



UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

Enfermería y Cultura: las fronteras del
androcentrismo en la Ablación /Mutilación Genital
Femenina

Ismael Jiménez Ruiz

2015

UNIVERSIDAD DE MURCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS DOCTORAL

Enfermería y Cultura: las fronteras del androcentrismo en la
Ablación /Mutilación Genital Femenina

DIRECTORA

Dra. Pilar Almansa Martínez

CO-TUTORA

Dra. María Dolores Serrano Parra

DOCTORANDO

Ismael Jiménez Ruiz

AGRADECIMIENTOS

Para comenzar, me gustaría agradecer a todos los participantes del estudio, la amabilidad y predisposición con las que me han acogido y han respondido a todas mis preguntas, en ocasiones incómodas. Gracias por mostrarme las dos caras de una realidad muy dura.

Mostrar también, cómo no, mi máximo agradecimiento a mi directora y profesora Dra. Pilar Almansa Martínez, que en todos estos años de trabajo conjunto, más que una tutora se ha convertido en una amiga y una madre a nivel académico. Nos has enseñado a ver la injusticia y a luchar contra ella. Gracias por mostrarme el camino, has sido la guía perfecta.

A la profesora Dra. María Dolores Serrano Parra, por contribuir al perfeccionamiento de la presente tesis, gracias por aceptarnos y por formar parte de este proyecto.

A mi familia, especialmente a mis padres, María de los Ángeles Ruiz Córdoba y José Antonio Jiménez Casanova, gracias por inculcarme la cultura del esfuerzo y la humildad; y ante todo gracias por enseñarme a cuidar, habéis sido mis mejores profesores de enfermería.

A ti, Miriam Tenza Jiménez, por el privilegio que tengo al poder compartir juntos el camino de la vida, y por la comprensión y esfuerzo demostrados a lo largo del proceso de redacción de este trabajo.

A mis amigos, Andrés, Irene, Emilio, Fabio y Ainhoa, que durante este tiempo me han apoyado y han estado siempre ahí, a pesar de la distancia y el tiempo robado.

A mis compañeras de promoción, Ana de Paz, Marta, Maritere, Elena, Rocío, Irene y Miguel Ángel, aunque cada uno estemos en un lugar del mundo,

juntos aprendimos a ser Enfermeras, y eso nunca se olvida.

Como no, a Jorge Caracena Calvo, toda una inspiración y una bocanada de aire de cambio, un auténtico “*conseguidor*” y emprendedor social.

Y para finalizar, a todos mis compañeros y compañeras del Equipo Coordinador de Asociación DEMUSA, por hacer realidad un sueño que cada día sigue creciendo.

Todos estos nombres reflejan a los verdaderos autores y autoras de esta Tesis, ya sea como responsables directos y o indirectos de esa obra inacabada que representa mi vida. Gracias.

RESUMEN

Introducción

La A/MGF, está considerada internacionalmente como un atentado contra los derechos humanos y un acto de violencia contra las mujeres y las niñas. Además, jerarquiza y perpetúa las relaciones en clave de desigualdad y niega el derecho a la integridad física y psicosexual de estas mujeres y niñas.

Según datos de UNICEF, afecta a una población mundial aproximada de 120 millones de mujeres y niñas. Y aunque se realiza principalmente en 29 países del África subsahariana, así como en Yemen, Irak, Malasia, Indonesia y en ciertos grupos étnicos de América del Sur; los flujos migratorios actuales, hacen que se den casos en todo el mundo industrializado.

Objetivo

Analizar las perspectivas masculinas sobre la A/MGF con el fin de comprender sus argumentaciones e iniciar el desarrollo de intervenciones enfermeras para su erradicación.

Método

Se utiliza una metodología cualitativa enfocada a través de la etnometodología, que supone la base principal de la etnoenfermería de M. Leininger.

Los instrumentos utilizados son: análisis documental, conversaciones informales, y entrevistas semiestructuradas individuales y grupales.

La muestra final es de 25 hombres que cumplieron los criterios de inclusión, entre los que se incluyen participantes a favor y en contra de la

A/MGF. La muestra se obtuvo mediante un triple muestreo intencionado y posteriormente, en bola de nieve.

La información fue grabada, transcrita y analizada con Atlas. Ti 7. El proceso de categorización y codificación siguió una doble lógica, en primera instancia se aplicaron una serie de códigos pre-análisis, para posteriormente ser completados con el resto de códigos que fueron emanando del análisis de las conversaciones.

En todo momento, se respetó el anonimato de los participantes y se aplicaron las medidas éticas correspondientes.

Resultados

Los participantes describen las justificaciones que ellos mismos y su comunidad le otorgan a la A/MGF. Estas argumentaciones son llamadas factores, y conforman un sistema de cuidados tradicional. De entre estos factores destacan, los sexuales y religioso-espirituales, aunque la A/MGF también se muestra amparada por justificaciones de índole higiénico-estética, relacionadas con la salud, socio-culturales y económicas.

Además se ha creado un prototipo de reorientación de la A/MGF, en el que se señalan una serie de claves para la abolición, además de una tabla comparativa como herramienta de desmitificación.

Finalmente, se presenta un modelo conceptual para el estudio de los factores de perpetuación de la A/MGF, mediante la adaptación del Modelo del Sol Naciente de Leininger. En él, se esquematizan los conceptos de persona, entorno, salud y acciones de enfermería, para modificar el entendimiento de esta práctica como un cuidado cultural.

Conclusiones

Proporciona una perspectiva masculina sobre la A/MGF esencial para su erradicación, dado que los hombres juegan un papel importante en el mantenimiento de la práctica.

Los factores sexuales y los religioso-espirituales cobran un mayor peso en las justificaciones. Estos factores suelen estar enfocados a concepciones androcéntricas, jugando un papel primordial en el mantenimiento de la poligamia.

La adaptación del Modelo del Sol Naciente a los factores de perpetuación de la práctica facilita la comprensión de la estructura interrelacionada de los mismos, y plasma la forma de actuación de Enfermería, mediante la sensibilización en factores obstaculizadores y en el desmontaje de las falsas premisas que rodean la justificación de la A/MGF.

PRÓLOGO

Un día, mientras caminaba por la playa, me encontré en la lejanía una silueta que describía una armoniosa y reiterada danza. Conforme me acerba a ella me percaté de que era una niña de apenas doce años que se agachaba una y otra vez, recogiendo algo de la arena de la playa y lanzándolo al Mar.

Me acerqué a ella intrigado y me di cuenta de que la chica recogía estrellas de mar que habían quedado varadas en la arenas como consecuencia de las mareas y las devolvía una a una de nuevo al Océano. Extrañado me acerqué un poco más a ella y le pregunté:

- *¿Por qué devuelves todas esas estrellas de mar al Océano?*
- *Como ves, la marea está baja y las estrellas han quedado varadas en la orilla. Si no las arrojó al agua morirán aquí por falta de oxígeno. Respondió la chica.*
- *Entiendo, le dije. Pero debe haber miles de estrellas sobre las playas. No puedes lanzarlas todas, son demasiadas y quizás no te des cuenta de que esto sucede en cientos de playas a lo largo de la costa. ¿No estás haciendo algo sin sentido?*

La muchacha me miró, sonrió, se volvió a inclinar, cogió otra de las estrellas de mar, y mientras la lanzaba de vuelta al mar respondió:

- *Para esta sí lo tuvo.*

Al día siguiente éramos dos las siluetas que describían en silencio la armoniosa y reiterada danza.

Cuento Sufí Anónimo.

La imposibilidad de acabar con las abrumadoras necesidades de los seres humanos, y con las situaciones y costumbres que los privan de los derechos y libertades fundamentales causan en muchas ocasiones frustración y desaliento. El esfuerzo incesante de muchas personas, con mayor o menor éxito, por abolir o erradicar el hambre en el mundo, las desigualdades, las guerras, la anteposición de los intereses económicos a los humanos, y en definitiva cada una de las vulneraciones de los derechos humanos; en ocasiones paraliza y crea pensamientos limitados al pesimismo cuando nos bombardean e inundan con datos negativos sobre la privación de derechos, la inequidad que nos rodea y la pérdida de vidas humanas en favor de la codicia y el odio. En ese momento, nos olvidamos y dejamos de lado el trabajo y compromiso de miles de personas que luchan y consiguen diariamente pequeños, medianos y grandes logros en favor de los derechos fundamentales de las mujeres y los hombres.

Tal vez no podamos erradicar las prácticas tradicionales perjudiciales hacia las mujeres en un tiempo determinado, pero sí podemos ayudar, mejor dicho colaborar, y aportar nuestro granito de arena, nuestra experiencia y esfuerzo, para ver y para creer de forma esperanzada que la mutilación genital femenina, entre otras prácticas, quedará en el recuerdo de una sociedad que pasó del androcentrismo a la equidad de género.

Con tan solo una mujer o niña que no sea mutilada gracias a este trabajo, lo que rodea al mismo, y nace de él, todo nuestro esfuerzo denodado y las horas frente al ordenador habrán merecido la pena, como mereció la pena, para un número limitado de estrellas de mar, que esta niña pensara que no caer en el inmovilismo y el desaliento, que aquel hombre que caminaba por la playa proponía, era la mejor opción.

Por muy difícil que sea la gesta de la erradicación de este tipo de costumbres, no caeremos en el triste, desalentador y generalista lema pesimista

de que una persona nada puede hacer por cambiar las cosas.

Aprendamos de los pequeños logros alcanzados y regocijémonos en ellos pero mantengamos la lucha, aunque solo seamos el vector de trasmisión que contagie la inquietud de lucha y compromiso por los problemas que afectan a nuestros semejantes y al planeta en el que vivimos.

El significado de los logros que consigamos con esta tesis o lo que ha supuesto para los hombres con los que hemos participado y las futuras acciones o creaciones que nazcan y han nacido de ellas, no las podremos medir nosotros, tampoco queremos, nos quedaremos con la incógnita de si habremos despertado la intención de cambio o si la despertaremos cuando alguien lea el contenido de este documento.

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

A/MGF	Ablación/Mutilación Genital Femenina
AP	Atención Primaria
CDAW	Comité para la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer
CDEE	Código Deontológico de Enfermería Española
DUDH	Declaración Universal de los Derechos Humanos
EBDH	Enfoque Basado en los Derechos Humanos
MGF	Mutilación Genital Femenina
NANDA	North American Nursing Diagnosis Association
ODM	Objetivos de Desarrollo del Milenio
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONGD	Organización no Gubernamental para el Desarrollo
ONU	Organización de las Naciones Unidas
PTP	Prácticas Tradicionales Perjudiciales
RAE	Real Academia Española
UNAF	Unión de Asociaciones Familiares
WHO	World Health Organization

ÍNDICE GENERAL

BLOQUE I. ASPECTOS INTRODUCTORIOS

Introducción y presentación de la tesis.....	3
Pregunta de investigación y objetivos.....	5
Justificación del estudio	7
Terminología preliminar	14
Estructura de la tesis	21

BLOQUE II. CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO

CAPÍTULO I. MODELO CONCEPTUAL25

1. Introducción	25
2. Cuidados de enfermería en una sociedad multicultural	26
2.1. Aproximación a la Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales de M. Leininger.....	28
3. Enfoque Basado en los Derechos Humanos (EBDH).....	37
3.1. Breve recorrido histórico	37
4. Marco referencial del Derecho a la Salud.....	44
5. Marco referencial de la Igualdad de Género	48
5.1. Integración del EBDH en la lucha contra la A/MGF	56
5.2. Análisis de la vulneración de la DUDH.....	61
5.3. Análisis de la vulneración de los derechos de las mujeres.....	64
5.4. Análisis de la vulneración de los derechos de las niñas.....	65
5.5. La A/MGF y los objetivos de desarrollo del milenio	67

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO. CONTEXTUALIZANDO LA

A/MGF.....	69
1. Aproximación histórica	69
2. Definición y tipología de A/MGF	71
3. Características del procedimiento	77
4. Contexto geográfico	83
4.1. La A/MGF en el mundo	83
4.2. La A/MGF en África	84
4.3. La A/MGF en España.....	87
4.4. La A/MGF en la Región de Murcia	93

5. Sistema de Cuidados Genéricos y dimensiones culturales	97
5.1. Factores socio-culturales	97
5.2. Factores higiénico-estéticos	100
5.3. Factores religioso-espirituales	101
5.4. Factores sexuales	103
5.5. La A/MGF como factor de cuidado cultural	104
5.6. Factores económicos	105
6. Consecuencias negativas para la salud de las mujeres	105
6.1. Consecuencias físicas	107
6.2. Consecuencias obstétricas	114
6.3. Consecuencias psicológicas	119
6.4. Consecuencias sobre la sexualidad	121
6.5. Consecuencias sociales	123

CAPÍTULO III. MARCO LEGAL..... 125

1. Legislación africana contra la A/MGF	125
2. Legislación europea contra la A/MGF	129
3. Legislación española contra la A/MGF	130

BLOQUE III. ASPECTOS METODOLÓGICOS

CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA 137

1. Reflexión sobre la metodología cualitativa. La elección del enfoque metodológico	137
1.1. Etnometodología y Etnoenfermería	139
2. Diseño de la investigación.....	141
2.1. Contexto e informantes del estudio	142
2.2. Técnicas empleadas para la recolección de datos.....	145
2.3. Aspectos éticos	149
3. Estrategia para el análisis de los datos.....	151
3.1. Tratamiento de los datos.....	151
3.2. Análisis de los datos	152
4. Criterios de evaluación de calidad aplicados.....	154
4.1. Triangulación.....	158
5. Dificultades y limitaciones del estudio	162
5.1. Dificultades	162
5.2. Limitaciones	163

CAPÍTULO V. ESTRUCTURA Y PROCESO DE INVESTIGACIÓN..165

1. Proceso de investigación.....	165
2. Análisis documental.....	170
2.1. Estrategia de búsqueda.....	170
3. Acceso al campo de estudio.....	172
4. Exposición de resultados.....	175

