sus comunidades, se debe a la información y al conocimiento de las consecuencias que la MGF conlleva. Esta información les ha sido transmitida a una parte importante de las mujeres mediante los reportajes de televisión, evidenciándose la importancia de los medios de comunicación como instrumento de sensibilización en MGF. Coincide con un estudio (Yirga et al., 2012) que puso de manifiesto que las mujeres que no poseían una radio tuvieron más probabilidades de

mutilar a sus hijas, siendo los medios de comunicación un importante agente de información y educación a la comunidad sobre MGF.

Otros medios de información que han hecho que estas mujeres cuestionen esta práctica para posteriormente oponerse a ella han sido compartir las experiencias negativas que la práctica ocasiona, y la lectura en uno de los casos.

Los mensajes que las mujeres han recibido para posicionarse en contra se refieren a la ilegalidad de la práctica y las sentencias de prisión, pero especialmente a las consecuencias para la salud que ocasiona. Esta información hace que las mujeres comiencen a percibir la MGF como una práctica dañina que pone en peligro la vida de sus hijas, por lo que se niegan a perpetuarla.

Pese a que la mayoría de las mujeres son contrarias a la MGF sólo una ha decidido comenzar a tomar medidas para frenar la práctica. Estos datos coinciden con el estudio de (Yirga et al., 2012) (Orubuloye et al., 2000, p. 85) que refieren que pese a que algunas de las mujeres conocían las consecuencias para la salud de la MGF y las habían experimentado durante las relaciones sexuales y el parto, pocas habían tratado de detenerla en sus comunidades, posiblemente debido al sistema cultural y miedo al aislamiento.

Por ello, es importante romper el tabú que envuelve la MGF y compartir experiencias para que las mujeres tomen consciencia de que la MGF les afecta a todas en diversos ámbitos de su vida, pero especialmente para apoyarse mutuamente, lo que puede hacerlas actuar en contra de la perpetuación de esta tradición. Este es el caso de la participante que desea comenzar a luchar contra la MGF, tras hablar de su experiencia y recibir información de que otras personas empiezan a movilizarse contra esta práctica.

En contraposición, Yirga et al. (2012) justifica la inactividad de las mujeres contra la MGF en que la mayoría sabían muy poco acerca los movimientos para detenerla. Por lo que como en el caso de la participante en el estudio, conocerlos puede contribuir a que éstas mujeres se unan a ellos con el objetivo de acabar con esta tradición.

### 13. EL COMIENZO DEL FIN DE LA MGF

Las mujeres cuentan que se está dejando de reproducir tanto las mutilaciones genitales femeninas, así como que en sus comunidades algunos grupos luchan contra esta práctica despertando opositores a la misma. Esto coincide con el estudio de Al-Khulaidi et al. (2013) que han comprobado una disminución de mujeres mutiladas y de sus maridos que apoyan la mutilación genital femenina desde el año 1997 hasta el 2003. Si bien, a pesar de los esfuerzos generalizados, la prevalencia continúa siendo alta en muchos países, poniendo a millones de niñas en riesgo cada año (Sipsma et al., 2012).

Para que el cambio sea eficaz, las mujeres hacen referencia a la necesidad de una mayor información que se complemente con la legislación, pues el cambio debe venir de la comunidad, ya que según una de las entrevistadas, movilizándolo a todas las mujeres se puede acabar con esto. Otros estudios coinciden en que para que las comunidades dejen de mutilar a las niñas, será necesario aplicar las campañas de erradicación que cuenten con el apoyo de organizaciones nacionales e internacionales a las propias comunidades (Briggs, 2002).

Según la Organización Mundial de la Salud (2008) se avanza lentamente hacia una disminución de la práctica, pero para alcanzar el objetivo de erradicar la MGF en una generación es necesario reforzar las actividades, el compromiso y los recursos. Sin embargo, en algunos países ha aumentado el número de mutilaciones que se realizan por profesionales sanitarios, lo que preocupa especialmente para cumplir dicho objetivo.

### 14. CONOCIMIENTOS SOBRE MGF

Las mujeres que se posicionan en contra de perpetuar la MGF tienen mayores conocimientos sobre la legislación al respecto, los motivos por los que se realiza, la vulneración de derechos que supone y las consecuencias para la salud que ocasiona que las mujeres que defienden la práctica. Una información deficiente al respecto pone a las mujeres en riesgo de ser víctimas de MGF (Yirga et al., 2012). Esto se evidencia

también en que cuanto mayor es la educación y nivel cultural de las mujeres menor es la prevalencia de la MGF (Vanegas Estrada et al., 2009).

Ramírez Crespo et al. (2011) defienden que lo verdaderamente efectivo a largo plazo “*es el trabajo de sensibilización y educación, para que sean las propias familias quienes se convencen de las ventajas del abandono de la práctica*”, ya que las mujeres que poseen una mayor información sobre consecuencias para la salud de la MGF se posicionan en contra (Pastor Bravo, Jiménez Ruiz, et al., 2013). Las mujeres contrarias a mutilar a sus hijas conocen la legislación tanto en España como en su país de origen, sin embargo, las que se muestran a favor de la MGF presentan déficits de conocimientos al respecto, especialmente en cuanto a la ilegalidad en su país de origen.

Dos de las mujeres que defienden la MGF están convencidas de que ésta proporciona una mayor limpieza y belleza a los genitales externos femeninos. Por otro lado, las mujeres contrarias a la MGF conocen los diversos motivos por los que se realiza la práctica, sin embargo, comienzan a cuestionarse la validez de dichas justificaciones. Se cuestionan la poderosa justificación religiosa puesto que no todos los musulmanes la realizan, sino sólo la mitad de éstas comunidades, practicándose también en comunidades no musulmanas, como por ejemplo los cristianos coptos de Egipto, Etiopía y Sudán, o la comunidad judía *falasha* de Etiopía (Amnistía Internacional, 1998). Así mismo, una de las mujeres de religión católica conoce que la circuncisión masculina está recogida en la Biblia (Génesis, 17:11), pero no la femenina. Si bien, la circuncisión masculina es de obligado cumplimiento para los judíos pero no para los cristianos, seguidores del Nuevo Testamento.

Además utilizan la religión como una motivación para detenerla, pues el clítoris es parte de la obra de Dios, por lo que no hay que quitarlo. Este reclamo puede apoyarse precisamente en los versículos del Corán sobre la creación según el cual “*Alá ha hecho bien todo lo que ha creado*” (Corán 32:7).

También se cuestionan si es necesario pasar por todo ese sufrimiento para ser consideradas mujeres. Así mismo, y aunque reconocen que la MGF es una práctica tradicional muy vinculada a su cultura, se desmitifica esta justificación afirmando que esta práctica puede cambiar manteniendo el resto de tradiciones de su cultura. Pues tal y como refiere Vanegas Estrada et al. (2009) la cultura no es estática y las personas

cambiarán su actitud cuando entiendan que es posible abandonarlas sin dejar los aspectos significantes de su cultura.

Algunas de las mujeres contrarias a la práctica comienzan a percibirla como una violación de sus derechos humanos y sexuales y hacen referencia a que son víctimas, que fueron forzadas y engañadas. Por el contrario las que defienden la MGF no son conscientes de que esta práctica es una violación de sus derechos que las expone a una mayor vulnerabilidad y empiezan a identificar problemas sanitarios derivados de ésta. Sin embargo, las mujeres que defienden la MGF desconocen la relación entre el corte genital y las consecuencias negativas para la salud; muy por el contrario, piensan que constituye una práctica beneficiosa para las mujeres.

A pesar de que las mujeres contrarias a la MGF presentan una mayor información sobre la legislación, consecuencias para la salud, motivos por los que se realiza y derechos humanos, todas muestran un déficit de conocimientos respecto a los tipos de MGF que existen, todas las consecuencias para la salud, sexualidad y reproducción que conlleva y sobre los derechos de las mujeres.



## **CAPÍTULO V. CONSIDERACIONES FINALES**



## 1. CONSIDERACIONES FINALES

Tras el análisis y discusión de los resultados obtenidos, podemos llegar a las siguientes conclusiones en función de los objetivos planteados.

- **Contextualizar la vivencia de la mutilación genital femenina desde las mujeres participantes**

La mutilación genital femenina es una práctica común en las etnias a las que pertenecen la mayoría de participantes, asociada a las tradiciones y a la cultura y, por tanto, no es percibida como una mutilación, por lo que no utilizan este término para referirse a ella, sino que la denominan *Sunna*, *Circuncise o Circuncisión*, *Incisión*, *Excisión* u otros nombres tradicionales en sus comunidades como *Yonga*, *Cuiyao o Wall*. La edad a la que se realiza es variable, generalmente antes de la primera menstruación, coincidiendo en algunos casos con la pubertad fisiológica, aunque generalmente está asociada a una pubertad social, pues las niñas pasan por este rito a edades comprendidas entre los seis y los ocho años. Si bien, la tendencia actual es a realizar el procedimiento a edades más tempranas, en ocasiones siendo todavía bebés.

El tipo I de mutilación es el más practicado entre los países de los que procede la muestra, aunque también es documentada la MGF tipo II, realizada en una de las participantes.

Las pertenecientes a la etnia Djola de Senegal, entre otras, fueron conducidas hasta un bosque a las afueras, engañadas y atraídas por una celebración para posteriormente ser mutiladas. De este modo, las niñas son separadas de la comunidad y mutiladas al entrar individualmente a una cabaña mientras suenan los tambores. Una vez mutiladas, permanecen en este bosque en el que las mujeres les realizan curaciones de la herida con elementos tradicionales, especialmente plantas. Si bien, pueden salir por las noches a una cabaña cercana, sin ser vistas por los hombres, regresando hasta que las niñas están curadas, momento en el que se realiza una fiesta y son presentadas como mujeres a la comunidad. Este procedimiento también puede realizarse en casa de la mujer que corta a las niñas o en la casa donde viven, aunque sólo mutilan a las niñas de una misma familia. Incluso en estos casos, las condiciones higiénicas son muy

deficientes y el instrumento cortante, que puede ser un cuchillo, lanceta u hoja de afeitar, utilizado de una niña a otra. No se utilizan medicamentos ni analgésicos, por lo que otras mujeres ayudan a la encargada de mutilarlas sujetando con fuerza a las niñas y vendando sus ojos para evitar que huyan por el miedo y que se muevan al experimentar este intenso dolor. La persona que realiza el procedimiento es siempre una mujer, generalmente de edad avanzada, que se dedica a esto durante toda su vida. No son mujeres formadas en el ámbito sanitario, sino que se trata de un oficio que se transmite de generación en generación, el cual les proporciona sustento económico puesto que reciben dinero o regalos de las familias de las niñas, así como una posición privilegiada en la comunidad, ya que son mujeres muy respetadas a las que se les denomina como *Agnaman* entre las Djolas, pero también *Ngunmo*, *Gnoman*, *Yongacut*, *Unamano* y *Ngnangsimbah*.

- **Contribuir al entendimiento de las justificaciones que defienden la continuidad de la práctica**

Una de las principales justificaciones para realizar la mutilación genital femenina es continuar con una antigua tradición que ha pasado a considerarse una práctica cultural en muchas comunidades.

Otro motivo fundamental es la presión social. Una niña que ha pasado por el rito pertenece a la sociedad secreta de las mujeres y es considerada un miembro adulto en la comunidad. Por el contrario, las mujeres que no han sido mutiladas se exponen a insultos, no ser aceptadas, ser menos respetadas o considerarlas como mujeres incompletas y sucias. Por lo que llegan a mentir y afirmar que están mutiladas para continuar siendo parte de la comunidad de mujeres inmigrantes a la que pertenecen en nuestro país.

Este rechazo no se produce exclusivamente por parte de las mujeres mutiladas, sino también de los hombres, que se niegan a casarse con mujeres no cortadas, puesto que la MGF es considerada necesaria para que la mujer logre controlar sus impulsos sexuales, lo que resulta imprescindible para garantizar un aceptable comportamiento moral, especialmente en lo referente a mantenerse vírgenes hasta el matrimonio y fieles durante éste.

Es por tanto, una forma de asegurar, mediante el corte de los genitales de las niñas, el control de la sexualidad femenina a favor de los intereses patriarcales en que las mujeres están subordinadas a la dominación de los hombres.

También existe la creencia de que es una práctica religiosa, especialmente entre las musulmanas. Así mismo, las mujeres alegan motivos estéticos, de belleza o de rito de paso a la edad adulta. Contribuyendo cada una de estas justificaciones a la presión social de mutilar a las niñas.

Si bien, esta presión social presenta un débil sustento, puesto que se ha comprobado que no existe relación entre estar mutilada y mantener la virginidad y, del mismo modo, aunque muchos hombres refieran preferir mujeres circuncidadas, las no cortadas no encuentran mayores problemas para casarse. Así mismo, como ya sospechan las participantes, la MGF no es un precepto religioso.

- **Determinar las repercusiones para la salud relacionadas con la mutilación genital femenina**

La mutilación genital femenina causa diversas y graves complicaciones para la salud desde el momento en que se realiza. A corto plazo las niñas sienten un intenso y horrible dolor en el momento en que están cortando una parte de sus genitales, así como hemorragia. Posteriormente, continuaron experimentando dolor, lo que les impedía moverse, pero también presentaron disuria y en un caso picor en la zona genital.

Esta práctica también provoca importantes complicaciones a largo plazo, como problemas en el aparato genital e infecciones de orina recurrentes y, en uno de los casos, Hepatitis B. Una participante ha sido testigo de la esterilidad como complicación de esta práctica.

La mutilación de sus genitales no afecta únicamente a su salud física, sino que causa dificultades en todas las esferas de su vida. Respecto a su salud mental, las mujeres presentan sentimientos de tristeza y depresión, así como enfado, rabia, dolor y frustración. Igualmente, este suceso traumático les causa pesadillas en las que reviven la experiencia, así como diversas recurrencias al acto traumático que se producen al ver instrumentos cortantes, sangre o cualquier otro objeto que puedan

asociar al momento de su mutilación. Así mismo, siguen sintiendo miedo, especialmente hacia la mujer que las cortó.

Estas consecuencias psicológicas se acentúan al emigrar y encontrar que la MGF no es un acto común en todas las mujeres, pasando a percibirse como mujeres mutiladas e incompletas.

- **Conocer la influencia de la mutilación genital femenina en la vida sexual y reproductiva de las mujeres**

La vida sexual de las mujeres mutiladas se ve afectada muy negativamente. El inicio de las relaciones sexuales se caracteriza por el miedo y el dolor. Algunas sienten este dolor en cada acto sexual, provocando la MGF un importante sufrimiento en la vida sexual de las mujeres. La otra vertiente afectada es el placer, pues presentan dificultades para lograrlo, llegando incluso a la anorgasmia.

La vida reproductiva también queda afectada por la MGF, presentando diversas complicaciones durante el embarazo, como hiperémesis, infección, fiebre y abortos recurrentes, y precisando en el momento del parto de episiotomía o cesárea.

Las mujeres acudieron a todos los controles del embarazo y parto, a pesar de que se sentían avergonzadas por no tener los genitales completos, lo que les produce sentimientos negativos durante las exploraciones vaginales.

Estas mujeres narran que recibieron una buena atención por parte de los profesionales de la salud, sin embargo, cuentan que ninguno detectó que sus genitales estaban mutilados y que no abordaron las complicaciones físicas, psicológicas, obstétricas ni sobre la sexualidad que la MGF produce, así mismo, no les ofrecieron la posibilidad de cirugía reconstructiva, en la que algunas entrevistadas están interesadas. Por otra parte, durante las entrevistas se ha identificado un problema de planificación familiar que los profesionales de la salud tampoco han resuelto. Lo que pone en evidencia una falta de sensibilización y formación de los profesionales de la salud en este tema.

- **Analizar la información que presentan estas mujeres sobre MGF, así como los factores que intervienen en la perpetuación o erradicación de la práctica**

Las mujeres que provienen de familias en las que no se realiza el rito, están en contra de perpetuarlo en sus hijas y no recibieron presiones para hacerlo.

Del mismo modo, la mayoría de mujeres mutiladas entrevistadas también se posicionan en contra de la MGF, sin embargo, han recibido presiones para mutilar a sus hijas. Sometiendo a este procedimiento a la mayoría de hijas que residen en su país con las abuelas, encargadas de mantener la tradición. En los casos en que la familia precisaba de la colaboración de estas mujeres para que llevase a la niña al país de origen, éstas se negaron.

Por otro lado, las mujeres narran que a pesar de que la MGF constituye una tradición, está dejando de reproducirse en las generaciones más jóvenes de muchas familias.

Respecto a la minoría que defiende la continuación de la MGF, tienen hijas mutiladas o en riesgo, ya convencida de los beneficios de recortar sus genitales. Además, estas mujeres ejercen presiones sobre otros miembros de la familia que desean abandonar la práctica.

Se concluye pues, que las niñas cuyas madres estén mutiladas, son más vulnerables a sufrir la MGF, incluso si las madres están en contra, puesto que en la decisión pueden influir los familiares que desean mantener la tradición. Las mujeres no mutiladas tienen menor riesgo de sufrir presiones para mutilar a sus hijas, si bien, hay que tener en cuenta las presiones que puede ejercer la familia del padre de la niña.

Las participantes refieren que los hombres mandan y habría que obedecerles en caso de que desean mutilar a las niñas. Por lo que, pese a que la MGF es una tradición que se encargan de mantener las mujeres y en que los hombres no intervienen, la palabra de un hombre siempre es escuchada, siendo necesario tomar en consideración a ambos padres en la prevención de la mutilación de una niña.