BLOQUE IV. MARCO EMPÍRICO**CAPÍTULO VI. DESCRIPCIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS179**

1. Libro de categorías y códigos.....	180
2. Perfil de los participantes del estudio.....	185
3. La decisión de cortar.....	189
4. La A/MGF como un sistema de cuidados genéricos.....	190
4.1. Factores relacionados con la salud.....	191
4.2. Factores socio-culturales.....	193
4.3. Factores sexuales.....	196
4.4. Factores religioso-espirituales.....	203
4.5. Factores higiénico-estéticos.....	205
4.6. Factores económicos.....	207
5. Factores obstaculizadores.....	209
5.1. Consecuencias negativas para las mujeres.....	209
5.1.1. Consecuencias físicas.....	213
5.1.2. Consecuencias obstétricas.....	214
5.1.3. Consecuencias psicológicas.....	215
5.1.4. Consecuencias sobre la sexualidad.....	215
5.1.5. Consecuencias sociales.....	217
5.2. Consecuencias negativas para los hombres.....	218
5.3. Actitud ante la legislación contra la A/MGF.....	219
6. Reorientación de A/MGF como Cuidado Cultural.....	221
6.1. Claves para la abolición de la A/MGF.....	221
6.2. Desmitificación de factores de mantenimiento.....	226
7. Interpretación del modelo del Sol Naciente.....	232
8. La abolición de la A/MGF, una realidad factible.....	236

CAPÍTULO VII. DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS241

1. Comparación de los resultados con publicaciones previas.....	243
1.1. La decisión de cortar.....	243
1.2. Factores justificadores de la A/MGF.....	244
1.3. Factores obstaculizadores.....	248
1.4. Reorientación de A/MGF como cuidado cultural.....	253
1.5... Idoneidad de la Enfermería Transcultural para la reorientación de la A/MGF e interpretación del Modelo del Sol Naciente.....	261
1.6. La abolición de la A/MGF una realidad factible.....	264

2. Implicaciones del estudio.....	264
3. Sobre las limitaciones y futuras líneas de investigación	267
CAPÍTULO VII. CONCLUSIONES	269
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	275
DOCUMENTACIÓN ANEXA	295

ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1. Progresión de residentes en España procedente de países donde se realiza la A/MGF	90
Gráfica 2. Progresión de residentes en la Región de Murcia procedente de países donde se realiza la A/MGF	93

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1. Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger	34
Ilustración 2. Mapa de tipos y prevalencia de A/MGF	75
Ilustración 3. Mapa de niñas y mujeres de 15 a 49 años que han sufrido A/MGF	87
Ilustración 4. Complicaciones para la salud de la A/MGF	106
Ilustración 5. A/MGF como Sistema de Cuidados Genéricos	191
Ilustración 6. Relación entre factores religiosos, higiénicos y sociales.....	204
Ilustración 7. Red de complicaciones	212
Ilustración 8. Interpretación del Modelo del Sol Naciente	235
Ilustración 9. Modelo conceptual de los factores de perpetuación y obstaculizadores de la A/MGF	263

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Modos de acción y decisión en la Cultura del Cuidado.....	35
Tabla 2. Principales Declaraciones y Convenciones sobre DH.....	43
Tabla 3. Otros instrumentos en los que se proclama el derecho a la salud.....	47
Tabla 4. Otros instrumentos internacionales sobre igualdad de género	52
Tabla 5. Conferencias internacionales que han tratado la Igualdad de Género de forma implícita	54
Tabla 6. Conferencias de Desarrollo con contenidos en Igualdad de Género ..	55
Tabla 7. Tratados africanos contra la A/MGF.....	59
Tabla 8. Referencias al Derecho a la Integridad Física	62
Tabla 9. Referencias al Derecho a la Vida y el Derecho a la Salud.....	65

Tabla 10. Tipos de A/MGF	74
Tabla 11. Algunas etnias a favor y en contra de la A/MGF	76
Tabla 12. Países de muy alta prevalencia	85
Tabla 13. Países de prevalencia moderadamente alta	85
Tabla 14. Países de prevalencia moderadamente baja	86
Tabla 15. Países de prevalencia baja.....	86
Tabla 16. Países de muy baja prevalencia.....	86
Tabla 17. Distribución por sexos de residentes en España procedentes de países donde se realiza la A/MGF	88
Tabla 18. Población femenina en edad fértil en España procedente de países donde se realiza la A/MGF	91
Tabla 19. Población femenina entre 0 y 14 años en España procedente de países donde se realiza la A/MGF	92
Tabla 20. Distribución por sexos de residentes en la Región de Murcia procedentes de países donde se realiza la A/MGF.....	94
Tabla 21. Población femenina en edad fértil en la Región de Murcia procedente de países donde se realiza la A/MGF	95
Tabla 22. Población femenina entre 0 y 14 años en la Región de Murcia procedente de países donde se realiza la A/MGF.	96
Tabla 23. Complicaciones Físicas relacionadas con la A/MGF.....	107
Tabla 24. Legislación contra la A/MGF en los países africanos donde se practica.....	126
Tabla 25. Aplicación de la legislación contra la A/MGF en países europeos	129
Tabla 26. Criterios de inclusión del estudio.....	144
Tabla 27. Características de las entrevistas semiestructuradas	148
Tabla 28. Características de las entrevistas semiestructuradas grupales.....	149
Tabla 29. Codificación guiada por conceptos	153
Tabla 30. Codificación guiada por los datos I	154
Tabla 31. Codificación guiada por los datos II	154
Tabla 32. Cronograma de Tesis Doctoral: años 2012-2013	168
Tabla 33. Cronograma de Tesis Doctoral: años 2014-2015	169
Tabla 34. Palabras clave o descriptores libres	170

Tabla 35. Descriptores MeSH y DeCS	172
Tabla 36. Asignación de roles.....	175
Tabla 37. Libro de categorías y códigos deductivos. I	181
Tabla 38. Libro de categorías y códigos deductivos. II	182
Tabla 39. Libro de categorías y códigos inductivos I.....	183
Tabla 40. Libro de categorías y códigos inductivos II.....	184
Tabla 41. Otros códigos	184
Tabla 42. Perfil de Primeras Entrevistas individuales	187
Tabla 43. Perfil de Segundas Entrevistas individuales	187
Tabla 44. Perfil Entrevistas Grupales I.....	188
Tabla 45. Perfil Entrevistas Grupales II.....	188
Tabla 46. Perfil Entrevistas Grupales III	188
Tabla 47. Decisión de realizar el corte	189
Tabla 48. Definición de mujer	194
Tabla 49. Comparativa de reconocimiento de complicaciones	210
Tabla 50. Complicaciones físicas reconocidas por los hombres.....	213
Tabla 51. Complicaciones psicológicas	215
Tabla 52. Complicaciones sobre la sexualidad reconocidas por los hombres	216
Tabla 53. Reconocimiento de complicaciones sexuales	216
Tabla 54. Consecuencias sociales reconocidas por los hombres	217
Tabla 55. Posicionamiento con respecto a la legislación contra la A/MGF ...	220
Tabla 56. Hombre sensibilizado VS Hombre no sensibilizado	223
Tabla 57. Actuación en equipo	224
Tabla 58. Comparación de musulmanes de diferentes países.....	228
Tabla 59. Ejemplos para desmitificación.....	231
Tabla 60. Ocultamiento y precipitación de la A/MGF.....	238
Tabla 61. Hechos para la desmitificación	258



BLOQUE I

ASPECTOS INTRODUCTORIOS

*Ella está en el horizonte.
Me acerco dos pasos,
ella se aleja dos pasos.
Camino diez pasos y el horizonte
se corre diez pasos más allá.
Por mucho que yo camine
nunca la voy a alcanzar.
¿Para qué sirve la utopía?
Sirve para eso,
para caminar.*

Eduardo Galeano.
Inspirado en Fernando Birri

INTRODUCCIÓN Y PRESENTACIÓN DE LA TESIS

Dentro del misceláneo grupo de las costumbres tradicionales perjudiciales, la A/MGF, definida por la OMS como, “*todas aquellas prácticas que implican la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones de los órganos genitales, ya sea por motivos culturales, religiosos o por cualquier otra razón no terapéutica*” (OMS, 2012); es de las más extendidas y practicadas en el mundo actual. La gran mayoría de mujeres y niñas afectadas por la A/MGF pertenecen a la región del África Subsahariana, aunque también es conocida en algunas zonas de Oriente Medio y Asia (WHO, 2001).

En la actualidad los movimientos migratorios y los procesos de globalización han permitido que la A/MGF, sea cada vez más conocida y practicada en las regiones occidentales más industrializadas. Hecho que ha creado, en algunos sectores sociales y profesionales, la necesidad de aprender a

abordar esta problemática desde una perspectiva de protección de la dignidad y los derechos humanos de las personas (Jiménez Ruiz, Pastor Bravo, Almansa Martínez, & Ballesteros Meseguer, 2014).

Para realizar este estudio, partimos de la premisa del respeto a la identidad y libertad cultural pero sin sobrepasar los valores de los derechos fundamentales y la dignidad humana. Consideramos la A/MGF como un atentado contra los derechos humanos y un acto de violencia contra las mujeres que jerarquiza y perpetúa las relaciones en clave de desigualdad y que niega el derecho a la integridad física, por lo que ningún tipo de relativismo cultural y respeto cultural puede justificar dicha práctica.

Entendemos también que el abordaje de la prevención de la A/MGF desde los servicios públicos de salud, en general, y la Enfermería en particular, supone un importante y dificultoso reto, debido a las connotaciones culturales tan arraigadas en los países donde se realiza y a que el paradigma biomédico imperante no responde a ciertas necesidades y desafíos que propone, la ya establecida, población multicultural y globalizada.

Más concretamente, con esta investigación, pretendemos ofrecer una aproximación descriptiva y analítica a las perspectivas masculinas sobre la A/MGF, con el fin de contribuir al desarrollo del conocimiento sobre la práctica, y la creación de nuevas intervenciones a través de la Enfermería Transcultural y el Enfoque Basado en los Derechos Humanos. De este modo, trataremos de identificar las relaciones de desigualdad entre hombres y mujeres a través de la utilización del análisis de género para diagnosticar, en un contexto determinado, las diferencias sociales y aspectos vitales relativos a la A/MGF que repercuten directamente en las condiciones de vida de las mujeres y las niñas atrapadas en la red cultural de la práctica.

Por lo tanto, desde la disciplina Enfermera, presentamos esta investigación, con el fin de ampliar el fondo de conocimiento transcultural

holístico de esta tradición, desde un nuevo punto de vista que nos facilite un acercamiento a la realidad de la A/MGF, a fin de poder trabajar, mediante mediaciones fundamentadas; por el empoderamiento de las mujeres, niñas y familias relacionadas con esta práctica, para que sean capaces de entender las consecuencias sobre su salud y libertad. Así, Enfermería será capaz de favorecer el progresivo abandono de esta cruel costumbre y contribuir a la abolición de la misma.

PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS

Las características inherentes al proyecto de investigación y las reflexiones epistemológicas a las que hacemos referencia en el marco teórico de la tesis, ponen de manifiesto la multiplicidad de factores para el mantenimiento de la práctica estudiados durante los últimos años. Este conocimiento, se basa principalmente en estudios de corte cuantitativo y centrados en el punto de vista comunitario y femenino. De este modo, y después de la exploración sistemática de la bibliografía consultada, surgen lagunas que evidencian la necesidad de su estudio, orientado tanto a la comprensión de la A/MGF como a las actuaciones para su erradicación. Nace así la siguiente pregunta de investigación:

- *¿Cuáles son las opiniones, expectativas y experiencias personales y socio-culturales propias de los hombres con respecto a la realización de la A/MGF?*

Esta pregunta de investigación guía el itinerario y la elección metodológica de la investigación. Además de ella surgen los objetivos generales y específicos.

Objetivo General

La pregunta de investigación planteada a través de la detección de la necesidad real de fundamentar las intervenciones de enfermería destinadas a la erradicación de la A/MGF, orienta el planteamiento del objetivo general:

- *Analizar las perspectivas masculinas sobre la A/MGF a través de la Enfermería Transcultural.*

Se trata por tanto de describir mediante el análisis de la bibliografía y el discurso de los participantes, los factores que intervienen en el mantenimiento de dicha práctica.

Objetivos específicos

El objetivo general se concretará a través de los siguientes objetivos específicos, que servirán como enlace del proceso de investigación para la consecución del mismo.

1. *Conceptualizar la A/MGF en la Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales, de Madeleine Leininger.*
2. *Integrar la A/MGF en el Modelo teórico del Sol Naciente de Madeleine Leininger.*
3. *Conocer y comprender la realidad compleja y subjetiva de la A/MGF desde el punto de vista masculino para mejorar la comprensión cultural de la práctica desde la perspectiva de los hombres relacionados con ella.*
4. *Detectar posibilidades de abolición, medios de erradicación y puntos débiles de la justificación masculina de la A/MGF.*

A través del análisis comparativo e interpretativo del discurso de los hombres, tanto los que están a favor como los que están en contra de la A/MGF, y en base al modelo teórico aplicado, intentaremos proporcionar una base de conocimiento para conocer y comprender la motivación y perspectivas masculinas sobre la práctica.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Serán cuatro cuestiones básicas las que justifiquen el abordaje de la temática de la presente tesis desde Enfermería española:

- ¿Por qué abordar la A/MGF en España?

Hoy día, los procesos de globalización y los flujos migratorios, hacen que la A/MGF no sea una práctica confinada a determinadas zonas geográficas, sino que podemos encontrar casos en todo el mundo industrializado. De este modo, más allá de ser una práctica cultural, la A/MGF es reconocida internacionalmente como un problema global (Grande Gascón, Ruiz Seisdedos, & Hernández Padilla, 2013).

Más concretamente, de los/las aproximadamente más de seis millones de extranjeros/as residentes en España, hayamos unas cincuenta y ocho mil mujeres procedentes de países donde se realiza esta práctica, de las cuales mil cuatrocientas veintinueve viven en la Región de Murcia. Estos datos muestran que realmente existe la posibilidad de que esta práctica sea realizada en España, o de que las familias originarias de países donde existe incidencia de la misma, tengan intención de realizarla a sus hijas durante una estancia vacacional o regreso definitivo a sus país de origen.

La A/MGF atenta contra la integridad biopsicosocial de las mujeres y las niñas, además de menoscabar su dignidad y vulnerar sus derechos humanos.

Asimismo, este tipo de prácticas favorecen la construcción social y conservación de relaciones de dominación-sumisión entre hombres y mujeres que acaban jerarquizando las relaciones interpersonales entre ambos géneros, dilapidando así las bases de la igualdad bajo el mazo del androcentrismo. Por ello, y aunque desde un punto de vista biomédico, tal vez la cifra de niñas que finalmente la sufren, pueda ser entendida como relativamente baja en España, es necesario que los y las profesionales de las ciencias sociales y de la salud, posean una serie de conocimientos que les ayuden a llevar a cabo una intervención que facilite el abordaje del tema y posibilite un proceso de reflexión que conduzca a un cambio del posicionamiento inicial. Para alcanzar este cambio de postura, consideramos fundamental contar, en todo momento, con la colaboración familiar, mediante el establecimiento de diálogos interculturales que no infieran en sensacionalismos sobre la práctica, los cuales pueden favorecer una reacción de defensa de identidad cultural sobre la misma. Por y para ello, y porque supone una de las formas de discriminación más grave que pueden sufrir las mujeres y las niñas, es necesario ahondar en la contextualización social y cultural de las familias en las que la A/MGF es o puede llegar a ser una realidad.

Favoreciendo la investigación en factores de protección de las mujeres y prevención de la práctica dentro de los grupos de riesgo, evitaremos aumentar y/o mantener los agentes de exclusión de las inmigrantes relacionados con la A/MGF. En las mujeres y niñas que han padecido o están en riesgo de sufrir esta práctica ancestral, podemos encontrar una triple vía de discriminación. La primera, por el hecho de proceder de un país extranjero; la segunda, por el hecho de ser mujer; y la tercera por las dificultades de relación que puede encontrar las mujeres que han sufrido o están en riesgo de ser mutiladas genitalmente en nuestro entorno. Así, a través de la prevención de la A/MGF y la creación de diálogos interculturales y no de imposiciones bajo amenaza, daremos un paso adelante en la creación de una sociedad de interculturalidad e igualdad real y no ficticia, ya que la mera implantación de legislación, protocolos e intervenciones sin ahondar en la forma en la que repercuten en la

vida de estas personas sólo aborda superficialmente el problema. Entendemos también que la obligatoriedad legal de no realizar la A/MGF, no será entendida como algo positivo para la protección de la salud y la libertad de las mujeres si no es secundada por una percepción integral de los problemas de salud relacionados con esta práctica.

- **¿Por qué incluir las perspectivas y opiniones de los hombres en la investigación de la A/MGF?**

El carácter cultural y de género que engloba a esta práctica hace que sea necesario escuchar tanto las voces femeninas como las masculinas que están íntimamente relacionadas con la A/MGF; a fin de obtener las opiniones, perspectivas y experiencias que se adhieren a la vivencia de la práctica desde su propia identidad cultural.

Para poder entablar verdaderos diálogos con las familias que culturalmente realizan esta práctica, es necesario el apoyo de todo el núcleo familiar, incluidos los hombres. La A/MGF se ha considerado siempre “cosa de mujeres”, y aunque es cierto que son las propias madres y abuelas las que contribuyen mayoritariamente a su trasmisión, también es cierto que, según la bibliografía consultada, en la mayoría de las culturas donde se practica, estar “circuncidada” es un requisito para el matrimonio y para formar parte de la comunidad. Por lo tanto, podemos deducir que los hombres y sus preferencias han contribuido a la perpetuación de la misma y como consecuencia pueden contribuir en la erradicación de ésta.

Así pues el estudio de las preferencias, experiencias, perspectivas y temores acerca de la A/MGF, de los hombres de familias originarias de países pro-mutilación, puede ayudarnos a realizar una intervención más fundamentada y respetuosa con su cultura, que nos permita hacerlos participes en el proceso de empoderamiento de estas mujeres. A través de la utilización de estos conocimientos, pretendemos obtener una respuesta más positiva a la

mediación, evitando así incurrir en medidas punitivas que sólo propiciarán la clandestinación de los grupos y la ruptura del núcleo familiar de la niña a la que se pretende ayudar, ya que en el afán de proteger a las niñas que han sufrido esta práctica, se las castiga doblemente, pues se les privará de su familia, y se encarcelará a sus padres.

- ¿Por qué abordar la A/MGF desde los servicios sanitarios?

Los/las profesionales de la salud enmarcados en el Programa de Salud Infantil, el Programa de Actividades Preventivas de Salud Sexual, el Programa de la Mujer, el Programa de Cáncer de Cérvix y el Programa de Vacunación Internacional, por su atención ocasional y/o longitudinal a lo largo de la vida, son los mejor emplazados para el abordaje inicial y preventivo de la A/MGF (UNAF, 2012). Más concretamente los/las profesionales de la salud de los servicios de pediatría y obstetricia-ginecología de Atención Primaria (AP) son los mejor situados para la detección tanto de madres y futuras madres que han sufrido esta práctica, como de niñas en riesgo de A/MGF. También son los servicios mejor emplazados, por su proximidad con las familias y continuidad en el abordaje del cuidado de las niñas a lo largo de su desarrollo, para realizar intervenciones positivas para la integración de los cuidados sanitarios a la población inmigrante.

En cuanto a la Región de Murcia 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 A/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 (2007), teniendo así, la posibilidad de buscar los momentos más adecuados para conversar sobre el tema e indagar sobre las perspectivas y motivaciones de la familia en este tema.

Todas estas intervenciones del personal sanitario deben ir destinadas a la sensibilización, detección y abordaje de la práctica a través de tres grandes bloques de actuación preventiva (UNAF, 2012):

- **Prevención sistemática**, a través de los programas de atención anteriormente citados desde los servicios de AP, que establecen visitas continuadas a los centros de salud, y posibilitan una atención continuada y el establecimiento de las mujeres y niñas en grupos de riesgo de A/MGF. En este sentido son de especial relevancia las consultas de AP de obstetricia y ginecología, ya que se encuentran en una posición ideal para la detección de posibles efectos negativos a corto, mediano y largo plazo de la A/MGF sobre la salud sexual y reproductiva de las mujeres.
- **Prevención oportunista**, a través de la detección, de forma ocasional, de posibles casos de riesgo y de casos consumados mediante la detección de complicaciones derivadas de la práctica en cualquiera de los servicios de la red socio-sanitaria del país.
- **Prevención comunitaria**, a través de la realización de labores de sensibilización, concienciación y educación comunitaria mediante charlas, talleres y actividades de diversa índole.

- **¿Qué aporta enfermería en la lucha contra la A/MGF?**

Los y las profesionales de Enfermería animados por la oposición manifestada por el Consejo Internacional de Enfermeras en la declaración titulada “*Eliminación de la mutilación genital femenina*” (2010), y como ciudadanos/as y proveedores/as 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.

Enfermería tiene como responsabilidad primordial la salvaguarda de los derechos humanos de las personas a las que presta sus cuidados (Artículo 53 CDEE), por lo que respecto a la A/MGF, puede tener un papel fundamental en el desarrollo de nuevos conocimientos más cercanos a las realidades culturales de las familias que la practican, a fin de promover la salud y el bienestar familiar para que las niñas sean deseadas, protegidas y cuidadas de forma que puedan crecer con salud y dignidad (Artículo 40 CDEE). Además, debe favorecer la sensibilización, la formación para que los/las profesionales de la salud y de otros sectores puedan trabajar de forma efectiva y respetuosa en su erradicación.

El Código Deontológico de la Enfermería Española, insta a salvaguardar los derechos del niño y de la niña (Artículo 38 CDEE), a proteger a los niños y a las niñas de cualquier forma de abuso (Artículo 39 CDEE), y a no participar en cualquier forma de tortura o método que permita someter a sufrimiento a ningún ser humano (Artículo 49 CDEE). Por tanto, los enfermeros y enfermeras deben abordar la A/MGF desde la profundización de todos los aspectos humanos, valores y actitudes que rodean este problema de salud, desde unos cuidados que favorezcan la salud, la libertad y la dignidad de todos los seres humanos.

De este modo se hace imprescindible la formación e investigación en materia de prevención y abordaje de esta tradición perjudicial, con el fin de asegurar la protección de los derechos humanos de toda la población y ajustando nuestra respuesta y nuestros cuidados a las necesidades reales de la población.

La investigación de estos hechos y perspectivas enriquece las Ciencias de la Salud, ya que se incluye el enfoque de la realidad humana en el cuidado, como si de un guiño a la antropología desde la Disciplina Enfermera se tratara.

Un guiño desde un relativismo cultural moderado, en el que antepone el derecho a la vida y a la salud de las mujeres, al derecho a la cultura, sin obviar y comprendiendo que las creencias y las costumbres de los pueblos parten desde el mismo punto de salida y olvidándonos del etnocentrismo que impera en las sociedades más industrializadas.

Más concretamente en el ámbito de la prevención de la A/MGF, la utilización de los marcos culturales adecuados al/a paciente y utilizando las 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. De esta forma conseguiremos una congruencia en los cuidados sin incurrir en el relativismo cultural más radical ni en el etnocentrismo que condena el enriquecimiento de las sociedades que concede la interculturalidad.

Para concluir la argumentación, es necesario decir que Enfermería, basándose en los principios de solidaridad, empatía, asociación, flexibilidad, respeto a la vida y capacidad de adaptación a los equipos multidisciplinares; inherentes a la práctica, debe tener la capacidad, como ciencia humanista, de trabajar de forma integral e integradora, tolerante, cuidadosa y sin enjuiciamientos para asegurar los derechos de los/las usuarios/as de la sanidad pública y privada en todo el mundo. En este sentido se hace necesario el compromiso transcultural de los/las profesionales, para poder instaurar una serie de cuidados individuales, evitando de esta forma la imposición cultural en el cuidado. Se trata de proporcionar cuidados enfermeros que contemplen las competencias necesarias en materia de Enfermería Transcultural y ser una pieza clave en el proceso de erradicación de la A/MGF.

TERMINOLOGÍA PRELIMINAR

- Prácticas Tradicionales Perjudiciales (PTP)

La Convención para la Eliminación de la Violencia contra la Mujer (CEDAW), describe las prácticas tradicionales nocivas como:

“las actitudes tradicionales según las cuales las mujeres son consideradas inferiores al hombre y se les atribuye funciones estereotipadas que son perpetuadas mediante prácticas de violencia o coacción. Tales prejuicios y prácticas pueden ser utilizados para justificar la violencia de género como una forma de protección o de control sobre las mujeres. Además dichas prácticas, que responden principalmente a razones culturales o convecciones sociales muy arraigadas sobre la posición y función de la mujer en la sociedad, incidirán en la integridad física, mental y social de las mujeres, privándola del goce efectivo, ejercicio y conocimiento de los derechos humanos y libertades fundamentales”.

(Artículo 2, Naciones Unidas, 1992).

La definición de PTP engloba una gran heterogeneidad de costumbres que varían en función de diversos factores como pueden ser los culturales o los geográficos. Dentro de esta amplia variedad encontramos la A/MGF como una de las prácticas más extendidas y que más atenta contra la integridad de las mujeres.

Además de la A/MGF, la CEDAW da una extensa lista de otras prácticas nocivas para la salud de las mujeres y las niñas como son: el infanticidio femenino y el feticidio, la preferencia por hijos de sexo masculino, la caza de brujas (comedores de almas), *trokosi* (esclavitud de niñas en un culto fetichista por delitos supuestamente cometidos por un pariente), tabúes relacionados con

la comida y alimentación forzada, embarazo forzado, muertes por honor, dote, matrimonio infantil o precoz, matrimonio forzado, poligamia, violación en el matrimonio, negar el derecho a propiedad o herencia, *levirat* (la práctica en que un hombre ‘hereda’ la viuda de su hermano como esposa), *sororat* (la práctica en que el viudo se casa con la hermana de su difunta esposa) y otras prácticas relacionadas con la viudez, rituales de sumisión y repudio; *sati* (la práctica en que las viudas se suicidan), *devadasi* y *deuki* (consagrar a las niñas a una deidad o forzarlas a participar en rituales de prostitución), *jhuma* (obligar a las hermanas que nacen en segundo lugar a permanecer solteras y a pasar su vida en un monasterio), *kumari pratha* (nombrar una niña como una diosa viviente), y *badi* (práctica de la prostitución entre niñas). Pero además de todas estas abominables prácticas, adicionamos otras como el abuso sexual de menores, en el que las niñas tienen tres veces más probabilidades de sufrirlo que los niños; el tráfico de personas, donde el 80% son mujeres y niñas destinadas a la industria del sexo; la violencia género que se ha convertido en la forma de violencia experimentada por las mujeres más común en el mundo; y la medicalización de los procesos fisiológicos de las mujeres donde el embarazo, el parto, el puerperio y la menopausia cada vez se vuelven procesos más artificiosos en beneficio de los lobbies sanitarios y farmacéuticos (Medicusmundi Andalucía, 2010).

Cabe mencionar que la gravedad de las PTP aumenta por las desiguales condiciones de vida de la mayoría de grupos que llevan a cabo estas prácticas y en el caso especial de las mujeres, se ve agravado por el tratamiento preferencial de los niños varones por parte de los padres. Este trato suele manifestarse mediante abandono, privación o tratamiento discriminatorio de las niñas en detrimento de su salud física y mental.

- Ablación Mutilación Genital Femenina (A/MGF)

Existe una gran variedad de términos utilizados para nombrar esta práctica. El uso de uno u otro atribuirá a la acción un juicio de valor diferente, es decir, el significado del término se ajustará más a la realidad cultural de quien lo utiliza, puesto que para su sistema de valores la definición cultural del concepto será la verdadera. Por ello, a continuación realizaremos un breve repaso conceptual de los términos más utilizados, quién los utiliza y donde se utilizan.