Las mujeres que apoyan la MGF se oponen a la ley que la prohíbe, mientras que las que desean acabar con la MGF encuentran un apoyo en la legislación, si bien, advierten del peligro de ésta sin previa información, puesto que la ley puede entenderse como un ataque cultural si no se justifican previamente las motivaciones de dicha

medida. Considerándose pues, una medida necesaria pero que debe ir acompañada de información y sensibilización para contribuir a la erradicación de la MGF.

El principal elemento por el que las mujeres mutiladas se posicionan en contra de esta práctica es la información que reciben, especialmente mediante reportajes de televisión, pero también a través de la lectura y al compartir las experiencias negativas que ocasiona. Esto último muy útil igualmente para romper el tabú que envuelve la MGF y para que las mujeres se percaten de que los problemas para la salud que repercuten en varios aspectos de su vida, y que muchas no asocian al corte de sus genitales, son comunes en las mujeres a las que realizaron este procedimiento. De hecho, compartir su experiencia y conocer que algunas personas se implican en la prevención de la MGF ha proporcionado el respaldo que una de las participantes necesitaba para comenzar a luchar en contra de esta tradición.

Las mujeres contrarias a la MGF presentan mayores conocimientos sobre la legislación al respecto, comienzan a cuestionarse los motivos por los que se realiza, identifican diversas complicaciones para la salud relacionadas con la práctica y reconocen la MGF que les practicaron como una vulneración de sus derechos.

Concluyéndose que las mujeres más informadas rechazan perpetuar esta costumbre, y que los conocimientos que desmitifican los motivos por los que se realiza, explican la legislación existente, los derechos humanos y las repercusiones para la salud hacen a las mujeres cambiar sus actitudes respecto a la MGF y luchar contra ella.

## 2. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Por meio da análise e discussão dos resultados obtidos, podemos chegar às seguintes conclusões em função dos objetivos expostos:

- **Contextualizar a vivência da mutilação genital feminina a partir das mulheres participantes**

A mutilação genital feminina é uma prática comum nas etnias as que pertencem a maioria de participantes, associada às tradições e à cultura e, por tanto, não é percebida como uma mutilação, porque não utilizam este termo para referir-se a ela, uma vez que a denominam como *Sunna*, *Circuncise ou Circuncisão*, *Incisão*, *Excisão* ou outros nomes tradicionais em suas comunidades como Yonga, Cuiyao ou Wall. A idade em que se realiza é variável, geralmente antes da primeira menstruação, coincidindo em alguns casos com a puberdade fisiológica, ainda que geralmente está associada a uma puberdade social, pois as meninas passam por este ritual com idades compreendidas entre seis e oito anos. Se bem que, a tendência atual é realizar o procedimento com idades menores, em ocasiões sendo ainda bebês.

O tipo I de mutilação é o mais praticado entre os países dos que procede a amostra, ainda que também é documentada a MGF tipo II, realizada em uma das participantes.

As pertencentes da etnia Djola de Senegal, entre outras, foram conduzidas até um bosque, enganadas e atraídas por uma celebração para posteriormente serem mutiladas. Deste modo, as meninas são separadas da comunidade e mutiladas ao entrar individualmente em uma cabana enquanto soam os tambores. Uma vez mutiladas, permanecem neste bosque no que as mulheres realizam curativos na ferida com elementos tradicionais, especialmente plantas. Se bem que, podem sair por à noite para uma cabana próxima, sem serem vistas pelos homens, regressando até que as meninas estejam curadas, momento no que se realiza uma festa e são apresentadas como mulheres para a comunidade. Este procedimento também pode ser realizado na casa da mulher que corta as meninas ou na casa onde vivem,

ainda que somente mutilam às meninas de uma mesma família. Inclusive nestes casos, as condições higiênicas são muito deficientes e o instrumento cortante, que pode ser uma faca, bisturi ou lâmina de barbear, utilizado de uma para outra menina. Não se utilizam medicamentos nem analgésicos, uma vez que outras mulheres ajudam à encarregada de mutilá-las contendo com força as meninas e vendando seus olhos para evitar que gritem por medo e que se movam ao experimentar esta intensa dor. A pessoa que realiza o procedimento é sempre uma mulher, geralmente de idade avançada, que se dedica a isto durante toda sua vida. Não são mulheres formadas na área da saúde, mas sim se trata de um ofício que se transmite de geração em geração, o qual as proporciona sustento econômico posto que recebem dinheiro ou presentes das famílias das meninas, assim como uma posição privilegiada na comunidade, já que são mulheres muito respeitadas as que se denominam como *Agnaman* entre as Djolas, mas também *Ngnumo*, *Gnoman*, *Yongacut*, *Unamano* y *Ngnangsimbah*.

- **Contribuir ao entendimento das justificativas por que se realiza a prática**

Uma das principais justificativas para realizar a mutilação genital feminina é continuar com uma antiga tradição que passou a ser considerada uma prática cultural em muitas comunidades.

Outro motivo fundamental é a pressão social. Uma menina que passou pelo ritual pertence à sociedade secreta das mulheres e é considerada um membro adulto na comunidade. Pelo contrário, as mulheres que não foram mutiladas se expõem a insultos, não serem aceitas, serem menos respeitadas ou consideradas como mulheres incompletas e sujas. Uma vez que chegam a mentir e afirmar que estão mutiladas para continuar sendo parte da comunidade de mulheres imigrantes a que pertencem em nosso país.

Esta recusa não se produz exclusivamente por parte das mulheres mutiladas, mas também dos homens, que se negam a casarem-se com mulheres não cortadas, posto que a MGF é considerada necessária para que a mulher consiga controlar seus impulsos sexuais, o que resulta imprescindível para garantir um aceitável comportamento moral, especialmente no que se refere a se manterem virgens até o matrimônio e fiéis durante este.

É, por tanto, uma forma de assegurar, mediante o corte das genitais das meninas, o controle da sexualidade feminina a favor dos interesses patriarcais em que as mulheres estão subordinadas à dominação dos homens.

Também existe a crença de que é uma prática religiosa, especialmente entre as muçulmanas. Assim mesmo, as mulheres alegam motivos estéticos, de beleza ou de ritual de passagem para a idade adulta. Contribuindo cada uma destas justificativas à pressão social de mutilar as meninas.

Se bem que, esta pressão social se sustenta de maneira frágil, posto que foi comprovado que não existe relação entre estar mutilada e manter a virgindade e, do mesmo modo, ainda que muitos homens refiram preferir mulheres circuncisadas, as não cortadas não encontram maiores problemas para se casar. Assim mesmo, como já suspeitam as participantes, a MGF não é um preceito religioso.

- **Conhecer as repercussões para a saúde que a mutilação genital feminina há ocasionado para as mulheres**

A mutilação genital feminina causa diversas e graves complicações para a saúde desde o momento em que se realiza. A curto prazo, as meninas sentem uma intensa e horrível dor no momento em que estão cortando uma parte de suas genitais, assim como hemorragia. Posteriormente, continuaram experimentando dor, o que as impedia de se mover, mas também apresentaram disúria e em um prurido na região genital.

Esta prática também provoca importantes complicações a longo prazo, como problemas no aparelho genital e infecções urinárias recorrentes e, em um dos casos, hepatite B. Uma participante foi testemunha da esterilidade como complicação desta prática.

A mutilação de suas genitais não afeta unicamente a sua saúde física, mas também causa dificuldades em todas as esferas de sua vida. A respeito da saúde mental, as mulheres apresentam sentimentos de tristeza e depressão, assim como aborrecimento, raiva, dor e frustração. Igualmente, este fato traumático lhes causa pesadelos nos quais revivem a experiência, assim como diversas recorrências ao ato

traumático que se produzem ao ver instrumentos cortantes, sangue ou qualquer outro objeto que possa associar ao momento de sua mutilação. Assim mesmo, seguem sentindo medo, especialmente da mulher que as cortou.

Estas consequências psicológicas se acentuam ao emigrar e constatar que a MGF não é um ato comum em todas as mulheres, passando a se perceberem como mulheres mutiladas e incompletas.

- **Conhecer a influência da mutilação genital na vida sexual e reprodutiva das mulheres**

A vida sexual das mulheres mutiladas está muito afetada negativamente. O início das relações sexuais se caracteriza pelo medo e pela dor. Algumas sentem esta dor em cada ato sexual, provocando um importante sofrimento na vida sexual das mulheres. A outra vertente afetada é o prazer, pois apresentam dificuldades para obtê-lo, chegando inclusive a anorgasmia.

A vida reprodutiva também é afetada pela MGF, apresentando diversas complicações durante a gravidez, como hiperêmese, infecção, febre e abortos recorrentes, e precisando no momento do parto de episiotomia ou cesárea.

As mulheres procuraram a todos os controles de gravidez e parto, apesar de se sentirem envergonhadas por não ter as genitais completas, o que lhes produzia sentimentos negativos durante as explorações vaginais.

Estas mulheres narram que receberam uma boa atenção por parte dos profissionais de saúde, no entanto, contam que nenhum detectou que suas genitais estavam mutiladas e que não abordaram as complicações físicas, psicológicas, obstétricas nem sobre a sexualidade que a MGF produz, assim mesmo, não lhes ofereceram a possibilidade de cirurgia reconstrutiva, na que algumas entrevistadas estão interessadas. Por outro lado, durante as entrevistas, foi identificado um problema de planejamento familiar que os profissionais de saúde também não resolveram. O que põem em evidência uma falta de sensibilização e formação dos profissionais de saúde neste tema.

- **Analisar a informação que apresentam estas mulheres sobre MGF, assim como os fatores que interferem na perpetuação ou erradicação da prática**

As mulheres que são provenientes de famílias nas quais não se realiza este ritual são contra a perpetuação em suas filhas e não receberam pressões para fazê-lo.

Do mesmo modo, a maioria das mulheres mutiladas entrevistadas também se posiciona contra a MGF, no entanto, receberam pressões para mutilar suas filhas. Submetendo a este procedimento a maioria de filhas que residem no seu país com as avós, encarregadas de manter a tradição. Nos casos em que a família precisava da colaboração destas mulheres para que levasse a menina ao país de origem, estas se negaram.

Por outro lado, as mulheres que defendem a continuação da MGF têm filhas mutiladas ou em risco, já convencidas dos benefícios de cortar SUS genitálias. Além disso, estas mulheres exercem pressões sobre outros membros da família que desejam abandonar a prática.

Conclui-se, que as meninas cujas mães estão mutiladas, são mais vulneráveis a sofrer a MGF, inclusive se as mães estão contra, posto que na decisão podem influenciar os familiares que desejam manter a tradição. As mulheres não mutiladas têm menor risco de sofrer pressões para mutilar suas filhas, se bem que, deve se considerar as pressões que pode exercer a família do pai da filha.

As participantes referem que os homens mandam e elas devem obedecer no caso de que desejem mutilar suas filhas. Dessa forma, define-se que a MGF é uma tradição que as mulheres se encarregam de manter e em que os homens não intervêm, a palavra de um homem sempre é escutada, sendo necessário levar em consideração a ambos os pais na prevenção da mutilação genital de uma menina.

As mulheres que apoiam a MGF se opõem à lei que a proíbe, enquanto que as que desejam acabar com a MGF encontram um apoio na legislação, ainda assim, advertem do perigo desta sem prévia informação, posto que a lei pode ser entendida como um ataque cultural se não se justificam previamente as motivações desta medida.

O principal elemento pelo qual as mulheres mutiladas se posicionam contra esta prática é a informação que recebem, especialmente mediante reportagens de

televisão, mas também por meio da leitura e ao compartilhar as experiências negativas que a MGF ocasiona. Este último muito útil igualmente para romper o tabu que envolve a MGF e para que as mulheres percebam que os problemas de saúde que repercutem em vários aspectos de sua vida, e que muitas não associam ao corte de suas genitais, são comuns nas mulheres em que foi realizado este procedimento. Diante disso, compartilhar sua experiência e reconhecer que algumas pessoas se envolvem com a prevenção da MGF proporcionou o respaldo que uma das participantes necessitava para começar a lutar contra esta tradição.

As mulheres contrárias à MGF apresentam maior conhecimento sobre esta legislação, começam a se questionar sobre os motivos pelos quais se realiza, identificam diversas complicações para a saúde relacionadas com a prática e reconhecem a MGF, a qual foram submetidas, como uma vulnerabilidade de seus direitos.

Conclui-se que as mulheres mais informadas recusam perpetuar este costume, e que os conhecimentos que desmistificam os motivos pelos quais se realiza, explicam a legislação existente, os direitos humanos e as repercussões para a saúde fazem as mulheres mudarem suas atitudes a respeito da MGF e lutar contra ela.

### 3. CONTRIBUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación recoge las vivencias de las mujeres africanas con la mutilación genital femenina, permitiendo conocer los efectos sobre su salud, así como su actitud respecto al mantenimiento o la lucha contra la misma.

Los resultados obtenidos en el presente estudio pretenden contribuir al desarrollo de los conocimientos de la disciplina enfermera, aportando una dimensión holística transcultural, que facilite un acercamiento de los profesionales de la salud a la realidad de la MGF.

Por otro lado, la comprensión de argumentos tanto de mujeres que defienden la práctica como de aquellas que se oponen a ésta, suponen una valiosa fuente de información que los profesionales de Enfermería pueden utilizar en el abordaje de la mutilación genital con las mujeres y la prevención del corte genital en sus hijas.

### 4. LÍNEAS FUTURAS DE INVESTIGACIÓN

Los resultados del presente estudio ofrecen un punto de partida para la prevención, detección y abordaje de la mutilación genital femenina desde la disciplina enfermera.

El estudio permite conocer y contextualizar la vivencia de las mujeres respecto a la mutilación genital femenina, lo que puede aportar a los profesionales de enfermería una mayor sensibilización sobre el tema, que se extrapole a su trabajo diario.

Las narraciones de estas mujeres evidencian un déficit de detección de la MGF en los **profesionales sanitarios**, que no abordaron los problemas para su salud física, psicológica, obstétrica o sexual relacionados con la práctica.

En este contexto surgen las propuestas que se especifican a continuación.

- Crear un Protocolo de Actuación y Prevención ante la MGF en la Región de Murcia, dirigido a los profesionales sanitarios.
- Realizar el mapa de las niñas en situación de riesgo de ser mutiladas y niñas que ya han sido cortadas, residentes en la Región de Murcia, que

permita un seguimiento y aplicación del protocolo por parte de los equipos multidisciplinares de los centros de salud.

- Proyecto de Cirugía reconstructiva del clítoris, atendiendo a las demandas de algunas de las mujeres entrevistadas.

Este proyecto tendría un doble direccionamiento, en primer lugar, becar a las mujeres que deseen reconstruir su clítoris tanto el desplazamiento como el alojamiento que les supone la operación y las revisiones sucesivas.

Por otro lado, sería necesario formar en este procedimiento a un mayor número de profesionales, de modo que las mujeres residentes en Murcia puedan operarse en su comunidad.

- Ofertar cursos de formación, jornadas, talleres, conferencias y sesiones clínicas dirigidas a los diferentes profesionales de la salud implicados (enfermeras, ginecólogos, pediatras, matronas) que intervienen en el proceso de identificación y atención a la población femenina mutilada o en riesgo de serlo. En este sentido, hemos realizado jornadas y sesiones clínicas en la intencionalidad de formar al personal de salud. Los pasos a seguir se detallan a continuación.

Se emplea un cuestionario ya validado (Anexo V) para recoger los conocimientos que presentan los profesionales en cuestión. Estos resultados se analizan utilizando el programa PASW Statistics 18. En base a los resultados de los cuestionarios se analizan los conocimientos de estos profesionales, valorando en qué aspectos sería adecuado reforzarlos, para proporcionar las herramientas más eficaces en la atención e información a las mujeres procedentes de culturas donde se realiza la MGF.

- Posteriormente se procede a la elaboración del material formativo. Durante el curso se imparte formación sobre la mutilación genital femenina, la necesidad de un abordaje por parte de los profesionales sanitarios y la detección del riesgo o de las mutilaciones genitales de mujeres y niñas en nuestro país, así como los pasos a seguir ante estas situaciones. Los contenidos del curso están sujetos a modificación y ampliación dependiendo de los resultados de los cuestionarios que se entregarán previamente. También se elaborarán trípticos y Dvds con

artículos de interés y protocolos de actuación que se distribuyen al finalizar la sesión para que los asistentes puedan consultarlos en el futuro. Al terminar la sesión se procede a la evaluación de los conocimientos adquiridos mediante el mismo cuestionario previo a la formación para explorar si han aumentado los conocimientos y habilidades en el abordaje de esta problemática.

Las **mujeres** subsaharianas contrarias a la MGF identifican la información como pieza clave para el cambio de actitudes, necesario en la decisión de no mutilar a sus hijas. En concordancia con los testimonios, el estudio muestra que las mujeres que no desean mutilar a sus hijas poseen más información respecto a las consecuencias para la salud de la práctica, las justificaciones por las que se realiza y que algunas comienzan a cuestionar, la legislación y en algunos casos, también denuncian la vulneración de derechos que han sufrido. Por ello se propone la elaboración de material pedagógico con el fin de que los profesionales de enfermería dispongan de herramientas para trabajar con mujeres subsaharianas en la sensibilización y prevención de la mutilación de los genitales de sus hijas. Esta aplicación práctica de los resultados de la tesis ha comenzado a realizarse en la actualidad, en beneficio de las mujeres que desconocen muchos aspectos de la temática y que se mostraron interesadas en conocerla, pero también en beneficio de las niñas.