El término “*circuncisión femenina*” está ampliamente extendido entre las comunidades que llevan a cabo estos rituales. La utilización de este término hace hincapié en la naturaleza de rito iniciático a la adultez de estas acciones, al mismo tiempo que establece un paralelismo entre las intervenciones en los genitales masculinos y femeninos, cometiendo así un error al extrapolar las consecuencias y el significado de la práctica en los varones y en las mujeres. Dicha extrapolación sugiere que la intervención en el sexo masculino es similar a la del femenino, cuando en realidad la intervención en las mujeres es más cruenta, invasiva y entraña mayores riesgos para la salud y la sexualidad de éstas. Además, no contempla la diferente tipología de la A/MGF. Así pues, el uso de “*circuncisión femenina*” para nombrar esta costumbre, en nuestra opinión, no es el acertado dentro del contexto socio-cultural español.

En este sentido, es necesario mencionar a título informativo y de posicionamiento, que la mutilación genital masculina (MGM), también llamada circuncisión masculina, aunque tenga menos detractores y existan menos estudios que evidencien su peligrosidad, abre un nuevo debate entre las sociedades que consideran la A/MGF como una práctica ilegal y que atenta contra los derechos humanos. La MGM como una intervención de carácter preventivo y totalmente legal dentro de diversos contextos, donde está insitucionalizada, junto a las cirugías plásticas tanto en hombres como en mujeres, también son procesos de remodelación corporal sin un sentido

fisiológico, sino meramente estético por lo que podemos encontrar semejanzas entre estas prácticas occidentalmente aceptadas y la A/MGF.

Volviendo al término que nos compete, entre la población musulmana que está adscrita a esta práctica, a pesar de no ser un requerimiento islámico, se conoce como “*sunna*” (tradición profética), a la forma más leve de A/MGF; o bien se remiten al término utilizado en lengua autóctona, como por ejemplo, *nyakaa* (en lengua mandinga) o *fudniin gadbahaada* (en somalí). Otras expresiones utilizadas en las etnias africanas son “abierto” y “cerrado” (Kaplan, 2001).

En cuanto a los diferentes ámbitos académicos se pueden encontrar expresiones como “*female genital mutilation* (FGM)” (MGF en español), “*mutilation sexuelle*” (mutilación sexual), “*female genital cutting*” (corte genital femenino) para referirse a esta costumbre. De ellos, el término MGF, utilizado por las OMS, es el más extendido y empleado en foros internacionales. Esta expresión fue tomando cada vez más fuerza a finales de los setenta, apoyada fundamentalmente por posiciones feministas y partidarias de la defensa de los derechos humanos, confirmándose así su uso en 1990, cuando en la tercera conferencia del Comité Inter-Africano sobre las *Prácticas Tradicionales que afectan a la Salud de la Mujer y los Niños* (IAC), celebrada en Addis Abeba (Etiopía), adoptó y recomendó su uso. Un año más tarde, en 1991, la OMS recomendó a la ONU la generalización de término (Bénédicte , 2007).

El éxito de nombrar esta práctica tradicional como MGF, reside en el trato de dicha acción como una práctica cruenta que atenta contra la integridad física y mental de las mujeres y viola su derecho a vivir una vida plena y sana. Sin embargo, la palabra “*mutilación*” para referirse a una práctica ancestral transgrede la identidad cultural y las normas sociales que son transversales a estas prácticas, ignorando que las comunidades que la realizan no la perciben como una mutilación, sino más bien como necesidades para satisfacer cánones

de belleza, higiene y orden social, en el que se inserta la construcción del género profundamente arraigada en su cultura. Por lo tanto desde un punto de vista antropológico no sería la terminología más acertada (La Barbera, 2010).

Mediante la utilización de la expresión “*female genital cutting*”, traducida como cortes genitales femeninos, se lleva a cabo un intento de otorgar un valor más neutral a la práctica por parte del United Nations Population Fund (UNPFA) en 1996 (La Barbera, 2010). Su uso se instauró sobre todo en la bibliografía anglosajona. Con esta expresión se trata de no demonizar a las culturas que la practican tratándolas de forma más respetuosa. Sin embargo, el término no ha sido extensamente difundido en las publicaciones de habla no inglesa (Obermeyer, 2005).

Otras autoras como La Barbera (2010), prefieren usar la expresión “*intervenciones rituales sobre los genitales femeninos*” por varias razones: en primer lugar el término “*intervención*” es utilizado también con referencia a las intervenciones quirúrgicas y estéticas, permitiendo establecer un paralelismo entre todas. Además, la forma plural sugiere la variedad incluida bajo esta denominación. Por último, el adjetivo “*ritual*” alude a la función social que estas prácticas desempeñan.

Como afirma esta autora, también se pueden encontrar, en la literatura, nombrada por algunas antropólogas como “operación genital femenina”, “cirugía genital femenina”, “modificaciones de los genitales femeninos” o “modificación corporal”. Pero aunque estas apunten eficazmente a la idea de alteración corporal, es cierto que no permiten marcar una diferencia suficiente entre las intervenciones rituales prohibidas por las leyes occidentales y las de tipo estético, modificadoras del cuerpo femenino y masculino que cosifican a las personas bajo el ideal de belleza y juventud eterna.

La perspectiva desde la que trataremos de afrontar este problema, aún asumiendo las dificultades que ello conlleva, pasará por mantener un

compromiso tanto con el respeto hacia las culturas como con la defensa de los derechos humanos como de la igualdad entre géneros. Para ello, a lo largo del desarrollo del contenido nos inclinaremos, como otros tantos, por el uso de A/MGF para designar a esta práctica.

El uso de MGF, por sí solo, contribuiría a estigmatizar tanto a sus practicantes como sus culturas, incurriendo así en errores perjudiciales que dificultarían el establecimiento de diálogos interculturales, claves, a nuestro parecer, para establecer y perpetuar cambios sociales sobre este tipo de prácticas. Se trata pues de evitar la construcción de una visión sensacionalista de incivilización y barbarie en las comunidades que no la practican, con el fin de no incurrir en pensamientos etnocéntricos que nos lleven a tomar medidas de corte imperialista que pueda desembocar en una especie de “efecto rebote” de consolidación y defensa de diversas prácticas opresivas y perpetuadoras de la desigualdad entre géneros.

Sin embargo, el relativismo cultural más radical no puede justificar esta tradición, puesto que la defensa y mantenimiento de las diferencias culturales no son argumentaciones suficientes para mantener unas prácticas que atentan contra la integridad, la libertad y la igualdad de las mujeres (Guerra Palmero, 2008). Por ello, consideramos necesaria la inclusión del término mutilación en el nombramiento de esta práctica. A su vez, el uso de la expresión “*ablación*” dará un sentido menos conflictivo y demonizador de la práctica. La palabra “*ablación*” suele ser utilizada en dialectos locales y a su vez su significado se ajusta a la realidad, puesto que la Real Academia lo define como: *1. Acción y efecto de cortar, separar, quitar; 3. Separación o extirpación de cualquier parte del cuerpo* (RAE, 2014).

- Androcentrismo

El término androcentrismo fue acuñado por Charlotte Perkins Gilman en 1911 en su obra *The Man-Made World or our androcentric culture*, donde establece que los esquemas humanos se fundamentan en el varón de tal forma que se otorga a las mujeres un papel secundario y subordinado al mismo (Boada, 2011). De este modo, la perspectiva masculina es considerada un todo universal, una visión caleidoscópica y generalizadora del mundo que conlleva la invisibilización de las mujeres, sus acciones y sus éxitos mientras se sobredimensionan los masculinos. Se establece pues, una perspectiva distorsionada de la realidad y la imposición de modelos estereotípicos de lo femenino y lo masculino que generan estructuras desiguales.

Este concepto ayuda a entender fenómenos que no tienen por qué estar relacionados únicamente con cuestiones de poder que ejercen hombres sobre mujeres, sino que también nos permite evaluar los rasgos androcéntricos de las instituciones y de las prácticas sociales. Esto le confiere un carácter más amplio que al concepto de patriarcado (González, 2013), puesto que suele estar limitado a una concepción de jerarquía invisible y autoridad directa masculina, y olvidando la estructuración de la sociedad desde la visión masculina que contribuye al mantenimiento de costumbres y tradiciones ancladas en el beneficio del varón, y que las propias mujeres defienden y contribuyen a su perpetuación. Un claro ejemplo de ello es la A/MGF.

ESTRUCTURA DE LA TESIS

El resultado de horas de búsqueda y análisis bibliográfico, estudio de la metodología aplicada, inmersión en el campo de estudio, recogida de información y análisis y descripción de la misma, quedan plasmados en torno a cuatro grandes bloques.

La tesis comienza con un **primer bloque** sobre “*Aspectos Introductorios*” en el que hemos plasmado los principales objetivos del estudio e intentado realizar una justificación rigurosa del porqué de este tipo de estudios en España y del papel de la Enfermería en los mismos. Además, hemos considerado necesario un acercamiento previo al marco teórico mediante definición de la terminología y de las motivaciones de su elección.

En el **segundo bloque** se recogen todos los fundamentos teórico-conceptuales que orientarán la investigación, comenzando por la presentación de los modelos conceptuales que guiaron el proceso de construcción del entramado teórico del documento, y siguiendo por la ampliación del fondo de conocimiento sobre la denominación y extensión de la A/MGF, cuales son los factores protectores de la misma, las complicaciones derivadas de esta cruel práctica, y de que instrumentos legales disponemos para la lucha contra ella.

A lo largo del **tercer bloque** se describen los aspectos metodológicos y se reflexiona sobre la elección de los mismos. Asimismo se recogen los pasos que progresivamente, han permitido el cumplimiento de los objetivos planteados, es decir, describe el mapa utilizado para llegar a los datos de forma precisa, tal y como exige la metodología cualitativa y los procesos éticos de la investigación.

Por último, el **bloque cuatro** representa el culmen del proyecto y de la tesis. En él se recogen los principales resultados que emanan de estos años de

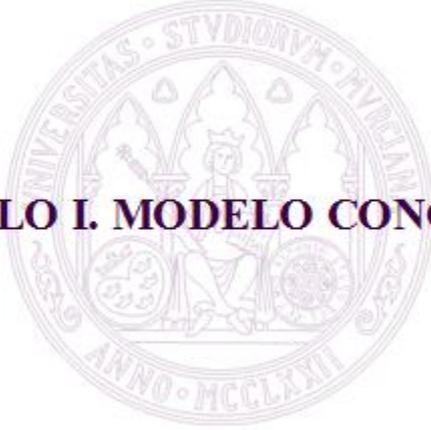
investigación. Se trata de la exposición de los diferentes niveles de análisis, definiciones de las unidades categorizadas y la reconstrucción teórica de los factores que consolidan la realización de la práctica desde el punto de vista de los hombres de países donde se realiza de forma habitual, a través de la interpretación del Modelo de Sol Naciente de Madeleine M. Leininger.

Finalizamos este capítulo, con la exposición de las diferentes ramas de estudio surgidas a partir del presente trabajo, y con las nuevas posibilidades e inquietudes de desarrollo tanto empírico como práctico que aporta esta tesis.



BLOQUE II

CONTEXTUALIZACIÓN DEL ESTUDIO



CAPÍTULO I. MODELO CONCEPTUAL

“La Enfermería es una disciplina, una profesión humanística, y científica de cuidados transculturales, cuyo fin primordial es atender a los seres humanos en todo el mundo”

Madeleine Leininger

1. INTRODUCCIÓN

El uso de modelos teóricos provee de una base conceptual a la disciplina Enfermera para fundamentar sus herramientas de trabajo diario, como el proceso enfermero o los planes de cuidados estandarizados. Además la existencia de un marco conceptual favorece el razonamiento lógico, la capacidad de análisis y el establecimiento de la teoría como hilo conductor de coherencia interna para la exposición de los resultados.

A título introductorio, a principios de los años 60, Enfermería fue la primera disciplina en incorporar el concepto de cultura. Fue en EEUU, donde se comenzaron a crear modelos y teorías con el fin de establecer intervenciones enfermeras culturalmente competentes. Como veremos en el desarrollo del modelo conceptual, la fundadora del campo de la Enfermería Transcultural, fue la norteamericana Madeleine Leininger, quien desarrolló su modelo a partir de la premisa de que las actuaciones de los/las profesionales de salud deben estar

determinadas por las creencias culturales de los/las pacientes. El resto de autores del campo de la Enfermería Transcultural, suelen basarse en las definiciones de Leininger, o elaboran otros modelos y teorías alternativas a los cuidados culturales de Leininger (Plaza del Pino, 2008).

- Teoría de las Tradiciones Culturales en Salud. Rachel Spector
- Modelo de Competencia Cultural. Larry Purnell.
- Modelo de Proceso para la Competencia Cultural. Josepha Campinha-Bacote.
- Modelo de Desarrollo de Habilidades Transculturales. Papadopoulos, Tilky y Taylor.

2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA EN UNA SOCIEDAD MULTICULTURAL

Las dificultades de la migración, junto a las condiciones de vida, a menudo complicadas, originan desigualdades sociales que a su vez generan desigualdades en salud. Para ejercer una correcta labor tanto de mantenimiento y promoción de salud, como de prevención de enfermedades o prácticas que tengan consecuencias directas sobre la salud, los/las profesionales de Enfermería tienen que ser sensibles a dichas desigualdades. Por ello en las intervenciones enfermeras, tanto individuales como colectivas, se tienen que tener en cuenta los factores de inmigración como desigualdad, e inmigración como contextualización cultural diferente aunque interconectada.

La cultura juega un papel importante en el proceso de salud-enfermedad y por ende en los cuidados culturales. Cada cultura construye una respuesta distinta al binomio salud-enfermedad, atribuyéndole interpretaciones y actuaciones singulares que determinan la vivencia de la enfermedad (Spector, 2001), del cuidado y de la generación del cuidado según la cultura. Por lo tanto la confluencia entre los cuidados demandados por la sociedad multicultural y los cuidados de Enfermería, genera la necesidad de un abordaje holístico,

donde el entendimiento y el conocimiento de las percepciones culturales juegan un papel imprescindible a la hora de enmarcar el cuidado en el enfoque basado en los derechos humanos, bajo la premisa del derecho a la vida.

Para la construcción de los cuidados culturales de calidad se requieren conocimientos, habilidades y actitudes específicas. Sin estos atributos, el cuidado cultural puede incurrir en lo que Martsolf (1999) llama “imposición cultural”, una situación provocada cuando la enfermera o el enfermero interactúa con sus pacientes obviando las singularidades culturales propias, y provocando de este modo fisuras donde la comunicación deja de fluir, y donde se puede perder la oportunidad de entablar relaciones terapéuticas relevantes. En el caso del abordaje de la A/MGF, el establecimiento de una buena relación de confianza, es primordial para llevar a cabo mediaciones fundamentadas culturalmente, que desemboquen en el abandono paulatino de la práctica.

Enmarcar el abordaje y prevención de la A/MGF, desde la Enfermería Transcultural cobra sentido desde el momento en el que comprendemos la práctica como un cuidado cultural centrado y contextualizado en un marco androcéntrico que altera y relativiza el significado del cuidar. Por lo tanto la única forma de actuación que aúna el respeto cultural y al derecho a la vida, es el diálogo fundamentado a través de las premisas culturales propias de cada comunidad, etnia y/o familia que realiza la práctica. Reconoceremos pues, no solo un acercamiento cultural si no un entendimiento de culturas interrelacionadas, que comparten más que un ámbito geográfico limitado. El hecho de la existencia de estas comunicaciones entre culturas nos invita, en este caso a reflexionar sobre la ética del cuidado y el relativismo entre el valor cultural y el derecho a la vida.

2.1. Aproximación a la Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger

De entre todos los modelos de Enfermería que han analizado el abordaje de las relaciones interculturales entre enfermeras y pacientes, desarrollaremos la Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger, con el fin de esclarecer cuál es el componente de la ciencia Enfermera que favorece un enfoque socio-humanista complejo en el abordaje de la A/MGF desde la disciplina enfermera.

Las culturas de las diferentes poblaciones y su concepto de salud y enfermedad son distintas en función de su procedencia. Según el modelo de Madeleine Leininger, el cuidado de la salud tiene semejanzas y diferencias de acuerdo con el contexto cultural en que se encuentra (Carrera Macià, 2010). Por lo tanto, desde esta perspectiva, se hace necesario comprender las diferentes formas de vida de las personas, sus contextos, sus sentimientos, sus preocupaciones, sus creencias, prácticas y valores, en sucesos tan diversos como maternidad, paternidad, nacimiento, adolescencia, adultez, vejez, enfermedad y muerte, con el fin primordial de ofrecer un cuidado coherente con la cultura (Muñoz de Rodríguez & Vásquez, 2007).

Cuidar a personas con características y costumbres culturales diferentes a las nuestras, tanto en el ámbito hospitalario como en el comunitario, ha propiciado en gran medida la aparición de nuevos términos que relacionan a Enfermería con la diversidad cultural, marcos teóricos y modelos de cuidados culturalmente competentes (Galao Malo, Lillo Crespo, Casabona Martínez, & Mora Antón, 2005). Así pues, creemos que la Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales, es la teoría enfermera más apropiada para enmarcar este proyecto. La competencia transcultural de los/las profesionales sanitarios es la que va a determinar la capacidad de gestionar cuidados en el ámbito de la prevención de la A/MGF, puesto que sólo unos cuidados transculturales garantizarán la superación de la limitación que supone

una visión etnocentrista del mundo y por tanto de los cuidados. Por ello, antes de comenzar con el mismo, se hace referencia a la fundamentación teórica de Madeleine Leininger.

Madeleine Leininger, en su libro *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice* (1978), define los principales conceptos, nociones teóricas y procedimientos prácticos de la Enfermería Transcultural.

Su teoría está basada en las disciplinas de la Antropología y de la Enfermería, siendo el propósito de la misma, descubrir las particularidades y universalidades de los cuidados humanos según la visión del mundo, la estructura social y otras dimensiones para después descubrir formas de proporcionar cuidados culturalmente congruentes a personas de diferentes culturas, para así mantener o recuperar el bienestar, la salud o afrontar la muerte de una forma culturalmente adecuada (McFarland, 2010). El cuidado cultural congruente se convierte en el eje central de los cuidados culturales. Se trata de un formato de cuidado sustentado y acompañado de creencias *emic*, valores y prácticas culturales propias de las personas en relación con su cultura. De esta forma se construye un cuidado significativo, sostenible, habilitador y respetuoso con los valores de la vida e integrador de los modelos sobre los valores vitales (Pacquiao, 2003). Por lo tanto la competencia y congruencia cultural es la forma de aportar un cuidado universalizado a la par que individualizado.

Esta teoría tiene unas características distintivas diferentes al resto de teorías enfermeras. Se trata de la única que se centra explícitamente en el descubrimiento holístico y global del cuidado cultural, y en descubrir factores globales que influyen en el cuidado del ser humano como el punto de vista del mundo, factores de la estructura social, el lenguaje, cuidados genéricos y profesionales, etnohistoria y contexto ambiental. Leininger, le otorga a la Enfermería la función de descubrir las diversidades y universalidades culturales que rodean al cuidado.

Para el desarrollo de este modelo teórico elaboró una serie de conceptos propios, que serán utilizados en la interpretación y exposición de resultados.

- **Cuidados y prestación de cuidados humanos:** hacen referencia a los fenómenos abstractos y concretos que están relacionados con experiencias de asistencia, apoyo y autorización o con conductas para con los demás que reflejen la necesidad evidente o prevista de mejora del estado de salud de la persona o de los estilos de vida o para afrontar discapacidades o la muerte (McFarland, 2010).
- **Cultura:** valores, creencias, normas, símbolos, prácticas y modos de vida de individuos, grupos o instituciones, aprendidos, compartidos y transmitidos de una generación a otra.
- **Cuidados culturales:** actos de prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás, centrados en necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar del cliente o para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas.
- **Diversidad de los cuidados culturales:** variables y/o diferencias de los significados, modelos, valores, modos de vida, y símbolos de los cuidados en o entre colectivos, relacionadas con las expresiones de asistencia, apoyo o capacitación en los cuidados a las personas.
- **Universalidad de los cuidados culturales:** similitud o uniformidad en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan el cuidado como una humanidad universal.

- **Concepción del mundo:** forma en que las personas o los grupos tienden a mirar hacia su mundo o universo para formarse una imagen o un punto de vista sobre sus vidas o sobre el mundo que les rodea.
- **Dimensiones culturales y de la estructura social:** modelos y características dinámicas, holísticas e interrelacionadas de los factores de estructura y organización de una cultura (o subcultura) determinada, donde se incluyen la religión (o espiritualidad), parentesco (sociedad), características políticas (ley), economía, educación, tecnología, valores culturales, filosofía, historia y lengua.
- **Contexto del entorno:** totalidad de un entorno (físico, geográfico y sociocultural), situación o hecho con experiencias relacionadas, que otorgan significados que guían las expresiones y decisiones humanas con referencia a un entorno o situación particular.
El entorno en el que se encuadra este estudio es España, tanto como totalidad geográfica como cultural. Es necesario conocer el contexto en el que nos encontramos, ya que sólo así seremos capaces de reconocer los cambios de dicho entorno en el trato de los derechos humanos.
- **Etnohistoria:** secuencia de hechos o desarrollos conocidos, presenciados o documentados sobre una población diseñada de una cultura.
- **Sistema de cuidados genéricos (tradicionales o populares):** puntos de vista y valores indígenas o interiores sobre un fenómeno.
- **Sistemas de cuidados profesionales:** punto de vista y valores externos o más universales sobre un fenómeno.

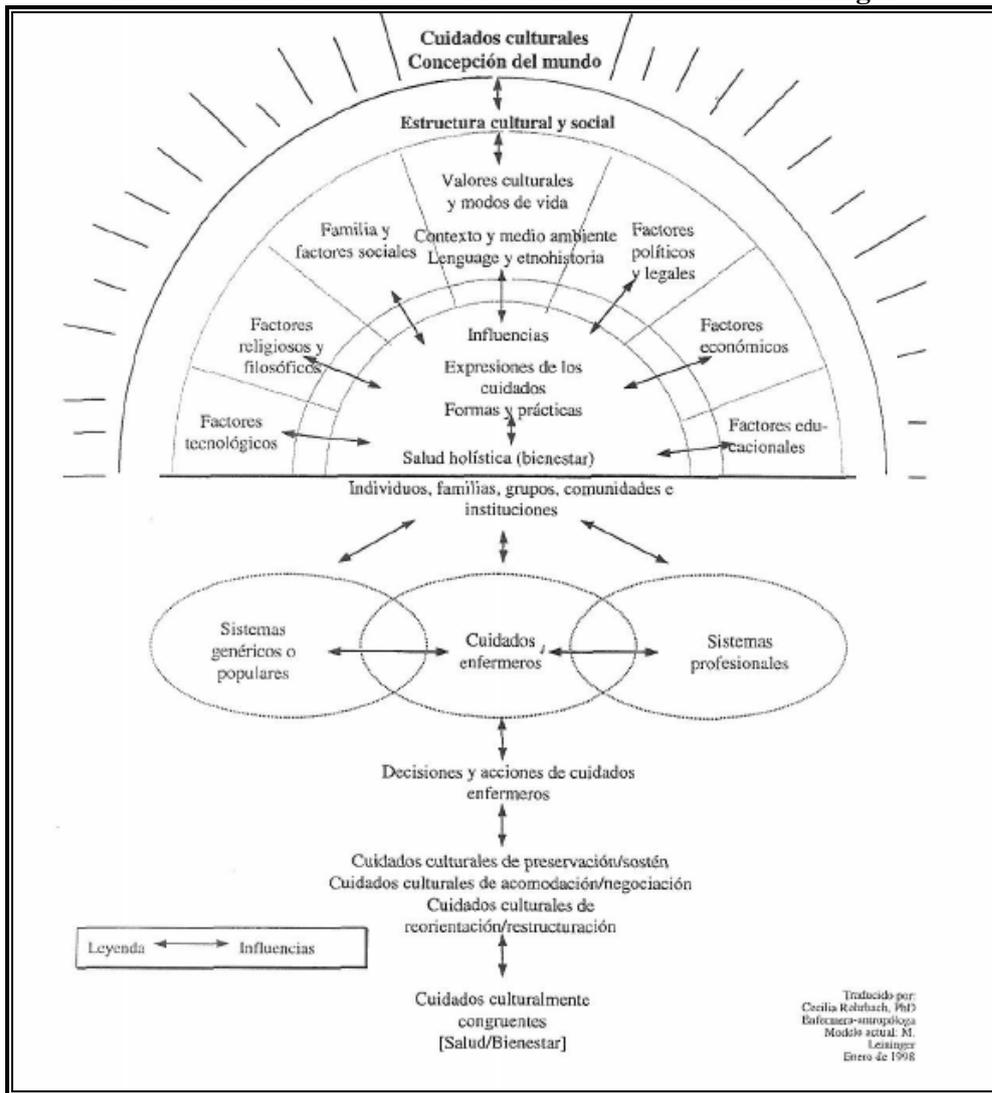
- **Salud:** estado de bienestar o recuperación que se define, valora y practica culturalmente por parte de individuos o grupos que les permite funcionar en sus vidas cotidianas.
- **Enfermería transcultural:** área formal de conocimientos y de prácticas humanísticas y científicas centradas en fenómenos y competencias del cuidado (prestación de cuidados) cultural holístico para ayudar a individuos o grupos a mantener o recuperar su salud (o bienestar) y para afrontar discapacidades, la muerte u otras condiciones humanas, de forma culturalmente coherente y beneficiosa.
- **Conservación o mantenimiento de los cuidados culturales:** acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura determinada a recuperar o conservar valores de los cuidados significativos para su bienestar, a recuperarse de las enfermedades o a saber afrontar impedimentos físicos o mentales o la misma muerte.
- **Adaptación o negociación de los cuidados culturales:** acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a las personas de una cultura (o subcultura) determinada a adaptarse o a llegar a un acuerdo con otras culturas, para así obtener resultados beneficiosos y satisfactorios.
- **Reorientación o reestructuración de los cuidados culturales:** acciones y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, facilitación y capacitación que ayudan a los pacientes a reorganizar, cambiar y modificar en gran medida sus modos de vida para obtener nuevos resultados, diferentes y beneficiosos.
- **Cuidados enfermeros competentes con la cultura:** uso explícito de cuidados y de conocimiento sanitario basado en la cultura de forma

sensible, creativa y significativa que se adapte a formas de vida y necesidades generales de individuos o grupos para el bienestar y la salud beneficiosa y satisfactoria o para afrontar la enfermedad, las discapacidades o la muerte.

Leininger elaboró el método de investigación de la *etnoenfermería*, y destacó la importancia del estudio de las personas basado en las creencias, valores y prácticas aplicadas en los cuidados derivados de conocimientos, objetivos o subjetivos, de una cultura. En el estudio de la etnoenfermería, esta autora, otorga una gran importancia a los métodos cualitativos, y dentro de estos a los métodos etnográficos émic, con el fin de conseguir manifestaciones locales de personas, expresadas por el lenguaje, las experiencias, las convicciones y el sistema de valores sobre el que se cimientan sus cuidados (Leno González, 2006). La valoración cualitativa es importante para desarrollar un conocimiento fundamental, básico, sustancial y basado en la información recogida sobre los cuidados culturales, gracias al cual se podrá orientar a las enfermeras en su trabajo contra la A/MGF.

Para representar los componentes esenciales de la teoría, Leininger, elaboró, en 1970 el Modelo del Sol Naciente. Modelo que ha resultado ser un instrumento valioso para estudiar exhaustivamente los diversos elementos o componentes de la teoría y para realizar valoraciones clínicas que sean lógicas para la cultura. Esta representación gráfica describe a los seres humanos como entes que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social original, de su concepción del mundo, de su trayectoria vital y del contexto de su entorno; lo que viene a ser un principio fundamental de la teoría de Leininger (McFarland, 2010).

Ilustración 1. Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger



Fuente: imagen extraída de Rohrbach (1998).