- Desarrollar una estrategia formativa adaptada a mujeres procedentes de países en los que se practica la MGF.

En la elaboración de materiales se ha tenido en consideración los déficits de información de estas mujeres, incidiendo en aquellos aspectos que pueden hacerlas rechazar la práctica.

Por tanto, los contenidos incluyen conocimientos sobre las consecuencias de la MGF para la salud, la legislación al respecto, un análisis y desmitificación de las justificaciones de la práctica y sobre los derechos de las mujeres, entre los que se incluye el derecho a disfrutar de una vida sexual satisfactoria y el derecho a la integridad física.

Del mismo modo se exponen contenidos sobre los tipos de mutilación genital femenina, que algunas de las mujeres entrevistadas en la presente investigación no supieron identificar.

Los materiales se han adaptado al público al que se dirigen con ilustraciones y testimonios locales.

Una vez realizados los contenidos y material pedagógico para trabajar con las mujeres el tema de la MGF, este material podrá ser aplicado en un futuro tanto en la comunidad de Murcia como en el resto de España por los profesionales de la salud.

- Realizar sesiones para trabajar la MGF con las mujeres africanas afectadas.

Se establecen de 2-3 sesiones a cada grupo formado por un máximo de 10 personas, creándose tantos grupos como sean necesarios. Para la formación de los grupos se tienen en cuenta las redes sociales que mantengan los participantes entre sí para potenciar la comodidad e intervención durante las sesiones.

El objetivo de estas sesiones es que las mujeres subsaharianas, aumenten sus conocimientos en derechos de las mujeres y niñas, los tipos de MGF, las consecuencias para la salud que esta práctica conlleva, y así, puedan cambiar su posicionamiento al respecto. También se busca compartir testimonios y romper el tabú que envuelve la práctica.

Por el momento se han realizado sesiones sobre dos grupos en los que se mezclan mujeres con MGF y sin ella, contrarias y a favor, que se han enriquecido mutuamente al compartir sus experiencias y conocer a fondo algunos aspectos relacionados de la práctica.

- Evaluar y estudiar los resultados y el cambio de actitudes producido con las intervenciones.

Al finalizar las sesiones formativas se pasan dos encuestas individuales; una para valorar el aprendizaje adquirido y el cambio de actitudes en el tema (Anexo VI); y la otra evaluará la metodología de la formación, a

la formadora, cómo se ha tratado el tema y si añadirían o eliminarían algún apartado durante la formación (Anexo VII).

Para valorar el aprendizaje adquirido, el mismo cuestionario que se realiza al finalizar las sesiones, ha sido contestado previamente a la formación. Teniendo así un pre-test y un pos-test de cada participante. Las participantes pueden elegir el idioma de los cuestionarios entre inglés, francés o español.

Estas encuestas o herramientas de evaluación han sido validadas por un comité de expertos en mutilación genital femenina así como por un grupo piloto de mujeres, que modificó algunas cuestiones o la forma de plantearlas para su mejor comprensión.

Puesto que la decisión de los hombres sobre sus hijos es respetada, es importante que las actividades de sensibilización y formación vayan encaminados también a éstos. Realizando las mismas intervenciones propuestas anteriormente, pero con grupos de **hombres** exclusivamente, para no aumentar la presión social de las mujeres y evitar que se sientan cohibidas para hablar sobre MGF. A los hombres subsahariano se les explicarán las consecuencias para la salud que la MGF puede ocasionar tanto en hombres como en mujeres, incidiendo en las dificultades y complicaciones durante el parto. Así mismo, se les informará de que la MGF no es beneficiosa para sus hijas, sino que por el contrario, produce diversas complicaciones físicas y psicológicas.

En cuanto a las contribuciones del estudio en las **comunidades de origen**, las mujeres expresan sentimientos contradictorios respecto al rito de paso a la edad adulta, negativos en cuanto al corte de sus genitales pero positivos culturalmente respecto a la transmisión de enseñanzas y valores durante éste. Por lo que se considera que en las comunidades de origen, además de sensibilizar e informar a profesionales de la salud, mujeres y hombres, pueden realizarse estos ritos de paso en que las niñas pasan a ser consideradas mujeres y por tanto más respetadas, excluyendo del rito la mutilación de los genitales.



## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdulcadir, J., Margairaz, C., Boulvain, M., & Irion, O. (2011). Care of women with female genital mutilation/cutting. *Swiss Med Wkly*, 140, 8. doi:10.4414/smw.2010.13137
- ACNUR. (2009). Guías sobre las solicitudes de asilo relativas a la mutilación genital femenina. Ginebra: Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR). Disponible en <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/7139.pdf?view=1>
- Adam Muñoz, M. D. (2003). *La mutilación genital femenina y sus posibles soluciones desde la perspectiva del Derecho Internacional Privado* (p. 176). Córdoba: Publicaciones Universidad de Córdoba. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=323860>
- African Union. (2004). Solemn Declaration on Gender Equality in Africa. Addis Ababa: African Union. Disponible en [http://www.afrimap.org/english/images/treaty/AU\\_GenderSolemnDec04.pdf](http://www.afrimap.org/english/images/treaty/AU_GenderSolemnDec04.pdf)
- African Union. (2010). Nairobi Declaration on the African Women's Decade 2010-2020. In *The launch of the african women's decade* (p. 4). Nairobi (Kenia): African Union. Disponible en [http://preventgbvafrica.org/wp-content/uploads/2013/11/Nairobi\\_Declaration\\_October\\_2010.pdf](http://preventgbvafrica.org/wp-content/uploads/2013/11/Nairobi_Declaration_October_2010.pdf)
- Agirregomezkorta Ibarluzea, R. B., & Fuertes Cabrera, I. (2011). *La Ablación o Mutilación Genital Femenina. Guía Práctica* (p. 48). Madrid: Paz y Desarrollo ONGD. Disponible en [http://pazydesarrollo.org/pdf/guia\\_mgf\\_web.pdf](http://pazydesarrollo.org/pdf/guia_mgf_web.pdf)
- Ahmadu, F. (2007). Ain't I a Woman Too? Challenging Myths of Sexual Dysfunction in Circumcised Women. *Transcultural Bodies: Female Genital Cutting in Global Context*, 278–310.
- Ako, M. A., & Akweongo, P. (2009). The limited effectiveness of legislation against female genital mutilation and the role of community beliefs in Upper East Region, Ghana. *Reproductive Health Matters*, 17(34), 47–54. doi:10.1016/S0968-8080(09)34474-2
- Al-Khulaidi, G. A., Nakamura, K., Seino, K., & Kizuki, M. (2013). Decline of supportive attitudes among husbands toward female genital mutilation and its association to those practices in Yemen. *PloS One*, 8(12), e83140. doi:10.1371/journal.pone.0083140
- Allport, G. W. (1942). The use of personal documents in psychological science. *Social Science Research Council Bulletin*, 49. Disponible en <http://psycnet.apa.org/psycinfo/1942-02314-001>

- Almroth, L., Almroth-Berggren, V., Mahmoud Hassanein, O., Salah Eldin Al-Said, S., Siddiq Alamin Hasan, S., Lithell, U.-B., & Bergström, S. (2001). Male complications of female genital mutilation. *Social Science & Medicine*, 53(11), 1455–1460. doi:10.1016/S0277-9536(00)00428-7
- Almroth, L., Bedri, H., El Musharaf, S., Satti, A., Idris, T., Hashim, M. S. I. R. K., ... Bergström, S. (2005). Urogenital complications among girls with genital mutilation: a hospital-based study in Khartoum. *African Journal of Reproductive Health*, 9(2), 118–124. Disponible en <http://www.jstor.org/discover/10.2307/3583468?uid=3737952&uid=2&uid=4&sid=21104799664183>
- Alsibiani, S. A., & Rouzi, A. A. (2010). Sexual function in women with female genital mutilation. *Fertility and Sterility*, 93(3), 722–4. doi:10.1016/j.fertnstert.2008.10.035
- Álvarez Degregori, M. C. (2001). Sobre la mutilación genital femenina y otros demonios. *Bellaterra: Univeristat Autònoma de Barcelona. Servei de Publicacions. Publicacions d'Antropologia Cultural*, 19.
- Amaro Cano, M. del C. (2005). El enfoque de género de las iniquidades en salud desde el prisma de la Bioética. *Revista Cubana de Enfermería*, 21(1), 1. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03192005000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192005000100011&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Amaro Cano, M. del C., Marrero Lemus, A., Luisa Valencia, M., Blanca Casas, S., & Moynelo, H. (1996). Principios básicos de la bioética. *Revista Cubana de Enfermería*, 12(1), 11–12. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-03191996000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191996000100006&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Amin, M. M., Rasheed, S., & Salem, E. (2013). Lower urinary tract symptoms following female genital mutilation. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 123(1), 21–3. doi:10.1016/j.ijgo.2013.06.010
- Amnistía Internacional. (1998). *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación*. (Editorial Amnistía Internacional (EDAI), Ed.) (p. 110). Londres: Editorial Amnistía Internacional (EDAI). Disponible en <http://amnistiainternacional.org/publicaciones/12-refugiados-los-derechos-humanos-no-tienen-fronteras.html>
- Amnistía Internacional. (2012). La lucha contra la mutilación genital femenina consigue el respaldo de la ONU. Consultado el 13 de julio de 2014. Disponible en <https://www.es.amnesty.org/noticias/noticias/articulo/la-lucha-contra-la-mutilacion-genital-femenina-consigue-el-respaldo-de-la-onu>
- Andersson, S. H. A., Rymer, J., Joyce, D. W., Momoh, C., & Gayle, C. M. (2012). Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a

- case-control study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(13), 1606–11. doi:10.1111/1471-0528.12004
- Andro, A., Cambois, E., & Lesclingand, M. (2014). Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Social Science & Medicine (1982)*, 106, 177–84. doi:10.1016/j.socscimed.2014.02.003
- Anis, T. H., Aboul Gheit, S., Awad, H. H., & Saied, H. S. (2012). Effects of female genital cutting on the sexual function of Egyptian women. A cross-sectional study. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(10), 2682–92. doi:10.1111/j.1743-6109.2012.02866.x
- Asamblea de la Unión Africana. (2003). Protocol to the African Charter on Human and People's Rights on the Rights of Women in Africa. Maputo: Asamblea de la Unión Africana. Disponible en [http://www.achpr.org/files/instruments/women-protocol/achpr\\_instr\\_proto\\_women\\_eng.pdf](http://www.achpr.org/files/instruments/women-protocol/achpr_instr_proto_women_eng.pdf)
- Asamblea General de las Naciones Unidas. (1950). Establecimiento de la Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas de los Refugiados. In *XI RESOLUCION 428 (V)* (p. 6). Nueva York: Organización Naciones Unidas. Disponible en file:///C:/Documents and Settings/Administrador/Mis documentos/Downloads/1939 (1).pdf
- Ballesteros Meseguer, C., Almansa Martínez, P., Pastor Bravo, M. del M., & Jiménez Ruiz, I. (2014). La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 287–291. Disponible en <http://www.gacetasanitaria.org/es/la-voz-las-mujeres-sometidas/articulo/S0213911114000478/>
- Bardin, L. (2009). *Análise de Conteúdo, edição revisada e atualizada*. Lisboa: Edições. *Edições* (Vol. 70). Lisboa: Edições.
- Barreto, A. C. M. (2008). *A sexualidade da adolescente e sua vulnerabilidade às doenças sexualmente transmissíveis: contribuições para o cuidado de enfermagem*. Tese: Apresentada a Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery para obtenção do grau de Mestre. s.n. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=518892&indexSearch=ID>
- Beauvoir, S. de. (1949). *Le deuxième sexe, 2 vols*. Gallimard. Paris: Editions Gallimard.
- Behrendt, A., & Moritz, S. (2005). Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 1000–2. doi:10.1176/appi.ajp.162.5.1000

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berg, R. C., & Underland, V. (2013). The obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: a systematic review and meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology International*, 2013, 496564. doi:10.1155/2013/496564
- Bertaux, D. (1980). El enfoque biográfico. Su validez metodológica, sus potencialidades. *Proposiciones*, 29, 14–25. Disponible en <http://preval.org/files/14BERTAU.pdf>
- Bertaux, D. (2005). *Los relatos de vida. Perspectiva etnosociológica* (p. 143). Barcelona: Ediciones Bellaterra. Disponible en <http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Empiria-2006-5615DC81-89B2-A341-129F-D9177680552A/Documento.pdf>
- Bertaux, D. (2010). *Narrativas de vida: a pesquisa e seus métodos*. São Paulo: Paulus.
- Bishai, D., Bonnenfant, Y.-T., Darwish, M., Adam, T., Bathija, H., Johansen, E., & Huntington, D. (2010). Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(4), 281–8. doi:10.2471/BLT.09.064808
- Bjalkander, O., Leigh, B., Harman, G., Bergstrom, S., & Almroth, L. (2012). Female genital mutilation in Sierra Leone: who are the decision makers? *African Journal of Reproductive Health*, 16, 119–131. Disponible en <Go to ISI>://MEDLINE:23444549
- Breilh, J. (1995). *Nuevos Conceptos y Técnicas de Investigación. Guía Pedagógica para un Taller de Metodología* (2nd ed.). Quito: CEAS. Disponible en <http://repository.unm.edu/handle/1928/4667>
- Briggs, L. A. (2002). Male and Female Viewpoints on Female Circumcision in Ekpeye, Rivers State, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 6(3), 44. doi:10.2307/3583256
- Brioschi, L. R., & Trigo, M. H. B. (1987). Relatos de vida em ciências sociais: considerações metodológicas. *Ciência E Cultura*, 39(7), 631–637.
- Brunner, J. S. (1986). *Actual minds, possible worlds*. Am Psychiatric Assoc.
- Burkina Faso. (1997). Loi No. 043/96/ADP du 13 Novembre 1996 portant Code Pénal. Uagadugú (Burkina Faso): United Nations Office on Dugs and Crime. Disponible en [https://www.unodc.org/tldb/pdf/Burkina\\_Faso\\_Penal\\_Code\\_Fr.pdf](https://www.unodc.org/tldb/pdf/Burkina_Faso_Penal_Code_Fr.pdf)
- Camacaro Gómez, D. J. (2007). Cuerpo de Mujer: Territorio Delimitado por el Discurso Médico.... *Comunidad Y Salud*, 5(1), 32–37. Disponible en [http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1690-32932007000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1690-32932007000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Camargo, A. (1984). Os usos da história oral e da história de vida: trabalhando com elites políticas. *Revista de Ciências Sociais*, 27(1), 5–28.

- Casado, V. (2002). *La mutilación genital femenina como forma de violación de los derechos humanos*. (A. García & E. Lombardo, Eds.) *Género y derechos humanos*. Zaragoza: Género y derechos humanos. Mira Editores.
- Casajoana Guerrero, M., Caravaca Nieto, E., & Martínez Madrigal, M. . I. (2012). Una visión global de la mutilación genital femenina. *Matronas Profesión*, 13(3-4), 76–82. Disponible en <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16517/173/una-vision-global-de-la-mutilacion-genital-femenina>
- Cavalcanti, M. de L. T. (1999). Prevenção da violência doméstica na perspectiva dos profissionais de saúde da família. *Cien Saude Colet*, 4(1), 193–200. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n1/7142.pdf>
- Centro de Investigación Inocenti de UNICEF. (2005). *Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina*. (A. Lewnes, Ed.) (p. 58). Florencia: Unicef Comité Español. Disponible en <http://www.unicef-irc.org/publications/pdf/fgm-e.pdf>
- Chinchilla, N. S. (1982). Ideologías del feminismo: liberal, radical y marxista. *Sociedade, Subordinación Y Feminismo: Debates Sobre La Mujer En América Latina Y El Caribe*. Bogotá, Magdalena Leon/ACEP, 215–238.
- CIE. (n.d.). Código Deontológico de Enfermería. Disponible en <http://www.cienciasdelasalud.us.es/enfermeria/documentos/codigo-deontologico-de-enfermeria.pdf>
- CIE. (2010). Eliminación de la mutilación genital femenina. *International Council of Nurses*. Disponible en [http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position\\_statements/A04\\_Eliminacion\\_mutilacion\\_genital\\_femenina-Sp.pdf](http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A04_Eliminacion_mutilacion_genital_femenina-Sp.pdf)
- Comisión de las Comunidades Europeas. (1981). Decisión de la Comisión, de 9 de diciembre de 1981, relativa a la creación de un Comité consultivo para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. *Diario Oficial de Las Comunidades Europeas*, 3, 3. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31982D0043&from=ES>
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2006). Plan de trabajo para la igualdad entre las mujeres y los hombres (2006-2010). In *COM (2006) 92 final* (p. 23). Bruselas: Consejo Europeo. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52006DC0092&from=ES>
- Comisión Europea. (2007). Estrategia para la igualdad de género en la política de desarrollo. In *COM (2007) 100 final*. Bruselas: Comisión Europea. Disponible en [http://europa.eu/legislation\\_summaries/development/sectoral\\_development\\_policies/r13005\\_es.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/development/sectoral_development_policies/r13005_es.htm)
- Comisión Europea. (2010a). Declaración de la Comisión Europea con motivo del Día Internacional de la Mujer 2010. In *COM (2010) 78 final* (p. 5). Comisión Europea.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC0078&from=ES>
- Comisión Europea. (2010b). Estrategia para la igualdad entre hombres y mujeres 2010-2015. In *COM (2010) 491 final* (p. 14). Bruselas: Comisión Europea. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52010DC0491&from=ES>
- Comisión Europea. (2013). Día Internacional de la Mujer: Tolerancia cero con la mutilación genital femenina. Unión Europea. Disponible en [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-13-189\\_es.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-189_es.htm)
- Comité de Ministros del Consejo Europeo. (2002). Recommendation on the protection of women against violence. In *Recommendation Rec(2002)5*. Bruselas: Consejo Europeo. Disponible en <https://wcd.coe.int/ViewDoc.jsp?id=280915>
- Comité de Ministros del Consejo Europeo. (2009). DECLARACIÓN: Convirtiendo la Igualdad de género en una realidad (Madrid, 12 de mayo de 2009). In *COM (2009) 68 final* (p. 6). Madrid: Comisión Europea. Disponible en [http://www.msssi.gob.es/en/ssi/igualdadOportunidades/internacional/consejoeu/declar\\_de\\_madrid.pdf](http://www.msssi.gob.es/en/ssi/igualdadOportunidades/internacional/consejoeu/declar_de_madrid.pdf)
- Comunidad Autónoma de Canarias. (2003). Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial Del Estado*, 162(13618), 26392–26402. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2003/07/08/pdfs/A26392-26402.pdf>
- Comunidad Autónoma de Cantabria. (2004). Ley 1/2004, de 1 de abril, Integral para la Prevención de la Violencia Contra las Mujeres y la Protección a sus Víctimas. *Boletín Oficial Del Estado*, 101(7685), 16548–16553. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2004/04/26/pdfs/A16548-16553.pdf>
- Comunidad Autónoma de Cataluña. (2008). Ley 5/2008, de 24 de abril, del derecho de las mujeres a erradicar la violencia machista. *Boletín Oficial Del Estado*, 131(9294), 25174–25194. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2008/05/30/pdfs/A25174-25194.pdf>
- Comunidad Autónoma de Cataluña. (2010). Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia. *Boletín Oficial Del Estado*, 156(10213), 56372–56433. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2010/06/28/pdfs/BOE-A-2010-10213.pdf>
- Comunidad Autónoma de la Región de Murcia. (2008). Ley 7/2007, de 4 de abril, para la Igualdad entre Mujeres y Hombres, y de Protección contra la Violencia de Género en la Región de Murcia. *Boletín Oficial Del Estado*, 176(12529), 31919–31930. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2007/06/13/pdfs/A25632-25640.pdf>
- Comunidad Autónoma de La Rioja. (2011). Ley 3/2011, de 1 de marzo, de prevención, protección y coordinación institucional en materia de violencia en La Rioja.