El Modelo del Sol Naciente simboliza la salida del sol; en el que la mitad superior del círculo representa los componentes de la estructura social y los factores de concepción del mundo que influyen en los cuidados y en la salud por medio del contexto, del lenguaje, la etnohistoria y el entorno. Estos factores también influyen en los sistemas populares, profesionales y enfermeros que se hayan en la parte central del modelo. Las dos mitades unidas forman un sol entero, que viene a significar el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud. Por tanto la enfermera actúa como puente de unión entre el sistema genérico y el

profesional. A través de estos factores se crean tres posibles líneas de actuación y decisión de Enfermería dentro de la teoría (tabla 1).

Tabla 1. Modos de acción y decisión en la Cultura del Cuidado

Líneas de actuación	Definición
Preservación o mantenimiento de los cuidados culturales	Acciones, habilidades y decisiones profesionales de asistencia, apoyo, y facilitación que ayudan a las culturas a conservar, preservar o mantener creencias y valores beneficiosos para hacer frente a desventajas o muerte.
Acomodación o negociación de los cuidados culturales	Acciones de atención facilitadoras que permiten tomar decisiones que ayudan a adaptarse a culturas o negociar con otros para un cuidado culturalmente congruente, seguro y eficaz para su salud y bienestar, así como para hacer frente a la enfermedad o la muerte.
Reorientación o restauración de los cuidados culturales	Acciones de asistencia, apoyo y facilitación para fomentar decisiones de inversión que ayuden a las personas a reordenar, cambiar, modificar o reestructurar sus modos de vida, patrones de cuidado y prácticas de salud.

Fuente: Elaboración a partir de McFarland, Mixer, Webhe-Alamah, & Burk, 2012.

Al igual que Leininger utiliza el Modelo del Sol Naciente como esquema teórico y como vía de percepción y comprensión del mundo para establecer acciones relativas al cuidado y fundamentadas culturalmente, este trabajo pretende integrar los datos obtenidos durante la investigación en el modelo conceptual de Leininger a través de la creación de un Modelo del Sol Naciente paralelo, que ejemplifique y conceptualice la interrelación de los elementos que antropológicamente determinan la A/MGF como cuidado cultural. Al fin y al

cabo aunque sean diferentes las culturas y diversos los factores que justifiquen la práctica, pretendemos crear nuestro propio modelo conceptual para la A/MGF basándonos en las culturas que la rodean a través de los ojos de los hombres, integrando los datos en un modelo conceptual propio de la disciplina Enfermera que genere y dote a la presente tesis doctoral de un todo de significado.

A través de esta teoría, trataremos de conseguir que los conocimientos y como consecuencia, las intervenciones de Enfermería en este ámbito, tengan una base contextualizada culturalmente que pueda servir tanto a la comunidad enfermera, como al resto de profesionales integrantes del equipo multidisciplinar, para conseguir las competencias necesarias para trabajar de la forma más eficaz posible dentro del contexto sociocultural de las mujeres que han sufrido esta práctica o que están en riesgo de sufrirla. Se trata pues de ayudar a conocer una realidad subjetiva y múltiple que constituye, no sólo un problema de salud evidente, sino que también ayuda a perpetuar situaciones de dominación-sumisión en las relaciones entre hombres y mujeres.

El desarrollo de nuevos conocimientos sobre la realidad de las perspectivas de los hombres que defienden la práctica, permitirá implementar la identificación de sus causas y defensa conjuntamente, con el fin de apoyar las prácticas beneficiosas o neutras, y negociar o reorientar las que supongan un riesgo y/o daño para la salud biopsicosocial de las mujeres y las niñas. De ese modo se evitará que el sistema de cuidados genéricos de la cultura occidental influya en la toma de decisiones, con el fin de prevenir actitudes que menosprecian los valores arraigados culturalmente en las comunidades donde se practica, y propiciando la superación de los propios tabúes. Se trata de proponer un modelo de intervenciones positivas y de constituir un diálogo culturalmente efectivo en el ámbito de la prevención de prácticas tradicionales de nefastas consecuencias para la salud de la mujer.

La aplicación de dicho modelo teórico en nuestro entorno, para investigar y trabajar en este ámbito, es realmente interesante puesto que proporciona a los/las enfermeros/as la posibilidad de participar en la construcción de una sociedad intercultural, en la que el diálogo evite que ningún grupo prevalezca por encima del otro, favoreciendo la horizontalidad y la relación justa entre sociedades y colectividades.

3. ENFOQUE BASADO EN LOS DERECHOS HUMANOS (EBDH)

La incorporación del EBDH en la presente tesis, facilitará la realización de un análisis exhaustivo del problema tratado. A través de este análisis intentaremos fomentar la creación de un marco de acción con un objetivo común, la erradicación de la A/MGF y cuyo fin será la protección de los derechos humanos de las mujeres y de las niñas. De este modo, se ofrecen referentes comunes, para fundamentar y transversalizar las líneas de investigación y de acción, presentes y futuras que emanan de esta tesis.

3.1. Breve Recorrido Histórico

En la década de los noventa, como consecuencia del marco internacional establecido, y en respuesta a una coyuntura histórica marcada por la Guerra Fría y la caída del muro de Berlín, Naciones Unidas, lidera el surgimiento e incorporación del EBDH en las políticas y estrategias mundiales de Cooperación para el Desarrollo. Se comienza a reconocer entonces que la pobreza es la causa fundamental de la falta de disfrute de los Derechos Humanos, siendo a su vez, la no universalización de los derechos humanos una causa estructural de pobreza.

A partir de la Conferencia de Viena en 1993, la Asamblea General de Naciones Unidas, siguiendo el mandato del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos, reafirma todos los derechos humanos,

civiles, políticos, culturales, sociales y económicos; como derechos universales, individuales, interdependientes e interrelacionados y que es deber de los Estados, la promoción y protección de todos y cada uno de los derechos humanos y libertades fundamentales (De Luis Romero, 2009).

Cinco años después, en 1997, el entonces Secretario General de las Naciones Unidas, Kofi Annan, señaló la importancia de incorporar el EBDH dentro del marco de reforma de las Naciones Unidas. Apuntó entonces a los derechos humanos como una herramienta esencial para la consecución de la paz, la seguridad, la prosperidad económica y la equidad social (Annan, 1997). A partir de ese momento es cuando los diferentes agentes y organizaciones centrados en la lucha por el desarrollo y los derechos humanos, comienzan a incorporar el EBDH en sus actividades, estableciendo una verdadera interrelación entre ambos.

Este posicionamiento a favor de un modelo basado en los Derechos Humanos de las Naciones Unidas, quedó ratificado en posteriores conferencias como la Declaración de los Objetivos del Milenio (2000), o la de Entendimiento Común (2003). En ellas se establece una base para la construcción de las capacidades de las personas como poseedoras de derechos y como agentes reclamadores de los mismos. Se pasa pues a una visión del desarrollo como derecho, y por lo tanto el objetivo de desarrollo pasa a ser la obligación de garantizar, proteger y hacer cumplir los derechos de las personas (De Luis Romero, 2009).

Los principales elementos que fundamentan el concepto de EBDH para la integración de los derechos humanos en el desarrollo sostenible son: participación e inclusión para el empoderamiento; habilitación, igualdad y no discriminación, igualdad de género, rendición de cuentas y fortalecimiento del Estado de derecho; universalidad, invisibilidad e interdependencia de los derechos humanos (Fernández Aller, 2009).

3.2. Derechos Humanos: concepto, valores y principios

El concepto de Derechos Humanos está sujeto a variables ideológico-políticas. Como afirma Joaquín Herrera, los derechos humanos no son estáticos y “*se van creando y recreando a medida que vamos actuando en el proceso de construcción social de la realidad*” (2000, p.27).

En general para referirse a los derechos, suele hablarse de derechos humanos, naturales, públicos subjetivos, libertades públicas, derechos morales o derechos fundamentales. A pesar de estas diferencias jurídicas el EBDH, acepta todos estos términos como válidos, aunque los más utilizados son Derechos Humanos y Derechos Fundamentales (Fernández Aller, 2009).

Podemos definir derechos humanos como aquellas “*garantías legales de carácter universal que protegen a los individuos y grupos contra acciones y omisiones que afectan a su libertad y dignidad humana.*” (Fernández Aller, 2009. p. 38). Por lo tanto, son los estándares mínimos exigibles basados en las necesidades de las personas, surgidas tras la segunda guerra mundial, y de ellas emanan derechos como el derecho a la paz, el derecho al desarrollo, el derecho a la autodeterminación de los pueblos, el derecho a un medio ambiente sostenible, saludable y ecológicamente equilibrado, o el derecho a la utilización del patrimonio común de la humanidad.

Ahondando en el concepto de derechos humanos, éstos se integran por normas, principios y valores. *Normas* como aquellos enunciados que contienen hipótesis normativas con consecuencias jurídicas; *principios* como valores traducidos a términos jurídicos; y *valores* como axiomas o proposiciones aceptadas como ideas absolutas. Tampoco podemos olvidar la obligatoriedad de los Estados de respetar y proteger el estado de derecho; además de promocionar la incorporación de medidas legales, administrativas, presupuestarias y judiciales, para la consecución del mismo (Fernández Aller, 2009).

Estos valores traducidos a términos jurídicos, es decir, los principios de los derechos humanos, están recogidos de forma directa o indirecta, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, aprobada en 1948 por la Asamblea General de las Naciones Unidas y ratificados en la Declaración y Programa de Acción de Viena, aprobado en la Conferencia Mundial de los Derechos Humanos en 1993.

- **Principio de universalidad:** El derecho pasa a pertenecer a cualquier ser humano sin excepciones de ningún tipo.

“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos”
(Artículo 1. DUDH, 1948).

“Toda persona tiene todos los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo, idioma, religión, opinión política o de cualquier otra índole, origen nacional o social, posición económica, nacimiento o cualquier otra condición.” (Artículo 2. DUDH, 1948).

- **Principio de inalienabilidad:** No se puede renunciar a los derechos, ni pueden ser transmitidos a terceros.

- **Principio de indivisibilidad.** Este principio hace hincapié en la igualdad de importancia de todos y cada uno de los derechos, y por lo tanto no cabe la posibilidad de dividirlos por categorías.

- **Principio de interdependencia e interrelación.** El hecho de que todos los derechos compartan un conjunto de principios propicia que estos sean interdependientes. Se establece pues, una visión global de todos los derechos creando una interrelación entre ellos. La consecución de uno de los derechos puede favorecer la materialización de otro.

“Todos los derechos humanos son universales, indivisibles e interdependientes y están relacionados entre sí.” I-5 Declaración y Programa de Acción de Viena (1993)

- ***Principios de igualdad y no discriminación.*** Estos dos principios homólogos están incorporados en numerosos instrumentos internacionales del derecho. Toda persona tiene derecho a ser tratada desde una igual base y derecho a ser protegidos contra la discriminación por diversos motivos, entre ellos la orientación sexual y la identidad de género.

- ***Participación e inclusión.*** El principio de participación trasciende a otros tantos derechos como el de libertad de expresión o el de libertad de organizarse sin restricciones ya que no es posible el uno sin el otro. Para lograr una sociedad rica en derechos humanos es fundamental la participación activa y documentada de los ciudadanos.

- ***Responsabilidad, rendición de cuentas y papel de la ley.*** Se trata de un principio bastante actual centrado en la rendición de cuentas por parte de las organizaciones y/o gobiernos en la gestión de fondos públicos habilitados para la incorporación progresiva de los derechos humanos en las comunidades.

En palabras de Cecilia Fernández Aller, *“los derechos y las obligaciones exigen responsabilidad: a menos que estén respaldados por un sistema de responsabilidad, pueden convertirse en simples declaraciones retóricas vacías de contenido”* (2009, pag. 46).

Pero las libertades y garantías para los seres humanos no son responsabilidad de los Estados, sino que interesan y obligan a toda la comunidad internacional, a crear herramientas para la defensa y cimentación de sociedades civiles basadas en los derechos humanos. Por ello, para dar validez

y protección jurídica, y buscando asegurar el respeto de los derechos humanos por los gobiernos nacionales, son diversos los documentos reconocidos por la comunidad internacional, entre los que destacan los que se recogen en la tabla 2.

Este apartado finaliza haciendo hincapié en una premisa imprescindible para la correcta aplicación del EBDH: las personas deben ser los actores clave para conseguir la meta del desarrollo y la lucha contra la vulneración de los derechos humanos. Debemos alejarnos del paternalismo, pasando a ser sujetos activos de la reducción de las desigualdades y el fortalecimiento de las capacidades humanas.

Tabla 2. Principales Declaraciones y Convenciones sobre Derechos Humanos

Declaraciones y Convenciones a favor de los Derechos Humanos	Fecha	Lugar de redacción	Contenido
Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano (Asamblea Nacional Constituyente francesa)	1789	Francia	Definición de los derechos personales y colectivos como universales. No hace mención explícita a la condición de las mujeres o la esclavitud.
Declaración Universal de los Derechos de las Mujeres y las Ciudadanas	1791	Francia	Redactada por Olympia de Gouges, siguiendo el ejemplo de la Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano supone el primer paso para la igualdad en derechos de las mujeres.
Declaración Americana de Derechos y Deberes del Hombre	1948	Bogotá	Establece principios básicos referidos a los derechos humanos, a los deberes que conllevan y a su sentido moral.
Declaración Universal de los Derechos Humanos	1948	París	Se compone de un preámbulo y treinta artículos, que recogen derechos de carácter civil, político, social, económico y cultural.
Convención Americana de Derechos Humanos	1969	Costa Rica	Define medidas protectoras para proveer y garantizar los derechos humanos
Declaración Universal de los Derechos de los Pueblos	1976	Argel	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.
Convención sobre los Derechos del Niño	1989		Recoge los derechos de la infancia y es el primer instrumento jurídicamente vinculante que reconoce a los niños y niñas como agentes sociales y como titulares activos de sus propios derechos.

4. MARCO REFERENCIAL DEL DERECHO A LA SALUD

La OMS en su Nota Descriptiva N° 323 de noviembre de 2013, establece el Derecho a la salud como el goce del grado máximo de salud que se pueda lograr. Este derecho incluye el acceso a una atención sanitaria oportuna, aceptable, asequible y de calidad satisfactoria para todas las comunidades (OMS, 2013).

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. Esto propicia que las intervenciones sean dirigidas a preservar, promover y mejorar la salud, haciendo especial hincapié en la prevención de la enfermedad y de los factores generadores de enfermedad.

Para asegurar la incorporación de elementos relativos a los derechos humanos en las políticas públicas de salud, el derecho a la salud está consagrado en tratados internacionales y regionales de derechos humanos y en las constituciones de países de todo el mundo. En este campo los principales referentes se encuentran en:

- **Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH), 1948**

Recoge en su artículo 25.a: *“toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, así como a su familia, la salud y el bienestar; y en especial la alimentación, [...] asistencia médica [...] la maternidad y la infancia tienen derecho a cuidados y asistencia especiales [...]”*

- **Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales, 1966**

Entró en vigor en 1976. Reconoce en el artículo 12 el *“derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”*.

Este pacto reseña la obligación de los Estados de asegurar a la ciudadanía el disfrute de este derecho.

- **Convención sobre los Derechos del Niño**

Ratificada en 1989 y puesta en vigor en 1990. En su artículo 24.1 hace alusión a que *“Los Estados partes reconocen el derecho del niño al disfrute del más alto nivel posible de salud y a servicios para el tratamiento de las enfermedades y la rehabilitación de la salud. Los Estados partes se esforzarán por asegurar que ningún niño sea privado de su derecho al disfrute de esos servicios sanitarios.”* Además en el artículo 24.2, incluye la obligación de los Estados a adoptar las medidas necesarias, orientadas a la abolición de las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud del niño y de la niña, con el fin de reducir la mortalidad infantil, asegurar la prestación de asistencia sanitaria, combatir las enfermedades y la malnutrición, asegurar la atención sanitaria prenatal y postnatal, constatar que todos los sectores de la sociedad conozcan los principios básicos de salud, y desarrollar la atención preventiva y la orientación de padres, madres, servicios sanitarios y educadores/as en materia de planificación familiar.

- **IV Conferencia sobre la Mujer**

Celebrada en Beijing entre el 4 y el 15 de septiembre de 1995, culmina con la Declaración de Beijing de la cual emana *“el reconocimiento explícito y la reafirmación del derecho de todas las mujeres a controlar todos los aspectos de su salud, en particular su propia fecundidad, es básico para la potenciación de su papel”*.

- **Declaración del Milenio del año 2000**

En ella se reconocen las desigualdades existentes en el mundo que imposibilitan la consecución del desarrollo. Se hace partícipe a la población en la defensa de los principios de dignidad humana, igualdad y equidad en el mundo, y se proponen los ODM, como guía para frenar

las desigualdades. De ellos, los siguientes objetivos del milenio están relacionados con el derecho a la salud:

- *“Haber reducido, para ese mismo año, la mortalidad materna en tres cuartas partes y la mortalidad de los niños menores de 5 años en dos terceras partes respecto de sus tasas actuales.”*
- *“Haber detenido y comenzado a reducir la propagación del VIH/SIDA, el flagelo del paludismo y otras enfermedades graves que afligen a la humanidad.*
- *“Promover la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer como medios eficaces de combatir la pobreza, el hambre y las enfermedades y de estimular un desarrollo verdaderamente sostenible”*
- *“Alentar a la industria farmacéutica a que aumente la disponibilidad de los medicamentos esenciales y los ponga al alcance de todas las personas de los países en desarrollo que los necesiten.”*

- Declaración de París de 2005

Donde se reafirman las conclusiones de la Cumbre del Milenio, estableciendo medidas para aumentar la eficacia de la ayuda al desarrollo mediante mecanismos de supervisión y evaluación que permitan mejorar las formas de suministrar y gestionar la ayuda (Fernández Juan, 2009).

4.1. Otros instrumentos Internacionales y Regionales sobre el derecho a la salud

El concepto de salud, consagrado en la Constitución de la Organización Mundial de la Salud en 1946, y reiterado durante la Declaración de Alma-Ata en 1978, como el más alto grado *de bienestar físico, mental y social, y no solo*

la ausencia de enfermedad, abarca no solo una atención sanitaria oportuna y adecuada sino que también precisa de unos requisitos y condiciones para poder hacer uso de este derecho. Estos requisitos y condiciones fueron enumerados durante la Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud de 1986 y recogidos en la Carta de Ottawa. Los requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

La globalidad del concepto de salud hace titulares de este derecho a todas las personas por el mero hecho de nacer. Esto crea también otras titularidades como las de obligación y responsabilidad, imponiendo al Estado, instituciones públicas nacionales y locales de salud a garantizar este derecho, y haciendo extensible la responsabilidad del cumplimiento del mismo a todas las personas titulares del mismo.

Tabla 3. Otros Instrumentos en los que se proclama el derecho a la salud

Instrumentos Internacionales	Año
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (CEDR)	1965
Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDM)	1979
Carta Social Europea	1961
Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos	1981
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales	1988
Declaración y Programa de Acción de Viena	1993

Fuente: Elaboración a partir de Fernández Juan, 2009.

5. MARCO REFERENCIAL DE LA IGUALDAD DE GÉNERO

*“No se nace mujer: se llega a serlo.
Ningún destino biológico, psíquico, económico,
define la imagen que reviste en el seno de la sociedad
la hembra humana”*

Simone de Beauvoir
El Segundo Sexo. pp. 371

El concepto de género comienza a fraguarse con Simone de Beauvoir, en 1949 cuando publica su libro *El segundo sexo*, en el que establece una distinción entre sexo y género, rompiendo de esta forma con el determinismo biológico de la concepción de mujer. Pero no es hasta la década de los sesenta cuando con la publicación del libro *Sex and Gender*, Robert Stoller, establece un complejo debate terminológico abriendo de esta forma un nuevo camino para definir la identidad de hombre y mujer (Fraisie, 2001).

A partir de entonces, el concepto de sexo se reduce paulatinamente a los determinantes biológicos mientras el concepto de género adquiere fundamentos socialmente contruidos que determinan los roles de los sexos. Es decir, las personas nacen con sexo masculino o femenino, pero aprenden a ser niños y niñas que se convierten en hombres y mujeres. Este comportamiento aprendido compone la identidad de género y determina las funciones atribuidas a ellos (OMS, 2002). Estas construcciones sociales pueden generar desigualdades de género, es decir, diferencias entre hombres y mujeres que favorecen

sistemáticamente a uno de los dos grupos y a su vez, esas desigualdades pueden crear inequidades entre hombres y mujeres en diversos ámbitos de los derechos humanos. Cuando hablamos de desigualdad de género se debe tener en cuenta una serie de variables adicionales al sexo sobre las que se crea la discriminación. Estas variables son edad, clase social, pertenencia étnica, nacionalidad y religión, así como el medio geográfico, económico y político (Medicusmundi Andalucía, 2010).

De este modo definiremos igualdad de género como la ausencia de discriminación basada en el sexo de la persona en materia de oportunidades, asignación de recursos y beneficios o acceso a los servicios, y equidad de género a la imparcialidad y la justicia en la distribución de beneficios y responsabilidades entre hombres mujeres (OMS, 2002).

La corrección del desequilibrio histórico entre los sexos precisa de una ardua lucha por la igualdad y la no discriminación. Así lo establece la comunidad internacional, convirtiendo la igualdad de género y la no discriminación en uno de los principios básicos de los derechos humanos como estipula la DUDH en su artículo número dos. Por lo tanto, la relación entre los derechos humanos y la igualdad de género es una condición indispensable para el proceso de desarrollo sostenible y centrado en el ser humano (De Luis Moreno, 2009). En respuesta a estas exigencias, surgen las políticas de los organismos internacionales consolidadas en numerosos tratados y normativas internacionales.

- Carta de Naciones Unidas

Firmada del 26 de junio de 1945, establece en el artículo 1 párrafo 3, que uno de los propósitos de Naciones Unidas es *“realizar la cooperación internacional en la solución de problemas internacionales de carácter económico, social, cultural o humanitario, y en el desarrollo y estímulo del respeto a los derechos humanos y a las libertades fundamentales de todos, sin hacer distinción por motivos de raza, sexo, idioma o religión”*.

- Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948

La igualdad de género y la no discriminación juegan un papel muy importante a lo largo de todo el articulado de la declaración. En ella este tema es tratado de forma explícita y transversal, como vemos a continuación; o implícita, como en los artículos que reflejan las garantías en el matrimonio, o cuando se habla del derecho al trabajo (De Luis Moreno, 2009).

- **Preámbulo:** donde habla de la dignidad de todas las personas y la igualdad de derechos entre hombres y mujeres.

“Considerando que la libertad, la justicia y la paz en el mundo tienen por base el reconocimiento de la dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los miembros de la familia humana”

- **Artículo 1.** Donde se reitera que *“todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos.”*
- **Artículo 2.** Precisa que el sexo no puede ser motivo de discriminación.
- **Artículo 7.** Señala que todos los seres humanos somos *“iguales ante la ley y tienen sin distinción, derecho a igual protección de la ley.”*

Como afirma Elena de Luis Romero (2009), la DUDH tiene un carácter político y no legal, por lo que las normas que emanan de ella, se han ido recogiendo en distintos tratados sobre derechos humanos. De entre ellos destacan el Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos y el Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, ambos de 1966 y en los que se señala en su artículo 3 que los Estados son responsables

de asegurar que hombres y mujeres disfruten en condiciones de igualdad de los derechos reafirmados en los pactos.

Junto con estos dos Pactos es de vital importancia una Convención clave para entender el género y el rol de las mujeres en la lucha por la consecución de la igualdad de género, la CEDAW, aprobada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 18 de diciembre de 1979 y que entró en vigor como tratado internacional, el 3 de septiembre de 1981, tras su ratificación por 20 países. Esta Convención y su Protocolo Adicional de 1999, son tratados vinculantes de anti-discriminación que insta al fomento de *“la máxima participación de la mujer, en igualdad de condiciones con el hombre, en todos los campos, siendo indispensable para el desarrollo pleno y completo de un país, el bienestar del mundo y la causa de la paz.”*

Además de todos estos Tratados Internacionales que contextualizan la lucha por la igualdad efectiva de género se resumen en las tablas 4 y 5 las Conferencias Internacionales que han tratado el tema de forma explícita y de forma implícita respectivamente. De ellas podemos extraer la filosofía internacional que ha guiado el abordaje de la igualdad de género dentro de los estándares de los derechos humanos en los últimos años. En este sentido, es de especial mención la última de las conferencias mundiales, celebrada en septiembre de 1995 en Beijing (China) y cuyo resultado fue la Declaración y Plataforma de Acción de Beijing. Esta Declaración se ha erigido en los últimos 19 años como el referente internacional más importante en la implantación y cambio de enfoque de género, el llamado Género en Desarrollo (GED), (De Luis Moreno, 2009). De esta forma las cuestiones de género trasciende el mundo de las mujeres para pasar a formar parte de todas las políticas y programas de desarrollo internacional.

Tabla 4. Otros instrumentos Internacionales sobre igualdad de género

Instrumentos Internacionales	Año
Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (CEDR)	1965
Convención sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (CEDM)	1979
Carta Social Europea	1961
Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos	1981
Protocolo Adicional a la Convención Americana sobre Derechos Humanos en Materia de Derechos Económicos Sociales y Culturales	1988
Declaración y Programa de Acción de Viena	1993

Fuente: Elaboración a partir de ONU Mujeres y De Luis Romero, 2009.

Beijing supone un verdadero punto de inflexión en la lucha por la igualdad en el marco internacional. Motivo por el cual, a partir de 1995 la Asamblea General de las Naciones Unidas comenzó a convocar reuniones extraordinarias cada cinco años con el fin de evaluar los objetivos señalados en Beijing y valorar el progreso en la igualdad entre mujeres y hombres, poniendo especial atención en las 12 áreas críticas sobre las que la Conferencia había señalado una especial preocupación.

Estas 12 áreas se corresponden con los siguientes objetivos estratégicos que rigen el marco lógico de actuación en materia de género desde la celebración de la cuarta conferencia: la mujer y la pobreza; educación y capacitación de la mujer; la mujer y la salud; la violencia contra la mujer; la mujer y los conflictos armados; la mujer y la economía; la mujer en el ejercicio del poder y la toma de decisiones; mecanismos institucionales para el adelanto de la mujer; los derechos humanos de la mujer; la mujer y los medios de comunicación y difusión; la mujer y el medio ambiente; y la niña.

En estas reuniones, se insta a las 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. Además se reafirma la validez y vigencia de la plataforma como herramienta para cumplir los objetivos propuestos en la cuarta conferencia mundial.

Han sido 3 las reuniones celebradas hasta hoy:

- **Beijing +5**, celebrada en el año 2000.
- **Beijing + 10**, celebrada en marzo de 2005
- **Beijing +15**, celebrada en marzo de 2010.

Tabla 5. Conferencias Internacionales que han tratado la Igualdad de Género de forma implícita

Conferencias Internacionales	Fecha	Lugar de Celebración	Contenido
I Conferencia Mundial	1975	México	Vincula la discriminación y la desigualdad con el subdesarrollo provocado por un sistema mundial injusto. Se planteó la necesidad de reestructurar las relaciones económicas internacionales de forma que ofrecieran más posibilidades de integrar a las mujeres en la vida económica, social, política y cultural.
II Conferencia Mundial	1980	Copenhague	Se reconoció la disparidad entre los derechos garantizados y la capacidad de las mujeres para ejercerlos. 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.
III Conferencia Mundial	1985	Nairobi	Se reconoce que los objetivos de igualdad, desarrollo y paz, no se habían cumplido. Por este motivo comienzan a crear nuevas medidas para lograr la igualdad de género a nivel nacional y promover la participación de las mujeres en las iniciativas de paz y desarrollo. También se asume que la cuestión de género no es un acontecimiento aislado y se debe plantear desde todos los ámbitos de la vida.
IV Conferencia Mundial	1995	Beijing	Se reconoce que el cambio en la situación de las mujeres afecta al total de la sociedad y que la igualdad de género debe ser un requisito indispensable para el desarrollo y la paz mundial. Se aprobó la <i>Plataforma de Acción de Beijing</i> , en ella 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.