- Boletín Oficial Del Estado*, 66(4951), 29560–29579. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2011/03/18/pdfs/BOE-A-2011-4951.pdf>
- Comunidad de Madrid. (2005). Ley 5/2005, de 20 de diciembre, integral contra la violencia de género de la Comunidad de Madrid. *Boletín Oficial Del Estado*, 52(3667), 8515–8526. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2006/03/02/pdfs/A08515-08526.pdf>
- Comunitat Valenciana. (2012). Ley 7/2012, de 23 de noviembre, integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana. *Boletín Oficial Del Estado*, 297(14978), 84791–84811. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/2012/12/11/pdfs/BOE-A-2012-14978.pdf>
- Conferencia Internacional Americana. (1948). Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre. Aprobada en la Novena Conferencia Internacional Americana. In *IX Conferencia Internacional Americana* (p. 6). Bogotá: Conferencia Internacional Americana. Disponible en [https://www.oas.org/dil/esp/Declaración\\_Americana\\_de\\_los\\_Derechos\\_y\\_Deberes\\_del\\_Hombre\\_1948.pdf](https://www.oas.org/dil/esp/Declaración_Americana_de_los_Derechos_y_Deberes_del_Hombre_1948.pdf)
- Consejo de las Comunidades Europeas. (1976). Directiva 76/207/CEE del Consejo, de 9 de febrero de 1976, relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en lo que se refiere al acceso al empleo, a la formación y a la promoción profesionales, y a las condiciones de. *Diario Oficial de Las Comunidades Europeas*, 02. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31976L0207&from=ES>
- Consejo de las Comunidades Europeas. (1982). Resolución del Consejo, de 12 de julio de 1982, sobre la promoción de la igualdad de oportunidades para la mujer. *Diario Oficial de Las Comunidades Europeas*, 3, 2. Disponible en [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31982Y0721\(02\)&qid=1410300068399&from=ES](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31982Y0721(02)&qid=1410300068399&from=ES)
- Consejo de las Comunidades Europeas. (1984). Recomendación 84/635/CEE, de 13 de diciembre de 1984, relativa a la promoción de acciones positivas en favor de la mujer. *Diario Oficial de Las Comunidades Europeas*, 27, 2. Disponible en <http://old.eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=DD:05:04:31984H0635:ES:PDF>
- Consejo de las Comunidades Europeas. (1986a). Directiva 86/378/CEE del Consejo de 24 de julio de 1986 relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en los regímenes profesionales de seguridad social. *Diario Oficial de Las Comunidades Europeas*, 225, 2. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31986L0378:ES:HTML>
- Consejo de las Comunidades Europeas. (1986b). Directiva 86/613/CEE del Consejo de 11 de diciembre de 1986 relativa a la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres que ejerzan una actividad autónoma, incluidas las actividades agrícolas, así como sobre la protección de la mat. *Diario Oficial de*

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Las Comunidades Europeas*, 359, 3. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31986L0613&from=es>
- Consejo de las Comunidades Europeas. (1986c). Segunda Resolución 86/C 203/02 del Consejo, de 24 de julio de 1986, relativa al fomento de la igualdad de oportunidades para las mujeres. *Diario Oficial de Las Comunidades Europeas*, 29, 3. Disponible en [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31986Y0812\(02\)&from=ES](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31986Y0812(02)&from=ES)
- Consejo de las Comunidades Europeas. (1988). Resolución 88/C 333/01 del Consejo, de 16 de diciembre de 1988, relativa a la reinserción profesional y a la integración profesional tardía de las mujeres. *Diario Oficial de Las Comunidades Europeas*, 31, 2. Disponible en [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31988Y1228\(01\)&from=ES](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31988Y1228(01)&from=ES)
- Consejo de las Comunidades Europeas. (1991). Resolución 91/C 142/01 del Consejo, de 21 de mayo de 1991, relativa al tercer programa de acción comunitaria a medio plazo para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres (1991-1995). *Diario Oficial de Las Comunidades Europeas*, 34, 3. Disponible en [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31991Y0531\(01\)&from=ES](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31991Y0531(01)&from=ES)
- Consejo de las Comunidades Europeas. (1997). Tratado de Amsterdam por el que se modifican el tratado de la Unión Europea, los Tratados Constitutivos de las Comunidades Europeas y determinados actos conexos. *Diario Oficial de Las Comunidades Europeas*, 40, 144. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:11997D/TXT&from=ES>
- Consejo de las Comunidades Europeas, & Ministros de Educación. (1985). Resolución 85/C 166/01 del Consejo y de los ministros de educación, reunidos en el seno del Consejo de 3 de junio de 1985 que contempla un programa de acción sobre la igualdad de oportunidades para los chicos y las chicas en materia de educación. *Diario Oficial de Las Comunidades Europeas*, 5, 4. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:41985X0507&from=EN>
- Consejo de Ministros de España. (1998). I Plan de Acción contra la Violencia Doméstica. Consultado el 30 de marzo de 2014. Disponible en <http://www.carm.es/ctra/cendoc/doc-pdf/web/web-0004.pdf>
- Consejo Europeo. (1975). Directiva 75/117/CEE del Consejo de 10 de febrero de 1975 relativa a la aproximación de las legislaciones de los Estados miembros que se refieren a la aplicación del principio de igualdad de retribución entre los trabajadores masculinos y femeninos. *Diario Oficial de Las Comunidades Europeas*, 2, 2. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31975L0117&from=ES>
- Consejo Europeo. (1978). Directiva 79/7/CEE del Consejo, de 19 de diciembre de 1978, relativa a la aplicación progresiva del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres en materia de seguridad social. *Diario Oficial Unión Europea*,

- 006, 1. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=CELEX:31979L0007:ES:HTML>
- Consejo Europeo. (1993). 3rd European Ministerial Conference on equality between women and men. In *MEG 3 (93) 22*. Roma: Consejo Europeo. Disponible en [http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/EQUALITY/05conferences/ministerial-conferences/3rd-Ministerial Conference/MEG-3\(93\)22\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/EQUALITY/05conferences/ministerial-conferences/3rd-Ministerial Conference/MEG-3(93)22_en.pdf)
- Consejo Europeo. (1994). Resolución 94/C 231/01 del Consejo, de 22 de junio de 1994, relativa a la promoción de la igualdad de oportunidades para los hombres y las mujeres por la acción de los Fondos estructurales europeos. *Diario Oficial de Las Comunidades Europeas*, 37, 2. Disponible en [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31994Y0820\(01\)&from=ES](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31994Y0820(01)&from=ES)
- Consejo Europeo. (1995). Decisión del Consejo 95/593/CE, de 22 de diciembre de 1995, relativa a un programa de acción comunitario a medio plazo para la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres (1996 - 2000). *Diario Oficial de Las Comunidades Europeas*, 335, 7. Disponible en <http://www.boe.es/doue/1995/335/L00037-00043.pdf>
- Consejo Europeo. (1997). 4th European Ministerial Conference on equality between women and men. In *MEG 4 (1997) 020* (p. 203). Estambul: Consejo Europeo. Disponible en [http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/EQUALITY/05conferences/ministerial-conferences/4th-Ministerial Conference/MEG-4\(1997\)20\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/EQUALITY/05conferences/ministerial-conferences/4th-Ministerial Conference/MEG-4(1997)20_en.pdf)
- Consejo Europeo. (1999). 1999/435/CE: Decisión del Consejo, de 20 de mayo de 1999, sobre la definición del Acuerdo de Schengen a efectos de determinar, de conformidad con las disposiciones pertinentes del Tratado constitutivo de la Comunidad Europea y del Tratado de la Unión Euro. *Diario Oficial de Las Comunidades Europeas*, 42(L 176), 16. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:31999D0435&from=ES>
- Consejo Europeo. (2000a). Quinto programa de acción comunitaria para la igualdad de oportunidades (2001-2006). In *Decisión 2001/51/CE del Consejo, de 20 de diciembre de 2000*. Bruselas: Comisión Europea. Disponible en [http://europa.eu/legislation\\_summaries/employment\\_and\\_social\\_policy/equality\\_between\\_men\\_and\\_women/c10904\\_es.htm](http://europa.eu/legislation_summaries/employment_and_social_policy/equality_between_men_and_women/c10904_es.htm)
- Consejo Europeo. (2000b). Reglamento (CE) nº 2725/2000 del Consejo, de 11 de diciembre de 2000, relativo a la creación del sistema «Eurodac» para la comparación de las impresiones dactilares para la aplicación efectiva del Convenio de Dublín. *Diario Oficial de Las Comunidades Europeas*, 43(L 316), 10. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32000R2725&from=ES>
- Consejo Europeo. (2001). Programa de acción para la integración de la igualdad entre las mujeres y los hombres. In *COM (2001) 295 final* (p. 28). Bruselas: Comisión

- de las Comunidades Europeas. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52001DC0295&from=ES>
- Consejo Europeo. (2006). 6th European Ministerial Conference on Equality between Women and Men. In *MEG 6 (2006) 2* (p. 15). Estocolmo: Consejo Europeo. Disponible en [http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/equality/05conferences/ministerial-conferences/6th-Ministerial Conference/MEG-6\(2006\)2\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/dghl/standardsetting/equality/05conferences/ministerial-conferences/6th-Ministerial%20Conference/MEG-6(2006)2_en.pdf)
- Consejo Europeo. (2009). *El Consejo de Europa y la violencia de género. Documentos elaborados en el marco de la campaña paneuropea para combatir la violencia contra las mujeres (2006-2008)*. (Ministerio de Igualdad. Subdirección General de Cooperación y Relaciones Institucionales, Ed.) (p. 554). Madrid: Ministerio de Igualdad. Disponible en [http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/colecciones/PDFS\\_COLECCION/libro4\\_consejoeuropa.pdf](http://www.msssi.gob.es/ssi/violenciaGenero/publicaciones/colecciones/PDFS_COLECCION/libro4_consejoeuropa.pdf)
- Consejo Europeo. (2010a). 7th Council of Europe Conference of Ministers Responsible for Equality between Women and Men. In *MEG 7 (2010) 1 resolution* (p. 6). Estrasburgo: Consejo Europeo. Disponible en [http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/EQUALITY/05conferences/ministerial-conferences/7th-Ministerial Conference/MEG-7\(2010\)1\\_resolution\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/EQUALITY/05conferences/ministerial-conferences/7th-Ministerial%20Conference/MEG-7(2010)1_resolution_en.pdf)
- Consejo Europeo. (2010b). 7th Council of Europe Conference of Ministers Responsible for Equality between Women and Men. Action Plan: "Taking up the challenge of the achievement of de jure and de facto gender equality." In *MEG 7 (2010) 2 Action Plan* (p. 5). Estrasburgo: Consejo Europeo. Disponible en [http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/EQUALITY/05conferences/ministerial-conferences/7th-Ministerial Conference/MEG-7\(2010\)2\\_ActionPlan\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/EQUALITY/05conferences/ministerial-conferences/7th-Ministerial%20Conference/MEG-7(2010)2_ActionPlan_en.pdf)
- Consejo Europeo. (2011). Convenio del Consejo de Europa sobre lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. In *Serie de tratados del consejo de Europa - n 210* (p. 34). Estambul: Consejo Europeo. Disponible en <https://www.msssi.gob.es/ssi/igualdadOportunidades/internacional/consejoeu/CAHVIO.pdf>
- Consejo Europeo. (2014). European Ministerial Conferences on Equality between Women and Men. Consultado el 8 de abril de 2014. Disponible en [http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/EQUALITY/05conferences/ministerial-conferences/index\\_en.asp](http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/EQUALITY/05conferences/ministerial-conferences/index_en.asp)
- Consejo Europeo, & Parlamento Europeo. (2003). Reglamento (ce) n 1567/2003 del Parlamento Europeo y del Consejo de 15 de julio de 2003 relativo a la ayuda para polínicas y acciones obre la salud y derechos en materia de reproducción y sexualdiad en los países en desarrollo. *Diario Oficial Unión Europea*, 2003(10), 2-7. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32003R1567&from=ES>

- Consejo Europeo, & Parlamento Europeo. (2004). REGLAMENTO (CE) N 806/2004 del Parlamento Europeo y del Consejo de 21 de abril de 2004 relativo al fomento de la igualdad entre el hombre y la mujer en la cooperación al desarrollo. *Diario Oficial Unión Europea*, 40–45. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32004R0806&from=ES>
- Consejo Europeo, & Parlamento Europeo. (2006a). Decisión no 771/2006/CE del Parlamento Europeo y del Consejo, de 17 de mayo de 2006, por la que se establece el Año Europeo de la Igualdad de Oportunidades para Todos (2007) — Hacia una sociedad justa. *Diario Oficial Unión Europea*, (1), 7. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32006D0771&from=EN>
- Consejo Europeo, & Parlamento Europeo. (2006b). REGLAMENTO (CE) n 1922/2006 del Parlamento Europeo y del Consejo de 20 de diciembre de 2006 por el que se crea un Instituto Europeo de la Igualdad de Género. *Diario Oficial Unión Europea*, 403(2), 9. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:32006R1922&from=ES>
- Consejo Europeo, & Representantes de los Gobiernos de los Estados Miembros. (1994). Resolución 94/C 368/02 del Consejo y de los Representantes de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo, de 6 de diciembre de 1994, relativa a la participación equitativa de las mujeres en una estrategia de crecimiento económico orientada hacia. *Diario Oficial de Las Comunidades Europeas*, 37, 4. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:41994X1223&from=ES>
- Consejo Europeo, & Representantes de los Gobiernos de los Estados Miembros. (1995). Resolución 95/C 296/06 del Consejo y de los Representantes de los Estados miembros, reunidos en el seno del Consejo, de 5 de octubre de 1995, sobre el tratamiento de la imagen de las mujeres y de los hombres en la publicidad y en los medios de comunicación. *Diario Oficial de Las Comunidades Europeas*, 38, 2. Disponible en [http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:41995X1110\(01\)&from=ES](http://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:41995X1110(01)&from=ES)
- Consejo Europeo, & Tribunal Europeo de Derechos Humanos. (1950). *Convenio europeo de derechos humanos* (p. 31). Estrasburgo: Consejo Europeo. Disponible en [http://www.echr.coe.int/Documents/Convention\\_SPA.pdf](http://www.echr.coe.int/Documents/Convention_SPA.pdf)
- Cook, R. ., Dickens, B. ., & Fathalla, M. . (2002). Female genital cutting (mutilation/circumcision): ethical and legal dimensions. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 79(3), 281–287. doi:10.1016/S0020-7292(02)00277-1
- Cortes Generales. (1978). Constitución Española. Texto consolidado. *Boletín Oficial Del Estado*, 311(31229), 37. Disponible en <http://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>
- Dandash, K. F., Refaat, A. H., & Eyada, M. (2001). Female genital mutilation: a descriptive study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 27(5), 453–458. doi:10.1080/713846799

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Davis, D. S. (2003). Cultural bias in responses to male and female genital surgeries. *The American Journal of Bioethics: AJOB*, 3(2), 15. doi:10.1162/152651603766436333
- Dawson, A., Turkmani, S., Fray, S., Nanayakkara, S., Varol, N., & Homer, C. (2014). Evidence to inform education, training and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: A review of global experience. *Midwifery*. doi:10.1016/j.midw.2014.08.012
- De Barbieri, T. (1992). Cuestiones teórico-metodológicas sobre la categoría de género. *Fin de Siglo, Género Y Cambio Civilizatorio*.
- De Gouges, O. (1791). *Déclaration des droits de la femme et de la citoyenne*. Autrement.
- De Lucas Martín, F. J. (2006). *Adriana Kaplan y Maria Helena Bedoya en: Europa : derechos, culturas*. (Francisco Javier de Lucas Martín (coord.), Ed.). Tirant lo Blanch. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=12501>
- De Melo Miranda, M. P., de Paula, C. S., & Bordin, I. A. (2010). Violência conjugal física contra a mulher na vida: prevalência e impacto imediato na saúde, trabalho e família. *Rev Panam Salud Publica*, 27(4), 300–308. Disponible en <http://www.scielo.org/pdf/rpsp/v27n4/a09v27n4.pdf>
- De Souza Santos, B. (1995). *Toward a new common sense: law, science and politics in the paradigmatic transition*. Londres: Routledge. Disponible en <http://ilsa.org.co/biblioteca/dwnlds/Bylw/Bylw14/Bylw14-06-01.pdf>
- De Souza Santos, B. (2002). Hacia una concepción multicultural de los derechos humanos. *El Otro Derecho*, 28, 26. Disponible en [http://www.uba.ar/archivos\\_ddhh/image/Sousa - Concepci%C3%B3n multicultural de DDHH.pdf](http://www.uba.ar/archivos_ddhh/image/Sousa - Concepci%C3%B3n multicultural de DDHH.pdf)
- De Souza Santos, B. (2005). Boaventura de, 2005. *Reinventar La Democracia, Reinventar El Estado*.
- Declaración universal de los derechos de los pueblos. (1976). Disponible en <https://es.scribd.com/doc/91981925/Carta-a-Los-Derechos-de-Los-Pueblos-de-Argel>
- Dembour, M. B. (1996). From female circumcision to genital mutilation back to circumcision. In *Ponencia presentada en el IV Congreso Europeo de la EASA, Barcelona*.
- Denzin, N. K. (1970). *The research act in sociology: A theoretical introduction to sociological methods*. Butterworths London.
- Deslandes, S. F. (1999). O atendimento às vítimas de violência na emergência: “prevenção numa hora dessas?” *Ciência & Saúde Coletiva*, 4(1), 81–94. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/csc/v4n1/7132.pdf>

- Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit GmbH. (2008). *Good practice: Harmonising traditional norms and national law in Ethiopia* (p. 8). Eschborn: GTZ. Disponible en [http://www.intact-network.net/intact/cp/files/1284971634\\_23- Harmonising traditional norms and national law - Ethiopia \(GTZ 08\).pdf](http://www.intact-network.net/intact/cp/files/1284971634_23-Harmonising%20traditional%20norms%20and%20national%20law%20-%20Ethiopia%20(GTZ%2008).pdf)
- Díaz, J. A. M., & Paniagua, E. L. (2005). *Inmigración, extranjería y asilo*. Editorial Constitución y Leyes, COLEX. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=6440>
- Dio Bleichmar, E. (1985). *Genero y sexo: su diferenciación y respectivo lugar en el complejo de Edipo. El feminismo espontáneo de la historia*. El feminismo espontáneo de la historia.
- Directorate General of Human Rights. (2003). 5th European Ministerial Conference on Equality between Women and Men. “Democratisation, conflict prevention and peacebuilding: the perspectives and the roles of women.” In *MEG-5 (2003)* 5 (p. 104). Skopje: Consejo Europeo. Disponible en [http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/EQUALITY/05conferences/ministerial-conferences/5th-Ministerial Conference/MEG-5\(2003\)5\\_en.pdf](http://www.coe.int/t/DGHL/STANDARDSETTING/EQUALITY/05conferences/ministerial-conferences/5th-Ministerial%20Conference/MEG-5(2003)5_en.pdf)
- Dirie, W., & Miller, C. (1998). *Desert Flower: The Extraordinary Journey of a Desert Nomad* (p. 240). Nueva York: William Morrow.
- Dornelles, J. R. W. (1989). *O que são direitos humanos* (2nd ed., p. 76). Brasiliense. Disponible en <http://books.google.com.br/books?id=qyTdPwAACAAJ>
- Durkheim, E. (1992). *Las formas elementales de la vida religiosa* (Vol. 38). Ediciones Akal.
- Easton, D. (1953). *The Political Systems: An Inquiry into the State of Political Science*. Nueva York: Knopf, 1(971), 1.
- Ediciones El País. (2014). La ONU asegura que el Estado Islámico ordenan la ablación de las mujeres en Irak. *El País*. Disponible en [http://internacional.elpais.com/internacional/2014/07/24/actualidad/1406208684\\_979309.html](http://internacional.elpais.com/internacional/2014/07/24/actualidad/1406208684_979309.html)
- EIGE. (2013). *Female genital mutilation in the European Union and Croatia* (p. 120). Bruselas. doi:10.2839/23199
- Elchalal, U., Ben-Ami, B., Gillis, R., & Brzezinski, A. (1997). Ritualistic Female Genital Mutilation: Current Status and Future Outlook. *Obstetrical & Gynecological Survey*, 52(10), 643–651. Disponible en [http://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/1997/10000/Ritualistic\\_Female\\_Genital\\_Mutilation\\_\\_Current.22.aspx](http://journals.lww.com/obgynsurvey/Abstract/1997/10000/Ritualistic_Female_Genital_Mutilation__Current.22.aspx)
- Elmusharaf, S., Elkhidir, I., Hoffmann, S., & Almroth, L. (2006). A case-control study on the association between female genital mutilation and sexually transmitted

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- infections in Sudan. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 113(4), 469–74. doi:10.1111/j.1471-0528.2006.00896.x
- Essén, B., & Johnsdotter, S. (2004). Female genital mutilation in the West: traditional circumcision versus genital cosmetic surgery. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 83(7), 611–3. doi:10.1111/j.0001-6349.2004.00590.x
- Family Planning Association El Cairo. (1985). *Female Circumcision and Religion*. El Cairo: MHCP.
- Fazari, A. B. E., Berg, R. C., Mohammed, W. A., Gailii, E. B., & Elmusharaf, K. (2013). Reconstructive surgery for female genital mutilation starts sexual functioning in Sudanese woman: a case report. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(11), 2861–5. doi:10.1111/jsm.12286
- Foldès, P., Cuzin, B., & Andro, A. (2012). Reconstructive surgery after female genital mutilation: a prospective cohort study. *Lancet*, 380(9837), 134–41. doi:10.1016/S0140-6736(12)60400-0
- Foldès, P., Droupy, S., & Cuzin, B. (2013). Cosmetic surgery of the female genitalia. *Progrès En Urologie : Journal de l'Association Française D'urologie et de La Société Française D'urologie*, 23(9), 601–11. doi:10.1016/j.purol.2013.01.017
- Fourcroy, J. L. (1998). The three feminine sorrows. *Hospital Practice*, 33(7), 15–21. Disponible en <http://europepmc.org/abstract/MED/9679503>
- França Júnior, I., & Ayres, J. R. de C. M. (2003). Bioética e saúde pública, 63–69. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=344502&indexSearch=ID>
- Frega, A., Puzio, G., Maniglio, P., Catalano, A., Milazzo, G. N., Lombardi, D., ... Bianchi, P. (2013). Obstetric and neonatal outcomes of women with FGM I and II in San Camillo Hospital, Burkina Faso. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 288(3), 513–9. doi:10.1007/s00404-013-2779-y
- Freud, S. (1925). *Some psychological consequences of the anatomical distinction between the sexes* (Vol. 19, pp. 241–258). Londres: SE.
- Friedrich, C. J. (1963). *Man and his government: An empirical theory of politics*. McGraw-Hill New York.
- Gallego, M., & López, M. (2010). Mutilación genital femenina: Revisión y aspectos de interés médico legal. *Cuadernos de Medicina Forense*, 16(3), 145–151. doi:10.4321/S1135-76062010000200002
- García Aguado, S., & Sánchez López, M. I. (2013). Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la mutilación genital femenina. *Metas de Enfermería*, 16(7), 3. Disponible en

- <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4434209&info=resumen&idoma=ENG>
- García Bueno, M. P. (2014). *Manual de Prevención Mutilación Genital Femenina. Buenas Prácticas*. (Confederación Nacional Mujeres en Igualdad, Ed.) (p. 180). Madrid. Disponible en [http://issuu.com/confederacionmujeresenigualdad/docs/manual\\_mgf](http://issuu.com/confederacionmujeresenigualdad/docs/manual_mgf)
- García Casado, B. (n.d.-a). La transformación de la realidad de las mujeres en África a partir de las Conferencias Mundiales. In *Las conferencias internacionales y su influencia en la transformación de la realidad de las mujeres* (p. 8). Escuela Abierta de Feminismo. Disponible en <http://www.escueladefeminismo.org/IMG/pdf/africa.pdf>
- García Casado, B. (n.d.-b). Las cuatro conferencias Mundiales: Desarrollo y objetivos. En: *Las conferencias internacionales y su influencia en la transformación de la realidad de las mujeres*. In *Las conferencias internacionales y su influencia en la transformación de la realidad de las mujeres* (p. 8). Escuela Abierta de Feminismo. Disponible en <http://www.escueladefeminismo.org/spip.php?article334>
- García Torrecillas, J. M., Torío Durántez, J., Lea Pereira, M. del C., García Tirado, M. del C., & Aguilera Tejero, R. (2008). Detección de violencia contra la mujer en la consulta del médico de familia. *Atención Primaria*, 40(9), 455–461. doi:10.1157/13126422
- Gascó, M., & Equiza, F. (2003). Formulación de políticas públicas de transición a la sociedad del conocimiento: el caso argentino. *IIGM BIBLOS. Biblioteca de Ideas. Desarrollo Humano E Institucional En América Latina: DHIAL*, 3, 26.
- Generalitat de Catalunya. (2007). Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina. Barcelona: Secretaria per a la Inmigració. Disponible en [http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits\\_tematicos/05Immigracio/08recursosprofessionals/02prevenciomutilaciofemenina/Pdfs/Protocol\\_mutilacio\\_castella.pdf](http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits_tematicos/05Immigracio/08recursosprofessionals/02prevenciomutilaciofemenina/Pdfs/Protocol_mutilacio_castella.pdf)
- Glat, R. (1989). *Somos iguais a vocês: depoimentos de mulheres com deficiência mental*. Livraria Agir Editora.
- Glat, R. (1994). *Ser mãe ea vida continua*. Rio de Janeiro: Agir. Rio de Janeiro: Agir.
- Gobierno de Aragón. (2007). Ley 4/2007, de 22 de marzo, de Prevención y Protección Integral a las Mujeres Víctimas de Violencia en Aragón. *Boletín Oficial Del Estado*, 141(11593), 25632–25640. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2007/06/13/pdfs/A25632-25640.pdf>
- Gobierno de Aragón. (2011). Procolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Disponible en [http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/StaticFiles/mutilaci%C3%B3n\\_1.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/StaticFiles/mutilaci%C3%B3n_1.pdf)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- González Henao, R. (2011). La ablación genital femenina en comunidades emberá chamí. *Cadernos Pagu*, (37), 163–183. doi:10.1590/S0104-83332011000200006
- Gostin, L., & Mann, J. (1999). Toward the development of a human rights impact assessment for the formulation and evaluation of public health policies. *Health and Human Rights: A Reader*. Routledge: New York and London P, 8.
- Grande Gascón, M. L. (2000). Todos contra la mutilación genital femenina. *Index de Enfermería*, 30, 7–8. Disponible en [http://www.index-f.com/index-enfermeria/31revista/31\\_articulo\\_7-8.php](http://www.index-f.com/index-enfermeria/31revista/31_articulo_7-8.php)
- Gruskin, S., & Dickens, B. (2006). Human rights and ethics in public health. *American Journal of Public Health*, 96(11), 1903–5. doi:10.2105/AJPH.2006.099606
- Guerra Palermo, M. J. (2008). Culturas y género: prácticas lesivas, intervenciones feministas y derechos de las mujeres. *Isegoría*, (38), 61–76. doi:10.3989/isegoria.2008.i38.403
- Hamoudi, A., & Shier, M. (2010). Late complications of childhood female genital mutilation. *J Obstet Gynaecol Can*, 32, 587–589. Disponible en [http://www.jogc.com/abstracts/full/201006\\_CaseReport\\_1.pdf](http://www.jogc.com/abstracts/full/201006_CaseReport_1.pdf)
- Iavazzo, C., Sardi, T. A., & Gkegkes, I. D. (2013). Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. *Archives of Gynecology and Obstetrics*, 287(6), 1137–49. doi:10.1007/s00404-012-2708-5
- INE. (2014). Estadística del Padrón Continuo a 1 de enero de 2013. Datos a nivel nacional, comunidad autónoma y provincia: Población extranjera por comunidades y provincias, nacionalidad y sexo. Consultado el 25 de septiembre de 2014. Disponible en <http://www.ine.es/jaxi/tabla.do?path=/t20/e245/p04/a2013/10/&file=0ccaa002.px&type=pcaxis&L=0>
- Instituto de la Mujer. (1987). *I Plan para la Igualdad de Oportunidades de las Mujeres (1988 - 1990)*. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.
- Instituto de la Mujer. (1994). II Plan para la Igualdad de Oportunidades de las Mujeres (1993-1995). *Revista Iberoamericana de Educación*, 6, 21. Disponible en <http://www.oei.es/oeivirt/rie06a08.htm>
- Instituto de la Mujer. (1997). III Plan para la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres (1997-2000). Madrid: Instituto de la Mujer. Disponible en [file:///C:/Documents and Settings/Administrador/Mis documentos/Downloads/10.pdf](file:///C:/Documents%20and%20Settings/Administrador/Mis%20documentos/Downloads/10.pdf)
- Instituto de la Mujer. (2002). II Plan Integral contra la violencia doméstica 2001-2004. *Revista Del Ministerio de Trabajo Y Asuntos Sociales*, 40, 10. Disponible en [http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub\\_electronicas/destacadas/revista/numeros/40/Informes02.pdf](http://www.empleo.gob.es/es/publica/pub_electronicas/destacadas/revista/numeros/40/Informes02.pdf)

- Instituto de la Mujer. (2003). IV Plan de igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres (2003-2006). Madrid: Instituto de la Mujer. Disponible en [http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/myd/contacto/iv\\_plan\\_igualdad\\_2003-2006.pdf](http://www.csd.gob.es/csd/estaticos/myd/contacto/iv_plan_igualdad_2003-2006.pdf)
- Instituto de la Mujer. (2007). Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2008-2011). Madrid: Instituto de la Mujer. Disponible en [http://www.empleo.gob.es/es/igualdad/Documentos/Plan\\_estrategico\\_final.pdf](http://www.empleo.gob.es/es/igualdad/Documentos/Plan_estrategico_final.pdf)
- Instituto de la Mujer. (2013). Plan Estratégico de Igualdad de Oportunidades (2014-2016). *Ministerio de Sanidad*. Madrid: Instituto de la Mujer. Disponible en <http://www.inmujer.gob.es/actualidad/PEIO/docs/PEIO2014-2016.pdf>
- Instituto Navarro para la Familia e Igualdad. (2013). Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Navarra. Pamplona: Gobierno de Navarra. Disponible en <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/D5A2548A-1603-4240-9CFD-D49E366E4C9F/257532/Protocolo25junio1.pdf>
- Isman, E., Ekéus, C., & Berggren, V. (2013). Perceptions and experiences of female genital mutilation after immigration to Sweden: an explorative study. *Sexual & Reproductive Healthcare: Official Journal of the Swedish Association of Midwives*, 4(3), 93–8. doi:10.1016/j.srhc.2013.04.004
- Jefatura del Estado. (1983). Ley 16/83, de 24 de octubre, de creación del Organismo Autónomo Instituto de la Mujer. *Boletín Oficial Del Estado*, 256(28126), 28936–28937. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/1983/10/26/pdfs/A28936-28937.pdf>
- Jefatura del Estado. (1996). Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil. *Boletín Oficial Del Estado*, 15(1069), 14. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/1996/01/17/pdfs/A01225-01238.pdf>
- Jefatura del Estado. (1999). Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal. *Boletín Oficial Del Estado*, 298(23750), 12. Disponible en <https://www.boe.es/boe/dias/1999/12/14/pdfs/A43088-43099.pdf>
- Jefatura del Estado. (2003). 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*, 234, 7. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2003/09/30/pdfs/A35398-35404.pdf>
- Jefatura del Estado. (2004). Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género. *Boletín Oficial Del Estado*. Disponible en <http://www.boe.es/boe/dias/2004/12/29/pdfs/A42166-42197.pdf>
- Jefatura del Estado. (2007). Ley Orgánica 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombres. *Boletín Oficial Del Estado*, 71, 59. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2007/BOE-A-2007-6115-consolidado.pdf>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Jefatura del Estado. (2009). Ley 12/2009, de 30 de octubre, reguladora del derecho de asilo y de la protección subsidiaria. Texto Consolidado (26/03/2014). *Boletín Oficial Del Estado*, 263(17242), 24. Disponible en <https://www.boe.es/buscar/pdf/2009/BOE-A-2009-17242-consolidado.pdf>
- Jirovsky, E. (2010). Views of women and men in Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, on three forms of female genital modification. *Reproductive Health Matters*, 18(35), 84–93. doi:10.1016/S0968-8080(10)35513-3
- Johnsdotter, S., & Essén, B. (2010). Genitals and ethnicity: the politics of genital modifications. *Reproductive Health Matters*, 18(35), 29–37. doi:10.1016/S0968-8080(10)35495-4
- Johnson-Agbakwu, C. E., Helm, T., Killawi, A., & Padela, A. I. (2014). Perceptions of obstetrical interventions and female genital cutting: insights of men in a Somali refugee community. *Ethnicity & Health*, 19(4), 440–57. doi:10.1080/13557858.2013.828829
- Kabeer, N. (1994). *Reversed realities: Gender hierarchies in development thought*. Londres: Verso.
- Kalckmann, S., Santos, C. G. dos, Batista, L. E., & Cruz, V. M. da. (2007). Racismo institucional: um desafio para a equidade no SUS? *Saúde E Sociedade*, 16(2), 146–155. doi:10.1590/S0104-12902007000200014
- Kaplan, A. (2001). *Mutilaciones genitales femeninas: derechos humanos, tradición e identidad*. Comunidad de Madrid. Dirección General de la Mujer.
- Kaplan, A., Cham, B., Njie, L. A., Seixas, A., Blanco, S., & Utzet, M. (2013). Female genital mutilation/cutting: the secret world of women as seen by men. *Obstetrics and Gynecology International*, 2013, 643780. doi:10.1155/2013/643780
- Kaplan, A., Forbes, M., Bonhoure, I., Utzet, M., Martín, M., Manneh, M., & Ceesay, H. (2013). Female genital mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn. *International Journal of Women's Health*, 5, 323–31. doi:10.2147/IJWH.S42064
- Kaplan, A., Hechavarría, S., Martín, M., & Bonhoure, I. (2011). Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reproductive Health*, 8, 26. doi:10.1186/1742-4755-8-26
- Kaplan Marcusan, A. (2001). Mutilaciones genitales femeninas: entre los derechos humanos y el derecho a la identidad étnica y de género. *Cuadernos de Derecho Judicial*, (6), 195–216. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=607968>
- Kaplan Marcusan, A. (2003). Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas. *Cuadernos de Salud Y Derechos Sexuales Y Reproductivos*, 4, 23–30. Disponible en

- [http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific\\_publications/articulo\\_MGF-FPFE\\_OK.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%](http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/articulo_MGF-FPFE_OK.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%)
- Kaplan Marcusan, A., Torán Monserrat, P., Bedoya Muriel, M. H., Bermúdez Anderson, K., Moreno Navarro, J., & Bolívar Ribas, B. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. *Atención Primaria*, 38(2), 122–126. doi:10.1157/13090438
- Kaplan Marcusan, A., Torán Monserrat, P., Bermúdez Anderson, K., & Castany Fàbregas, M. J. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. *Grupo Interdisciplinar Para La Prevención Y El Estudio de Las Prácticas Tradicionales Perjudiciales*, 19(2006), 189–217. Disponible en [http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific\\_publications/9c.pdf?iframe=true&width=100%&](http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/9c.pdf?iframe=true&width=100%&)
- Kaplan-Marcusan, A. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. *Atención Primaria*, 38(2), 122–126. doi:10.1157/13090438
- Kaplan-Marcusan, A., & López Gay, A. (2013). *Mapa de la mutilación genital femenina en España 2012* (p. 130). Cerdanyola del Vallès: Universitat Autònoma de Barcelona. Disponible en [http://www.mgf.uab.es/esp/scientific\\_publications/MapaMGF2012.pdf](http://www.mgf.uab.es/esp/scientific_publications/MapaMGF2012.pdf)
- Kizilhan, J. I. (2011). Impact of psychological disorders after female genital mutilation among Kurdish girls in Northern Iraq. *The European Journal of Psychiatry*, 25(2), 92–100. doi:10.4321/S0213-61632011000200004
- La Barbera, M. (2010). Intervenciones sobre los genitales femeninos: Entre el bisturí del cirujano plástico y el cuchillo ritual. *Revista de Dialectología Y Tradiciones Populares*, 65(2), 465–488. doi:10.3989/rdtp.2010.16
- Lalonde, M. (1974). Guesta editorial: A more positive approach to health promotion. *The Canadian Nurse*, 70(1), 19–20. Disponible en <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/4809383>
- Lasswell, H. D., & Kaplan, A. (1970). *A preview of policy sciences*. Nueva York: Elsevier.
- Leavell, H. R., & Clark, E. G. (1958). Preventive Medicine for the Doctor in his Community. An Epidemiologic Approach. Disponible en <http://www.cabdirect.org/abstracts/19582702179.html;jsessionid=C31DD59B7AB57E8F1AA24C326BB91485>
- León Larios, F., & Casado-Mejía, R. (2012). Influencia del género en el conocimiento, percepción y abordaje de las prácticas tradicionales perjudiciales: Mutilación Genital Femenina. *Evidentia: Revista de Enfermería Basada En La Evidencia*. Fundación Index. Disponible en

- <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4627051&info=resumen&idoma=SPA>
- León XIII. (1891). Encíclica Rerum novarum. *Librería Editorial Vaticana*, 99–107. Disponible en [http://www.vatican.va/holy\\_father/leo\\_xiii/encyclicals/documents/hf\\_1-xiii\\_enc\\_15051891\\_rerum-novarum\\_sp.html](http://www.vatican.va/holy_father/leo_xiii/encyclicals/documents/hf_1-xiii_enc_15051891_rerum-novarum_sp.html)
- León-Larios, F., & Casado-Mejía, R. (2014). Conocimientos, actitudes y experiencias profesionales de las matronas de atención primaria de salud de Sevilla sobre mutilación genital femenina - Sumarios - FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España. *Matronas Profesión*, 15(2), 56–61. Disponible en <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/17166/173/conocimientos-actitudes-y-experiencias-profesionales-de-las-matronas-de-atencion-primaria-de-salud-de-sevilla-sobre-muti>
- Lettiere, A., Spanó Nakano, A. M., & Taysa Rodrigues, D. (2008). Violência contra a mulher: a visibilidade do problema para um grupo de profissionais de saúde. *Rev Esc Enferm USP*, 42(3), 467–473. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v42n3/v42n3a07>
- Lins, R. N. (2000). *A cama na varanda*. Rio de Janeiro: Rocco.
- Londoño Sulkin, C. D. (2010). THE FEMALE CIRCUMCISION, ANTHROPOLOGY AND LIBERALISM. *Revista Colombiana de Antropología*, 46(2), 531–545. Disponible en <http://www.redalyc.org/pdf/1050/105020003011.pdf>
- Magán Ortega, A. (2008). El cuerpo perfecto. Una reflexión sobre la modificación técnica del cuerpo, los miedos sexualizados y la microfísica del poder. Sevilla: Universidad Internacional de Andalucía. Disponible en <http://ayp.unia.es/dmdocuments/comr0817.pdf>
- Maglione, M. A. (1998). La Mutilación Genital Femenina. Buenos Aires. Disponible en <http://miguelmaglione.com.ar/home/wp-content/uploads/2013/05/MutilacionFemenina.pdf>
- Mann, J. M., & Tarantola, D. (1996). *AIDS in the World two*. Oxford: Oxford University Press.
- Mann, J. M., Tarantola, D., & Netter, T. W. (1992). *AIDS in the World*. Harvard University Press.
- Martín Espildora, N. (2005). Atención de menores inmigrantes en la consulta: entre la diferencia cultural y el delito. Un caso de ablación de clítoris. *Atención Primaria*, 36(7), 397–400. doi:10.1157/13080306
- Martín Zurro, A., & Jodar Solá, G. (2011). Atención primaria de salud y atención familiar comunitaria. In *Atención Primaria: Concepto, organización y práctica*

- clínica* (7th ed., pp. 3 – 16). Barcelona: Elsevier. Disponible en <http://www.fmed.uba.ar/depto/medfam/bibliografia/Martin-Zurro.pdf>
- MedicusMundi-Andalucía. (2008). Mutilación Genital Femenina, más que un problema de salud. Granada: Medicus Mundi Andalucía. Disponible en [http://www.medicusmundi.es/index.php/andalucia/publicaciones/guias/lucha\\_contra\\_la\\_mutilacion\\_genital\\_femenina\\_vol\\_i](http://www.medicusmundi.es/index.php/andalucia/publicaciones/guias/lucha_contra_la_mutilacion_genital_femenina_vol_i)
- MedicusMundi-Andalucía. (2009). *Mutilación genital femenina: abordaje y prevención*. (Grupo Editorial Universitario, Ed.) (p. 48). Granada: Medicus Mundi Andalucía. Disponible en [http://www.observatoriovioencia.org/upload\\_images/File/DOC1234434204\\_libro2.pdf](http://www.observatoriovioencia.org/upload_images/File/DOC1234434204_libro2.pdf)
- MedicusMundi-Andalucía. (2011). *Acercándonos a las distintas violencias contra las mujeres para su erradicación* (p. 96). Granada: Medicus Mundi. Disponible en [http://www.medicusmundi.es/index.php/andalucia/publicaciones/libros/acercandonos\\_a\\_las\\_distintas\\_violencias\\_contra\\_las\\_mujeres\\_para\\_su\\_erradicacion](http://www.medicusmundi.es/index.php/andalucia/publicaciones/libros/acercandonos_a_las_distintas_violencias_contra_las_mujeres_para_su_erradicacion)
- Mesquita Ayres, J., Franca, I., Calazans, G., & Saletti, H. (2006). El concepto de vulnerabilidad y las prácticas de salud: nuevas perspectivas y desafíos. *D. Czresnia D. & C. Machado De Freitas (Comps.), Promoción de La Salud. Conceptos, Reflexiones Y Tendencias*, 135–159.
- Miguel Juan, C. (2008). La mutilación genital femenina, derecho de asilo en España y otras formas de protección internacional. *Cuadernos Electrónicos de Filosofía Del Derecho*, (17), 7. Disponible en <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3032551>
- Minayo, M. C. de S. (1994). A Violência Social sob a Perspectiva da Saúde Pública. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(1), 7–18. Disponible en <http://www.scielo.br/pdf/csp/v10s1/v10sup11a02>
- Minayo, M.C. de S. A pesquisa cualitativa. En: Minayo, M. C. de S., Deslandes, S. F., Cruz Neto, O., & Gomes, R. (2002). *Pesquisa social: teoria, método e criatividade* (21st ed., p. 80). Petrópolis: Vozes. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=403586&indexSearch=ID>
- Minayo, M. C. de S., & Souza, E. R. de. (2003). Violência sob o olhar da saúde: a infrapolítica da contemporaneidade brasileira. Disponible en <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=350259&indexSearch=ID>
- Ministerio de Asuntos Sociales. (1989). Orden de 13 de enero de 1989 sobre centros de acogida a refugiados. *Boletín Oficial Del Estado*, 28, 3. Disponible en <http://www.boe.es/buscar/pdf/1989/BOE-A-1989-2449-consolidado.pdf>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Montero, I., Ruiz-Perez, I., Martín-Baena, D., Talavera, M., Escribà-Agüir, V., & Vives-Cases, C. (2011). Violence against women from different relationship contexts and health care utilization in Spain. *Women's Health Issues: Official Publication of the Jacobs Institute of Women's Health*, 21(5), 400–6. doi:10.1016/j.whi.2011.04.003
- Mora, L. M., & Pereyra, V. (1999). *Mujeres y solidaridad: estrategias de supervivencia en el Africa subsahariana* (Vol. 80). Los Libros de la Catarata.
- Moraleda, N. I. (2010). Nuevo mapa de la mutilación genital femenina en España. Consultado el 6 de junio de 2014. Disponible en <http://areapsicologica.blogspot.com.es/2010/04/nuevo-mapa-de-la-mutilacion-genital.html>
- Muraro, R. M. (2003). *Um mundo novo em gestação*. Campinas: Verus Editora.
- Muraro, R. M., & Boff, L. (2002). *Feminino e masculino: uma nova consciência para o encontro das diferenças*. Rio de Janeiro: Sextante.
- Murray, H. A. (1938). *Explorations in personality*. Oxford Univ. Press.
- OEA. (1969). Convención Americana sobre derechos humanos (Pacto de San José). In *Conferencia especializada interamericana sobre derechos humanos (B-32)* (p. 24). San José (Costa Rica): Organización de los Estados Americanos. Disponible en [http://www.oas.org/dil/esp/tratados\\_B-32\\_Convencion\\_Americana\\_sobre\\_Derechos\\_Humanos.pdf](http://www.oas.org/dil/esp/tratados_B-32_Convencion_Americana_sobre_Derechos_Humanos.pdf)
- OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, ... WHO. (2008). *Eliminating Female Genital Mutilation. An Interagency statement* (p. 48). WHO Document Production Services. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442\\_eng.pdf?ua=1](http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf?ua=1)
- Oliveira, É. C. S., & Martins, S. T. F. (2007). Violência, sociedade e escola: da recusa do diálogo à falência da palavra. *Psicologia & Sociedade*, 19(1), 90–98. doi:10.1590/S0102-71822007000100013
- OMS. (1986). The Ottawa Charter for Health Promotion. In *First International Conference on Health Promotion*. Ottawa (Canadá): World Health Organization. Disponible en <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
- OMS. (1988). Adelaide Recommendations on Healthy Public Policy. In *Second International Conference on Health Promotion*. Adelaide (Australia): World Health Organization. Disponible en <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/adelaide/en/>
- OMS. (1991). Sundsvall Statement on Supportive Environments for Health. In *Third International Conference on Health Promotion*. Sundsvall (Suecia): World Health Organization. Disponible en <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/sundsvall/en/>

- OMS. (1996). *Violence: A Public Health Priority: WHO Global Consultation on Violence and Health*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud.
- OMS. (1997). Fourth International Conference on Health Promotion. In *Fourth International Conference on Health Promotion*. Jakarta (Indonesia): World Health Organization. Disponible en <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/jakarta/en/>
- OMS. (2000). Promoción de la Salud: hacia una mayor equidad. In *Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud* (p. 50). Ciudad de México: World Health Organization. Disponible en [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr\\_mexico\\_report\\_sp.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf?ua=1)
- OMS. (2003). *Informe mundial sobre la violencia y la salud*. (Organización Mundial de la Salud, Ed.) (p. 381). Washington: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884\\_spa.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2003/9275315884_spa.pdf)
- OMS. (2005). Carta de Bangkok para la promoción de la salud en un mundo globalizado. In *Sexta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud* (p. 6). Bangkok (Tailandia): World Health Organization. Disponible en [http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/BCHP_es.pdf?ua=1)
- OMS. (2008). Mutilación Genital Femenina. Informe de la Secretaría. In *61 Asamblea Mundial de la Salud* (p. 3). Ginebra: Organización Mundial de la Salud. Disponible en [http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/A61/A61\\_11-sp.pdf](http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/A61/A61_11-sp.pdf)
- OMS. (2009). Promoting Health and Development. Closing the implementation Gap. In *Seventh International Conference on Health Promotion* (p. 21). Nairobi (Kenia): World Health Organization. Disponible en <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/Programme.pdf?ua=1>
- OMS. (2012). Nota descriptiva N° 241: Mutilación genital femenina. Consultado el 1 de mayo de 2014. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>
- OMS, & UNICEF. (1978). *Declaration of Alma-Ata*. Kazajistán: Organización Mundial de la Salud.
- ONU. (1946). *Constitución de la Organización Internacional de Refugiados y acuerdo sobre medidas provisionales a tomar respecto de los refugiados y las personas desalojadas* (pp. 78–91). Nueva York. Disponible en [http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/62\(I\)](http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/62(I))
- ONU. (1948). Declaración Universal de Derechos Humanos. In *Resolución 217 A (III)* (p. 9). Disponible en <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
- ONU. (1951). *Convención sobre el Estatuto de los Refugiados* (p. 17). Nueva York. Disponible en <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/0005>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ONU. (1966). International Covenant on Civil and Political Rights. In *Resolución 2200 A (XXI)*. Nueva York: United Nations Humans Rights. Disponible en <http://www2.ohchr.org/spanish/law/ccpr.htm>
- ONU. (1967). *Protocolo sobre el Estatuto de los Refugiados (1967)* (p. 4). Nueva York. Disponible en <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/0003>
- ONU. (1975). Report of the World Conference of the International Women's Year. In *World Conference of the International Women's Year* (p. 203). Mexico: Organización Naciones Unidas. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/otherconferences/Mexico/Mexico conference report optimized.pdf>
- ONU. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. In *Declaración de Belém do Pará/Brasil*. Belém do Pará: Organización Naciones Unidas. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
- ONU. (1980). *Report of the World Conference of the united Nations Decade for women: Equality, Development and Peace* (p. 248). Copenhagen. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/otherconferences/Copenhagen/Copenhagen Full Optimized.pdf>
- ONU. (1984). Convention against Torture and Other Cruel, Inhuman or Degrading Treatment or Punishment. In *Resolution 39/46* (p. 13). Nueva York: Organización Naciones Unidas. Disponible en <http://www.ohchr.org/EN/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>
- ONU. (1985). *Report of The World Conference to review and appraise the achievements of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace* (p. 309). Nairobi. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/otherconferences/Nairobi/Nairobi Full Optimized.pdf>
- ONU. (1989). Convention on the Rights of the Child. In *Resolution 44/25* (p. 15). Nueva York: Organización Naciones Unidas. Disponible en <http://www.ohchr.org/documents/professionalinterest/crc.pdf>
- ONU. (1992a). *Declaración de Rio sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo. Organizacion Naciones Unidas*. Rio de Janeiro: Organización Naciones Unidas. Disponible en <http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/agenda21/riodeclaration.htm>
- ONU. (1992b). Observación General No. 20, Comentarios generales adoptados por el Comité de los Derechos Humanos, Artículo 7 - Prohibición de la tortura u otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes, 44º período de sesiones, U.N. Doc. HRI/GEN/1/Rev.7 at 173 (1. Consultado el 10 de febrero de 2014. Disponible en <http://www1.umn.edu/humanrts/hrcommittee/Sgencom20.html>

- ONU. (1993a). Conferencia Mundial de Derechos Humanos. In *GE.93-14236 (S)* (p. 32). Viena: Organización Naciones Unidas. Disponible en <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G93/142/36/PDF/G9314236.pdf?OpenElement>
- ONU. (1993b). Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer. In *A/RES/48/104* (p. 7). Nueva York: Naciones Unidas. Disponible en <http://www.un.org/es/comun/docs/?symbol=A/RES/48/104>
- ONU. (1994). Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. In *CIPD 94*. El Cairo: Organización Naciones Unidas. Disponible en [http://www.un.org/popin/icpd/newslett/94\\_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html](http://www.un.org/popin/icpd/newslett/94_19/icpd9419.sp/1lead.stx.html)
- ONU. (1995a). Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. In *La Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. A/CONF.177/20* (p. 143). Beijing: Organización Naciones Unidas. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA S.pdf>
- ONU. (1995b). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer. Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer* (p. 238). Beijing: Organización Naciones Unidas. Disponible en [http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing\\_full\\_report S.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing_full_report S.pdf)
- ONU. (1995c). Informe de la Cumbre mundial sobre desarrollo social. In *A/CONF.166/9* (p. 145). Copenhague: Organización Naciones Unidas. Disponible en <http://www.un.org/documents/ga/conf166/aconf166-9sp.htm>
- ONU. (1996). Committee on the Elimination of Racial Discrimination, General Recommendation XXI on self-determination. In *General Recommendation 21*. Disponible en <http://www1.umn.edu/humanrts/gencomm/genrexxi.htm>
- ONU. (2000). Observación General No. 28 -La igualdad de derechos entre hombres y mujeres (art. 3). En: Instrumentos Internacionales de Derechos Humanos. Disponible en <http://docstore.ohchr.org/SelfServices/FilesHandler.ashx?enc=FhOD6sgqgzAhFXD9F/eKaEJI2/xgoMstRAco6nVCah+suEZWG0anjLBrhZ08UuAa/Rfc9fMnCMfx6qtzevJAhDQuv4MpxEZ+bSmdNERJ8iAMAYsGImoBI7s8H4LCUWdv>
- ONU. (2003). The Human Rights Based Approach to Development Cooperation Towards a Common Understanding Among UN Agencies. Stamford: Stamford Interagency Workshop on a Human Rights-Based approach in the Context of UN Reform. Disponible en [http://www.hrea.org/erc/Library/display\\_doc.php?url=http://www.undg.org/archives\\_docs/6959-The\\_Human\\_Rights\\_Based\\_Approach\\_to\\_Development\\_Cooperation\\_Towards\\_a\\_Common\\_Understanding\\_among\\_UN.pdf&external=N](http://www.hrea.org/erc/Library/display_doc.php?url=http://www.undg.org/archives_docs/6959-The_Human_Rights_Based_Approach_to_Development_Cooperation_Towards_a_Common_Understanding_among_UN.pdf&external=N)
- ONU. (2007). Ending female genital mutilation. In *The Commission on the Status of Women* (p. 7). Organización Naciones Unidas. Disponible en [http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/AC\\_resolutions/Final\\_L2\\_ending\\_female\\_genital\\_mutilation - advance\\_unedited.pdf](http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/AC_resolutions/Final_L2_ending_female_genital_mutilation - advance_unedited.pdf)

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ONU Mujeres. (2014). Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas | ONU Mujeres – Sede. Consultado el 2 de octubre de 2014. Disponible en <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violence-against-women/facts-and-figures>
- OPS. (2002). *Informe mundial sobre la violencia y la salud. Resumen* (p. 62). Washington DC: Organización Panamericana de la Salud. Disponible en [http://www.who.int/violence\\_injury\\_prevention/violence/world\\_report/es/summary\\_es.pdf](http://www.who.int/violence_injury_prevention/violence/world_report/es/summary_es.pdf)
- Organización de la Unidad Africana. (1981). Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul). In *XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana* (p. 11). Nairobi: Organización de la Unidad Africana. Disponible en <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/1297>
- Organización de la Unidad Africana. (1990). Carta Africana sobre los Derechos y el Bienestar del Niño. Organización de la Unidad Africana. Disponible en <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/8025.pdf?view=1>
- Organización de la Unidad Africana. (1997). *Addis Ababa Declaration on Violence Against Women*. Addis Ababa.
- Organización de la Unidad Africana. (1998). *Protocolo de la Carta Africana para el Establecimiento del Tribunal Africano de los Derechos Humanos y de los Pueblos*.
- Ortiz Gómez, T. (2002). *El papel del género en la construcción histórica del conocimiento científico sobre la mujer*. Disponible en [http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/15380/1/Genero\\_y\\_androcentrismo.pdf](http://digibug.ugr.es/bitstream/10481/15380/1/Genero_y_androcentrismo.pdf)
- Orubuloye, I. O., Caldwell, P., & Caldwell, J. C. (2000). *Female Circumcision Among the Yoruba of Southern Nigeria: The beginning of change in Shell-Duncan, B y Hernlund, Y. Female Circumcision in Africa*. (B. Shell-Duncan & Y. Hernlund, Eds.). Londres: Lynne Rienner Publishers.
- Osifo, D. O., & Evbuomwan, I. (2009). Female genital mutilation among Edo people: the complications and pattern of presentation at a pediatric surgery unit, Benin City. *African Journal of Reproductive Health*, 13, 17–25. Disponible en <Go to ISI>://MEDLINE:20687262
- Palhares, D., & dos Santos, I. L. (2012). Pre-employment medical testing in Brazil: ethical challenges. *Indian Journal of Medical Ethics*, 9(4), 266–268. Disponible en <http://www.issuesinmedicaethics.org/index.php/ijme/article/view/155>
- Palhares, D., & Squinca, F. (2013). Os desafios éticos da mutilação genital feminina e da circuncisão masculina. *Revista Bioética*, 21(3), 432–437. doi:10.1590/S1983-80422013000300007

- Parlamento Europeo. (2009). Resolution of 24 March 2009 on combating female genital mutilation in the EU. In *P6\_TA(2009)0161* (p. 9). Parlamento Europeo. Disponible en <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P6-TA-2009-0161+0+DOC+PDF+V0//EN>
- Parlamento Europeo, & Consejo Europeo. (2010). Directiva 2010/41/UE del Parlamento y del Consejo de 7 de julio de 2010 sobre la aplicación del principio de igualdad de trato entre hombres y mujeres que ejercen una actividad autónoma, y por la que se deroga la Directiva 86/613/CEE del Consejo. Consultado el 10 de febrero de 2014 <http://www.boe.es/doue/2010/180/L00001-00006.pdf>
- Pastor Bravo, M. del M., Almansa Martínez, P., Ballesteros Meseguer, C., & Pastor Rodríguez, J. D. (2012). Contextualización de la mutilación genital femenina desde enfermería: Análisis videográfico. *Enfermería Global*, *11*(25), 426–439. doi:10.4321/S1695-61412012000100024
- Pastor Bravo, M. del M., Jiménez Ruiz, I., & Almansa Martínez, P. (2013). Vivencias de un grupo de mujeres de Yibuti con la Mutilación Genital Femenina. *Enferm Común*, *9*(2). Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/v9n2/ec9204r.php>
- Pastor Bravo, M. del M., Jimenez Ruiz, I., Almansa Martínez, P., Moya Nicolas, M., & Pastor Rodríguez, J. D. (2013). Virginidad: esa fina membrana llamada honor. *Referência. Revista de Enfermagem*.
- R. A. Ragab, A. (2008). Some Ethical Considerations Regarding Medicalization of Female Genital Mutilation/cutting (Female Circumcision). *Revista Latinoamericana de Bioética*, *8*(1), 10–13. Disponible en [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-47022008000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-47022008000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
- Rahman, A., & Toubia, N. (2000). *Female genital mutilation: A practical guide to worldwide laws & policies* (p. Pág 10). Londres: Zed Books.
- Ramírez Crespo, M. V., Carmona Rubio, A. B., de la Cruz Martín-Romo, C., Pardos Martínez, L. C., Losada Castro, C., Moreno Sánchez, M., ... Ceesay, B. S. (2011). La MGF en España. Prevención e intervención. Madrid: UNAF. Disponible en [http://www.observatorioviolencia.org/upload\\_images/File/DOC1331726409\\_12\\_guia\\_mgf.pdf](http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1331726409_12_guia_mgf.pdf)
- Raya Ortega, L., Ruiz Pérez, I., Plazaola Castaño, J., Brun López-Abisab, S., Rueda Lozano, D., García de Vinuesa, L., ... Carmona Molina, M. P. (2004). La violencia contra la mujer en la pareja como factor asociado a una mala salud física y psíquica. *Atención Primaria*, *34*(3), 117–124. doi:10.1016/S0212-6567(04)79480-9
- Reich, W. T. (1978). Encyclopedia of bioethics. In 4 vols. *Free Press-McMillan Publishing Co. Inc.*, *19*, 1800. Disponible en <http://www.popline.org/node/453251>

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Reig Alcaraz, M., Siles González, J., & Solano Ruiz, C. (2014). Attitudes towards female genital mutilation: an integrative review. *International Nursing Review*, 61(1), 25–34. doi:10.1111/inr.12070
- Republic of Benin. Law No. 2003-03 On the suppression of genital mutilation women in Benin Republic (2003). Benin. Disponible en [http://www.africanchildforum.org/clr/Legislation/Country/benin/benin\\_fgm\\_2003\\_en.pdf](http://www.africanchildforum.org/clr/Legislation/Country/benin/benin_fgm_2003_en.pdf)
- Rials, S. (1988). *La declaración des droits de l’homme et du citoyen*. Hachette.
- Ribeiro, M. das G. M., & Santos, R. da S. (2000). O método “história de vida” e seu uso em pesquisa de enfermagem com gestante HIV positivo. *Escola Anna Nery Revista de Enfermagem*, 4(1/3), 47–54. Disponible en [http://www.eean.ufrj.br/revista\\_enf/2000\\_vol04/2000\\_vol04n01ABRIL.pdf](http://www.eean.ufrj.br/revista_enf/2000_vol04/2000_vol04n01ABRIL.pdf)
- Richardson, R.J.; Peres, J.A.S.; Wanderley, J.C.V.; Correia, L.M.; Peres, M.H.M. Métodos quantitativos e qualitativos. En: Richardson, R. J., Peres, J. A. S., Wanderley, J. C. V, Correia, L. M., & Peres, M. H. M. (1999). *Pesquisa social: métodos e técnicas* (3rd ed., p. 334). São Paulo: Editora Atlas.
- Roa, A. (1998). *Ética y bioética*. Santiago de Chile: Editorial Andrés Bello.
- Román Ibáñez, B. (1997). ¿Que género de desarrollo? Análisis y conceptos de la mutilacion genital femenina. Consultado el 26 de enero de 2014. Disponible en [http://www.anthroponet.org/files/Roman\\_Ibanez, Brunhilde - Analisis y conceptos de la mutilacion genital femenina.pdf](http://www.anthroponet.org/files/Roman_Ibanez_Brunhilde_-_Analisis_y_conceptos_de_la_mutilacion_genital_femenina.pdf)
- Rouzi, A. A. (2013). Facts and controversies on female genital mutilation and Islam. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care: The Official Journal of the European Society of Contraception*, 18(1), 10–4. doi:10.3109/13625187.2012.749982
- Rouzi, A. A., Sindi, O., Radhan, B., & Ba’aqeel, H. (2001). Epidermal clitoral inclusion cyst after type I female genital mutilation. *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 185(3), 569–71. doi:10.1067/mob.2001.117660
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo. *Nueva Antropología*, 8(30), 95–145. Disponible en [http://www.pueg.unam.mx/images/seminarios2015\\_1/identidad/u\\_1/rub\\_gay.pdf](http://www.pueg.unam.mx/images/seminarios2015_1/identidad/u_1/rub_gay.pdf)
- Sakeah, E., Beke, A., Doctor, H. V., & Hodgson, A. V. (2006). Males’ preference for circumcised women in northern Ghana. *African Journal of Reproductive Health*, 10, 37–47. Disponible en <Go to ISI>://MEDLINE:17217116
- Sánchez López, O. (2001). La mirada médica y la mujer indígena en el siglo XIX. *Ciencias*, (060), 44–49. Disponible en <http://revistas.unam.mx/index.php/cns/article/viewFile/11748/11071>

- Santos, C. (2003). *A história de vida de gestantes de alto risco na perspectiva da teoria transcultural de enfermagem de Madeleine Leininger*. Tese: Apresentada a Universidade Federal do Rio de Janeiro. Escola de Enfermagem Anna Nery para obtenção do grau de Doutor. s.n. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=ADOLEC&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=506014&indexSearch=ID>
- Santos, I. M. M. dos, & Santos, R. da S. (2008). A etapa de análise no método história de vida: uma experiência de pesquisadores de enfermagem. *Texto & Contexto Enferm*, 17(4), 714–719. Disponível em [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0104-07072008000400012](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-07072008000400012)
- Santos, R. da S., & Glat, R. (1999). *Ser mãe de uma criança especial: do sonho à realidade* (p. 279). Rio de Janeiro: Editora Anna Nery / UFRJ. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=1767&indexSearch=ID>
- Sarbin, T. R. (1986). *Narrative psychology: The storied nature of human conduct*. Praeger Publishers/Greenwood Publishing Group.
- Scott, J. W. (1986). Gender: A Useful Category of Historical Analysis. *The American Historical Review*, 91(5), 1053–1075. Disponível em <http://www.jstor.org/discover/10.2307/1864376?uid=3737952&uid=2&uid=4&sid=21104670828413>
- Serour, G. I. (2010). The issue of reinfibulation. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 109(2), 93–6. doi:10.1016/j.ijgo.2010.01.001
- Sheehan, E. (1981). Victorian Clitoridectomy: Isaac Baker Brown and His Harmless Operative Procedure. *Medical Anthropology Newsletter*, 12(4), 9–15.
- Sícoli, S. L., & Nascimento, P. R. do. (2003). Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. *Interface - Comunic, Saúde, Educ*, 7(12), 91–112. Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/icse/v7n12/v7n12a07.pdf>
- Sipsma, H. L., Chen, P. G., Ofori-Atta, A., Ilozumba, U. O., Karfo, K., & Bradley, E. H. (2012). Female genital cutting: current practices and beliefs in western Africa. *Bulletin of the World Health Organization*, 90(2), 120–127F. doi:10.2471/BLT.11.090886
- Spindola, T. (2002). *Trabalho feminino: muitos papéis uma só mulher! ambivalências do cotidiano#*. Tese: Apresentada a Escola de Enfermagem Anna Nery para obtenção do grau de Doutor. s.n. Disponível em <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=BDENF&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=10508&indexSearch=ID>

- Su Majestad Rey de Bélgica, El Presidente de la República Federal de Alemania, El Presidente de la República Francesa, El Presidente de la República Italiana, Su Alteza Real la Gran Duquesa de Luxemburgo, & Su Majestad la Reina de los Países Bajos. (1957). *Traité instituant la Communauté Économique Européenne*. Consultado el 22 de abril de 2014. Disponible en <http://eur-lex.europa.eu/legal-content/FR/TXT/PDF/?uri=CELEX:11957E/TXT&from=ES>
- Teufel, K., & Dörfler, D. M. (2013). Female genital circumcision/mutilation: implications for female urogynaecological health. *International Urogynecology Journal*, 24(12), 2021–7. doi:10.1007/s00192-013-2160-5
- Turner, V. (2005). *La selva de los símbolos* (p. 113). Madrid: Siglo XXI.
- UNECA. (2004). Seventh African Regional Conference on Women (Beijing + 10) Decade Review of the Implementation of the Dakar and Beijing Platforms for Action: Outcome and the Way Forward. Addis Ababa: Organización Naciones Unidas. Disponible en <http://www.un.org/womenwatch/daw/Review/english/documents/ECAOutcomeDocument-English.pdf>
- UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, FIGO, ... WMA. (2010). *Global strategy to stop health-care providers from performing the female genital mutilation* (p. 27). Geneva: WHO Document Production Services. Disponible en [https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2011/Global\\_strategy\\_for\\_health\\_providers.pdf](https://www.unfpa.org/webdav/site/global/shared/documents/publications/2011/Global_strategy_for_health_providers.pdf)
- UNFPA, & UNICEF. (2014). *UNFPA-UNICEF joint programme: on female genital mutilation/cutting: accelerating change. Summary report of phase I 2008-2013* (p. 52). Disponible en [http://www.unfpa.org/files/live/sites/unfpa/files/Documents/FGM/2014/Legislation and FGMC\\_FR.pdf](http://www.unfpa.org/files/live/sites/unfpa/files/Documents/FGM/2014/Legislation_and_FGMC_FR.pdf)
- UNICEF. (n.d.). Protección infantil contra el abuso y la violencia. Consultado el 16 de septiembre de 2014. Disponible en [http://www.unicef.org/spanish/protection/index\\_genitalmutilation.html](http://www.unicef.org/spanish/protection/index_genitalmutilation.html)
- UNICEF. (2011). Más de 6.000 comunidades en África abandonan la práctica de la mutilación genital femenina. Consultado el 22 de abril de 2014. Disponible en <http://www.unicef.es/sala-prensa/mas-de-6000-comunidades-en-africa-abandonan-la-practica-de-la-mutilacion-genital-femenin>
- UNICEF. (2013a). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change* (p. 194). Nueva York: Unicef. Disponible en [http://www.unicef.org/media/files/FGCM\\_Lo\\_res.pdf](http://www.unicef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf)
- UNICEF. (2013b). Mutilación/ablación genital femenina: Resumen estadístico y exploración de la dinámica del cambio. Nueva York: Unicef. Disponible en [http://www.unicef.org/spanish/media/files/FGM\\_Report\\_Summary\\_Spanish\\_\\_17July2013.pdf](http://www.unicef.org/spanish/media/files/FGM_Report_Summary_Spanish__17July2013.pdf)

- Utz-Billing, I., & Kentenich, H. (2008). Female genital mutilation: an injury, physical and mental harm. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynaecology*, 29, 225–229. doi:10.1080/01674820802547087
- Valdez-Santiago, R., & Ruiz-Rodríguez, M. (2009). Violencia doméstica contra las mujeres: ¿cuándo y cómo surge como problema de salud pública? *Salud Pública de México*, 51(6), 505–511. Disponible en [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342009000600009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342009000600009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Van Gennep, A. (1986). *Los ritos de paso*. Madrid: Taurus.
- Van Rossem, R., & Gage, A. J. (2009). The effects of female genital mutilation on the onset of sexual activity and marriage in Guinea. *Archives of Sexual Behavior*, 38(2), 178–85. doi:10.1007/s10508-007-9237-5
- Vanegas Estrada, R. O., Fatou, A., & Valdez Álvarez, O. (2009). Mutilación sexual femenina, características de esta práctica: Features of this practice. *Revista Cubana de Obstetricia Y Ginecología*, 35(3), 9. Disponible en [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-600X2009000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
- Vázquez Moya, C., & Almansa Martínez, P. (2012). Mutilación genital femenina: Conocimientos y actitudes de los profesionales de enfermería en la Región de Murcia. *Ética de Los Cuidados*, 5(9). Disponible en <http://www.index-f.com/eticuidado/n9/et7628r.php>
- Vives-Cases, C., Ruiz-Cantero, M. T., Escribà-Agüir, V., & Miralles, J. J. (2011). The effect of intimate partner violence and other forms of violence against women on health. *Journal of Public Health (Oxford, England)*, 33(1), 15–21. doi:10.1093/pubmed/fdq101
- Vloeberghs, E., van der Kwaak, A., Knipscheer, J., & van den Muijsenbergh, M. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethnicity & Health*, 17, 677–695. doi:10.1080/13557858.2013.771148
- Wassuna, A. (2000). Towards redirecting the female circumcision debate: Legal, ethical and cultural considerations. *McGill Journal of Medicine*, 5(2), 104–110.
- Whitehead, A. (1979). Some Preliminary Notes on the Subordination of Women. *The IDS Bulletin*, 10(3), 10–13. doi:10.1111/j.1759-5436.1979.mp10003003.x
- WHO. (1946). Official records of the World Health Organization. No.2. In *International Health Conference* (p. 144). Nueva York. Disponible en [http://whqlibdoc.who.int/hist/official\\_records/2e.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/2e.pdf)
- WHO. (2008). *Platform for action. Towards the abandonment of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C). A matter of gender equality. The Donors Working Group On Female Genital Mutilation/Cutting* (p. 6). Disponible en

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

[http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/platform\\_action\\_fgm\\_en.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/platform_action_fgm_en.pdf)

WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet*, 367(9525), 1835–1841. Disponible en <http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/fgm-obstetric-study-en.pdf>

Witcombe, C. (2003). *Venus of Willendorf - Woman from Willendorf*. Christopher LCE Witcombe, Department of Art History, Sweet Briar College, Virginia, USA. Christopher L.C.E. Witcombe. Disponible en <http://arthistoryresources.net/willendorf/>

Y M Kasim, I F Abdul, O. R. B. (2002). Female genital mutilation and reproductive outcome. *Nigerian Journal of Medicine : Journal of the National Association of Resident Doctors of Nigeria*, 11, 105–107. Disponible en <Go to ISI>://MEDLINE:12221950

Yirga, W. S., Kassa, N. A., Gebremichael, M. W., & Aro, A. R. (2012). Female genital mutilation: prevalence, perceptions and effect on women's health in Kersa district of Ethiopia. *International Journal of Women's Health*, 4, 45–54. doi:10.2147/IJWH.S28805

**ANEXOS**



**ANEXO I. INFORME DE LA COMISIÓN DE BIOÉTICA**

UNIVERSIDAD DE MURCIA  
Vicerrectorado de Investigación e  
Internacionalización



COMISIÓN DE BIOÉTICA

Jaime Peris Riera, Catedrático de Universidad y Secretario de la Comisión de Bioética de la Universidad de Murcia

**CERTIFICA:**

Que Dña. María del Mar Pastor Bravo ha presentado el proyecto de tesis titulado *"La voz de un grupo de mujeres sometidas a mutilación genital. Aproximación enfermera"* a la Comisión de Bioética de la Universidad de Murcia.

Que dicha Comisión analizó toda la documentación presentada, y de conformidad con lo acordado el día 3 de julio de 2012, por unanimidad se emite informe favorable desde el punto de vista bioético.

Y para que conste y tenga los efectos que correspondan, firmo esta certificación, con el visto bueno del Presidente de la Comisión, en Murcia 3 de julio de 2012.

Vº Bº  
EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN  
DE BIOÉTICA DE LA UNIVERSIDAD DE  
MURCIA

Fdo.: Gaspar Ros Berruezo

## ANEXO II. CARTA DE PRESENTACIÓN DEL ESTUDIO

**Alumna/Investigadora responsable:** María del Mar Pastor Bravo, Graduada en enfermería con Master en Salud, Mujer y Cuidados y alumna de Doctorado en Investigación en Cuidados de Enfermería.

**Tutora del trabajo de doctorado:** Pilar Almansa Martínez, Profesora de la Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia.

Con el siguiente estudio se pretenden identificar los conocimientos, actitudes y experiencias de mujeres mutiladas genitalmente que viven en la Región de Murcia, así como de mujeres originarias de países en que la MGF se realiza de forma habitual.

Para ello necesito de su colaboración, mediante una entrevista de aproximadamente una hora de duración. La entrevista se realizará en el lugar y a la hora que le resulte conveniente.

La conversación que mantengamos será grabada en audio para su posterior transcripción. Le garantizamos que toda información que facilite será tratada de forma confidencial, es decir, la conversación sólo podrá ser consultada por las personas implicadas en el estudio. Además la información será totalmente anónima, no teniendo que facilitar ningún dato personal, como nombre, dirección o teléfono.

Su colaboración en este estudio es totalmente voluntaria. No tiene ninguna obligación de participar en él y está en su derecho de retirarse en cualquier momento del estudio, sin justificación ni ningún tipo de perjuicio hacia usted.

Por último agradecerle su atención y darle las gracias por adelantado ya que sus experiencias nos serán de gran ayuda para llevar a cabo nuestro estudio.

Un cordial saludo,

María del Mar Pastor Bravo.

**ANEXO III. DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Dña. \_\_\_\_\_, de  
\_\_\_\_\_ años  
de edad, manifiesta que ha sido informada sobre el objetivo del estudio así como  
de que todos los datos aportados por mí serán tratados con anonimato y  
confidencialidad.

He sido también informada de que mis datos personales serán protegidos e  
incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la  
ley 15/1999 de 13 de Diciembre de protección de datos.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi  
CONSENTIMIENTO para la manipulación de los datos aportados por mí a través  
del protocolo del estudio.

Murcia, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

Fdo. Dña.

**ANEXO IV: CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO.**

Fecha

1. Código de identificación
2. Lugar de la entrevista
3. Edad
4. País de origen
5. Etnia
6. Estado civil
7. En el caso de estar casada. ¿A qué edad se casó?
8. Religión
9. Nivel de estudios
10. Profesión
11. Trabajo actual
12. N° de hijos. Sexo de los hijos. Edades
13. ¿Cuántos años lleva en España?

## ANEXO V: CUESTIONARIO SOCIODEMOGRÁFICO.

Esta encuesta es completamente confidencial, no se le pide su nombre ni otra información que le identifique. El único propósito de esta encuesta es analizar los datos en su conjunto para investigación del tema en cuestión. Se trata de una investigación de enfermería realizada para conocer los conocimientos de los distintos profesionales con la MGF, así como el contacto que se haya podido producir entre profesionales y mujeres mutiladas genitualmente.

### Perfil de la/del encuestada/o

Fecha

Código

/ /  
día mes año

Edad

Sexo

Hombre  Mujer

Años de experiencia

- <1  
 1 – 10  
 10 – 20  
 20 – 30  
 >30

Profesional de

- Enfermería  Psicología  
 Obstetricia  Pediatría  
 Trabajo Social  Ginecología  
 Educación Social  Magisterio  
 Terapeuta ocupacional  Otros.  
Especificar:

### Cuestionario

- 1 ¿Conoce la Mutilación Genital Femenina (MGF)?  Sí  
 No  
 No sabe / No contesta
- 2 Si ha respondido Sí a la pregunta anterior. ¿Sabe cuántos tipos hay?
- Resección parcial o total del clítoris y/o prepucio
- Resección parcial o total del clítoris y los labios menores
- Corte y recolocación de los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris
- Todas las anteriores
- 3 ¿Realizando una valoración podría identificar la MGF?  Sí  
 No  
 No sabe / No contesta

- |    |  |   |
|----|--|---|
| 4  | ¿Cuáles piensa que son los motivos por los que se realiza?   | <input type="checkbox"/> Religiosos<br><input type="checkbox"/> Culturales<br><input type="checkbox"/> Estéticos<br><input type="checkbox"/> No sabe / No contesta              |
| 5  | ¿Cree que la práctica de la MGF debe respetarse como una opción por razones geográficas, culturales, religiosas u otras? | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / No contesta  |
| 6  | Si la MGF se hiciese con un control sanitario ¿Participaría como profesional?  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / No contesta  |
| 7  | ¿Ha detectado algún caso en el ejercicio de su profesión?  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / No contesta  |
| 8  | ¿Conoce algún protocolo o guía de actuación?   | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / No contesta  |
| 9  | ¿Hay legislación respecto a la MGF en nuestro país?  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No<br><input type="checkbox"/> No sabe / No contesta  |
| 10 | ¿Qué problemas de salud se asocian con la MGF?   | <input type="checkbox"/> Físicos<br><input type="checkbox"/> Psíquicos<br><input type="checkbox"/> Sexuales / Reproductivos<br><input type="checkbox"/> Sociales                |
| 11 | ¿Cuál piensa que es la actuación recomendada ante una mujer con MGF?   | <input type="checkbox"/> Educación<br><input type="checkbox"/> Reportar a las autoridades<br><input type="checkbox"/> Ignorar<br><input type="checkbox"/> No sabe / No contesta |
| 12 | ¿Está interesada/o en recibir información sobre la MGF?  | <input type="checkbox"/> Sí<br><input type="checkbox"/> No  |



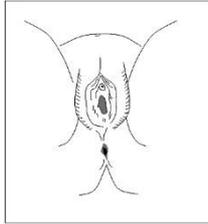
## ANEXO VI. CUESTIONARIO A MUJERES SOBRE MGF

- Edad:
- País de origen:
- Etnia:
- Estudios:
- Edad de las hijas:
- Edad de los Hijos:

		SI	NO
¿Te han practicado la mutilación genital? ¿A qué edad?	años		
¿Estás a favor de la mutilación genital femenina?			
¿Piensas que la mutilación genital femenina es buena para la mujer?			
¿Vas a visitar a tu familia en tu país pronto?			
¿Le practicarías la mutilación genital femenina a tus hijas?			
¿Si tu marido o la madre de tu marido quisieran practicarles la mutilación genital femenina qué harías?			

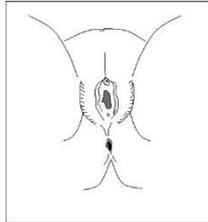
- ¿Cuántos tipos de Mutilación genital femenina existen?

(Tacha con una X todas las respuestas correctas)



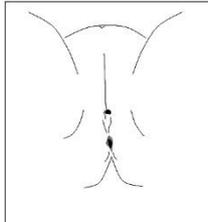
TIPO 1

Elimina el prepucio del clítoris y/o el clítoris.



TIPO 2

Elimina el clítoris y los labios menores.



TIPO 3

Eliminan los labios menores, los mayores y suturan ambos lados de la vulva, dejando un pequeño orificio para la orina y la menstruación.

TIPO 4

Cualquier otra práctica que dañe los genitales femeninos con motivos no médicos.

- Motivos por los que se practica:

(Marca con una X las respuestas correctas)

Es más limpio (Higiene)

Protege la virginidad

Tradicición

El clítoris puede crecer demasiado

Presión social

Previene los problemas de salud de sus bebés

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> La religión obliga                      | <input type="checkbox"/> Para ser más mujer  |
| <input type="checkbox"/> Para poder casarte                      | <input type="checkbox"/> Previene la transmisión de enfermedades a los hombres.    |
| <input type="checkbox"/> Paso de niña a mujer                    | <input type="checkbox"/> Aumenta el placer del hombre en las relaciones sexuales.  |
| <input type="checkbox"/> Para quitar el deseo sexual de la mujer | <input type="checkbox"/> Durante el parto el bebé puede morir si toca el clítoris. |

Consecuencias para la salud al practicar la mutilación genital femenina:

(Pon una X en las respuestas correctas)

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1.Infección                                    | <input type="checkbox"/> 9.Dolor   |
| <input type="checkbox"/> 2.Hemorragia (pierde mucha sangre)             | <input type="checkbox"/> 10.VIH Sida   |
| <input type="checkbox"/> 3.Buena salud                                  | <input type="checkbox"/> 11.Problemas en el parto                              |
| <input type="checkbox"/> 4.Muerte                                       | <input type="checkbox"/> 12.Anorgasmia (no sientes en las relaciones sexuales) |
| <input type="checkbox"/> 5.Protege al bebe                              | <input type="checkbox"/> 13.Aumenta la fertilidad (para tener más hijos)       |
| <input type="checkbox"/> 6. Da placer a la mujer en la relación sexual. | <input type="checkbox"/> 14.Tristeza   |
| <input type="checkbox"/> 7.Tétanos                                      | <input type="checkbox"/> 15.Hepatitis  |
| <input type="checkbox"/> 8.Previene enfermedades de transmisión sexual  | <input type="checkbox"/> 16.Esterilidad (no puedes tener hijos)                |

- LEGISLACIÓN Y DERECHOS HUMANOS.

	SI	NO
¿La ley española prohíbe hacer la mutilación a las niñas en España?		
¿La ley española prohíbe hacer la mutilación a las niñas que viven en España, aunque las mutilen en otro país?		
¿Hay leyes contra la mutilación en Senegal, Nigeria, Mali...?		
¿La mutilación vulnera los derechos humanos?		
¿Las mujeres tienen los mismos derechos que los hombres?		

## ANEXO VII. CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA FORMACIÓN

Marque con una X la puntuación que considere más adecuada a su opinión.

<b>EVALUACIÓN DEL CURSO</b>					
	NADA	POCO	SUFICIENTE	BASTANTE	MUCHO
¿Te ha parecido interesante como se ha tratado el tema?					
¿Ha sido comprensible la información impartida?					
¿Te han ayudado los vídeos a comprender las explicaciones?					
¿Te han ayudado los dibujos a comprender las explicaciones?					
¿Te ha aportado información nueva o que desconocías?					
¿Te ha resultado difícil asistir a las sesiones?					
¿Ha sido suficiente la formación recibida?					
¿Te parecería adecuado incluir una parte de planificación familiar (anticoncepción...)?					
¿Añadirías algo para mejorar este curso? ¿Qué?					
¿Quitarías alguna parte del curso? ¿Cuál?					

ANEXOS

<b>EVALUACIÓN DE LA FORMADORA</b>						
		NADA	POCO	SUFICIENTE	BASTANTE	MUCHO
¿Ha transmitido con claridad la información?						
¿Ha fomentado la participación del grupo?						
¿Ha facilitado materiales didácticos al grupo?						
Comentarios o Sugerencias						

<b>AUTOEVALUACIÓN PERSONAL</b>						
		NADA	POCO	SUFICIENTE	BASTANTE	MUCHO
¿Me he sentido incómoda durante la sesión?						
¿He tenido una actitud abierta ante este curso y/o ante los temas que se han tratado en él?						
¿He cambiado mi opinión sobre mutilación genital femenina?						
Comentarios o Sugerencias						

¿Es la primera vez que acudes a una formación sobre Mutilación Genital?

¿Te gustaría recibir más sesiones sobre Mutilación Genital?