Tabla 6. Conferencias de Desarrollo con contenidos en Igualdad de Género

Conferencias de Desarrollo	Fecha	Lugar de celebración	Contenido
Conferencia Mundial sobre Educación para Todos	1990	<i>Jomtien</i>	Se promueve la igualdad de género a través de la universalización de la educación primaria
Conferencia sobre Medio Ambiente y Desarrollo	1992	<i>Río de Janeiro</i>	Introdujo una perspectiva de género sobre el medioambiente, siendo reconocidas las mujeres como esenciales en la preservación y gestión de los recursos naturales
Conferencia sobre los Derechos Humanos	1993	<i>Viena</i>	Adoptó como prioridad la igualdad de género dentro del marco de los Derechos Humanos
Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo	1994	<i>El Cairo</i>	Se propone la eliminación de todas las formas de discriminación y violencia contra las mujeres. Se reconoce el empoderamiento y la autonomía de las mujeres y la mejora de su condición política, social, económica y de salud como un fin en sí mismo. Además se incluye la salud sexual y la salud reproductiva
Conferencia Mundial sobre Desarrollo Social	1995	<i>Copenhague</i>	Estableció que el empoderamiento político, económico y social de las mujeres es clave para erradicar la pobreza, el desempleo y la desintegración social

Fuente: Elaboración a partir de conferencias mundiales

5.1. Integreción del EBDH en la lucha contra la A/MGF

Las mujeres y las niñas que son sujetos pasivos de estas prácticas, son a su vez titulares formales de una serie de derechos y libertades fundamentales que les son inherentes desde el momento de su nacimiento. Por lo tanto, la A/MGF, tanto el acto como las motivaciones junto a las circunstancias en las que se realiza, incurren en una transgresión de los derechos humanos en general y de las mujeres y las niñas en particular. Este hecho ha despertado la atención de distintos organismos internaciones, colocando a la práctica en la agenda de los derechos humanos con el fin de cimentar las bases de su erradicación.

Destaca la labor de Naciones Unidas, que a través de las diversas conferencias internacionales ha conseguido establecer un marco para el análisis y denuncia de la A/MGF como una práctica que viola los derechos humanos, la salud sexual y reproductiva, y el derecho a una vida plena y libre de violaciones (Agirregomezkorta Ibarluzea & Fuertes Cabrera, 2011)

Los documentos internacionales que abordan la A/MGF son:

- **La Declaración Universal de Derechos Humanos**, adoptada en 1948, constituye una amplia base para la protección de las mujeres frente a la práctica de la A/MGF.
- **Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos**, adoptado en 1966, protege a las personas frente a torturas y penas o tratos crueles inhumanos o degradantes (artículo 7).
- **Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales** de 1966. Protege el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental en su artículo 12.

- **Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW)** de 1979, fundamenta la base para la eliminación de la práctica, reconociéndola como una forma de violencia contra las mujeres e instando a los Estados a tomar medidas para su eliminación.
- **Convención sobre los Derechos del Niño de 1989.** Parafraseando el artículo 24, la garantía del reconocimiento y la protección de los derechos de la infancia recae en los Estados, quienes deben trabajar por la abolición de las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para su salud.
- **Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer** de la Asamblea General de Naciones Unidas de 1993. En su artículo 1 nos ofrece una definición de la violencia contra la mujer, e identifica en el artículo 2.a la A/MGF como una manifestación de esta categoría de violencia.
- **Informe del Secretario General A/53/354 sobre las Prácticas tradicionales o consuetudinarias que afectan a la salud de la mujer y la niña**, del 10 de septiembre de 1998. En él, se hace referencia a la falta de gestiones a nivel nacional, regional e internacional en el contexto de la salud, los derechos humanos y la potenciación de la mujer para la eliminación de la práctica. Además se hace un llamamiento a los Estados para que ratifiquen y cumplan los tratados internacionales en materia de prácticas tradicionales perjudiciales, y que cooperen y realicen tareas de educación para la salud que motiven la eliminación de las dichas prácticas. De este informe nacen las resoluciones sobre prácticas tradicionales o consuetudinarias que afectan a la salud de la mujer y la niña, A/RES/54/133, del 7 de febrero de 2000. y A/RES/56/12830, de enero de 2002.

- **Resolución sobre la eliminación de la mutilación genital femenina, E/CN.6/2010/L.8.** Fue adoptada por la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer (CSW) en marzo de 2010. Esta resolución reconoce que la A/MGF es una violación de derechos humanos que produce daños irreparables y constituye una grave amenaza para la salud de las mujeres y niñas. Incluye recomendaciones concretas de múltiples niveles a los Estados con el fin de eliminar la práctica mediante la condena, la aprobación y el cumplimiento de legislación que prohíba dicha práctica tradicional.

En cuanto a los tratados regionales referentes a la lucha contra esta cruenta práctica en África, se han desarrollado numerosas conferencias regionales que han fraguado la creación de acuerdos y posicionamientos conjuntos contra la A/MGF. Así mismo, se han producido declaraciones y encuentros de líderes religiosos para el abandono de la práctica (tabla 7).

Tabla 7. Tratados africanos contra la A/MGF

Tratados africanos	Fecha	Contenido
Carta africana sobre derechos humanos y de los pueblos	1981	El Estado debe responsabilizarse de la eliminación de toda discriminación de la mujer y de la protección de los derechos de la mujer y del niño tal como se estipulan en las declaraciones y convenios internacionales
Carta africana sobre los derechos y el bienestar del niño	1990	Se hace especial mención a la protección contra todas aquellas prácticas sociales y culturales perjudiciales para el bienestar, dignidad y desarrollo de los niños y de las niñas
Declaración de Banjul sobre Violencia contra la Mujer	1998	Se condena la práctica de la A/MGF y el uso indebido de argumentos religiosos para promover dicha práctica. Además, se exigen leyes y penas para los infractores, y la formación de líderes religiosos
Declaración de Ouagadougou	1999	Se solicita que los Estados miembros de la región de la Unión Económica y Monetaria de África Occidental (UEMOA) actúen como una red para el diálogo, la armonización, la aplicación y el seguimiento de actividades conjuntas para combatir la A/MGF
Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Mujeres Africanas	2005	Primera vez que un tratado internacional crea la obligación específica de eliminar la Mutilación Genital Femenina
Declaración de El Cairo para la eliminación de la MGF	2003	Se reconoce que la prevención y el abandono de la práctica sólo podrán lograrse mediante un enfoque integral que promueva el cambio de conducta y usando las medidas legislativas como herramienta fundamental

Fuente: Elaboración a partir de Agirregomezkorta Ibarluzea & Fuertes Cabrera, 2011 y ONUMujeres

Por último, y en lo referente a la integración del EBDH en el mundo de la A/MGF, se hace de vital importancia dar unas pequeñas pinceladas sobre el derecho de asilo, registrado en la DUDH (1948) en el artículo 14.1.: *“En caso de persecución, toda persona tiene derecho a buscar asilo, y a disfrutar de él, en cualquier país”*.

Más tarde en 1951, durante la Convención de Ginebra sobre los Refugiados, se establecen las bases de este derecho como un instrumento jurídico de protección frente a la persecución por motivos de diversa índole como: raza, religión, nacionalidad, pertenencia a un determinado grupo social u opiniones políticas. El asilo consiste pues, en la protección en forma de acogida que un Estado concede a aquellos extranjeros a los que se le reconozca la condición de refugiado (Bermejo Hernández, del Pozo Gallardo, & Moreno Díaz, 2013).

Según la Convención de Ginebra (1951), la condición de refugiada se concederá siempre que la persona solicitante presente temores fundados de ser perseguida por los motivos anteriormente citados (artículo 1, sección A, párrafo 2), Este derecho podrá ser solicitado si la persona se encuentre fuera del país de su nacionalidad y no pueda, o a causa de dichos temores no quiera, acogerse a la protección del mismo; 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.

Se trata pues de una herramienta de la que pueden beneficiarse las mujeres y niñas en riesgo de mutilación, para huir de sus países de origen y esquivar esta práctica y sus consecuencias (ACNUR, 2009). En caso de riesgo de A/MGF, y por el hecho de que la práctica se suele realizar en niñas, este derecho se hace extensible a uno de sus progenitores.

Una vez finalizado este marco normativo internacional relativo a la A/MGF, pasaremos a realizar un análisis más profundo de la vulneración de los derechos humanos. Las respuestas únicamente se darán contextualizadas, y siempre dependerán de las fuerzas sociales implicadas (Devillard & Baer, 2010).

5.2. Análisis de la vulneración de la DUDH

La Declaración Universal de los Derechos Humanos constituye en su preámbulo que:

“el ideal común por el que todos los pueblos y naciones deben esforzarse, a fin de que tanto los individuos como las instituciones, inspirándose 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 universal y efectiva, tanto entre los pueblos de los Estados Miembros como entre los de los territorios bajo su jurisdicción.” (Naciones Unidas, 1948)

Por consiguiente la A/MGF atenta contra varios de los artículos que promulga la DUDH. Entre ellos están:

- **Artículo 1:** *“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”.*
- **Artículo 2:** *“Toda persona tiene los derechos y libertades proclamados en esta Declaración, sin distinción alguna de raza, color, sexo [...]”*
- **Artículo 3:** *“Todo individuo tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona.”.*

Existe evidencia científica de las consecuencias negativas que puede llegar a generar la realización de esta práctica sobre la salud de las mujeres y las niñas, lo que explica por si sola la vulneración de estos artículos.

El derecho a la vida está íntimamente ligado al derecho a la integridad física, del cual no se hace mención explícita en la DUDH, pero del que si hace referencia tanto la Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea, como la Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos (tabla 8).

Tabla 8. Referencias al Derecho a la Integridad Física

Documento	Artículo
Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea	Artículo 3. <i>“Derecho a la integridad de la persona: 3.1 Toda persona tiene derecho a su integridad física y psíquica.”</i>
Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos	Artículo 4. <i>“Los seres humanos son inviolables. Todo ser humano tendrá derecho al respeto de su vida y de la integridad de su persona. Nadie puede ser privado de este derecho arbitrariamente.”</i>

De los derechos a la vida y a la integridad física podemos deducir, el derecho a la salud, ya que ésta, es indispensable para el ejercicio efectivo de los demás derechos fundamentales de los que somos titulares. Parafraseando a Joaquín Herrera Flores de no ser universal el derecho a la vida, ningún otro derecho puede serlo. De este modo, la problemática que conlleva la A/MGF, en relación con el concepto de salud de Madeleine Leininger supone la vulneración del derecho a la salud y por consiguiente del resto de derechos humanos fundamentales que se derivan de éste.

Por otra parte, el concepto de salud se ha ido extendiendo, en las últimas décadas, al ámbito de la sexualidad. El concepto de salud sexual y reproductiva ha sido consagrado y reafirmado en varias ocasiones como componente del derecho a la salud (Bénédicte, 2007). Este concepto fue concretado en la Conferencia del Cairo de 1994, en el que se definió salud reproductiva “*como un estado general de bienestar físico, mental y social en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y con sus funciones y procesos.*” De este concepto, surge el derecho a la salud sexual y reproductiva, del que todas las personas son poseedoras, pero que en el caso de la A/GMF afecta de una forma manifiesta y particular a las mujeres, ya que les impide, en muchas ocasiones el goce de la salud sexual y salud reproductiva en condiciones de igualdad y respeto.

- **Artículo 5:** “*Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.*”

Si bien, dada la definición de tortura por la RAE (2014), como grave dolor físico o psicológico infligido a alguien, con el fin de obtener de él una confesión, o como medio de castigo; no podemos hablar de la A/MGF como tal, aunque sí podemos aplicar, en términos jurídicos, a esta práctica la terminología de tratos crueles, puesto que limitan la salud e integridad de las personas y en muchas ocasiones, la falta de anestésicos y los materiales que se utilizan, hacen que esta práctica sea algo inhumano, ya que producen un dolor y sufrimiento totalmente innecesario desde un punto de vista fisiológico.

- **Artículo 12:** “*Nadie será objeto de injerencias arbitrarias en su vida privada, su familia, su domicilio o su correspondencia, ni de ataques a su honra o a su reputación. [...]*”

La vulneración de este artículo se produce en aquellas mujeres y niñas que sufren discriminación, persecución y hostigamiento dentro de su comunidad por no haber sido cortadas, o que se les increpa hasta que lo son.

5.3. Análisis de la vulneración de los Derechos Específicos de las Mujeres

Aunque en la DUDH de 1948 se alude, tanto en el preámbulo como en su artículo 2, a los principios de igualdad y de no discriminación por razón de sexo, las particularidades de las sociedades principalmente androcentristas, donde se realiza esta práctica, han propiciado que sea necesaria la creación de una serie de instrumentos jurídicos específicos con el fin de garantizar la no discriminación hacia las mujeres y favorecer una igualdad plena.

Algunos ejemplos de estos instrumentos jurídicos son la *Carta de Derechos Fundamentales de la Unión Europea* o la *Carta Africana de los Derechos Humanos y de los Pueblos*. En ellos se hace mención especial a la igualdad entre hombres y mujeres y sanciona toda discriminación por motivos de sexo. Sancionando así, tanto de forma directa como de forma indirecta la realización de cualquier práctica tradicional perjudicial.

Por otra parte, también la Asamblea General de las Naciones Unidas tomó parte en la lucha contra la discriminación por razón de sexo mediante la adopción de un tratado internacional específico, la *Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la Mujer (CEDAW)*, en cuyo preámbulo se reafirma la figura de las mujeres como sujeto de plenos derechos al igual que el hombre y por lo tanto no se puede menoscabar el reconocimiento, goce o ejercicio de sus derechos humanos y libertades fundamentales (Bénédicte , 2007)

La A/MGF, impide el disfrute por parte de las mujeres del derecho a la vida, a la integridad física, a la salud, y el derecho a no ser sometidas a torturas ni a tratos inhumanos y degradantes (Grande Gascón, 2000). Por lo tanto constituye una violación de los principios de igualdad y de no discriminación contra las mujeres, ya que se trata de una práctica basada en creencias socioculturales arraigadas en diferentes comunidades como resultado de una construcción social en base a tendencias marcadamente patriarcales de

inferioridad y de subordinación hacia el hombre, atribuyendo de esta forma a las mujeres una serie de funciones estereotipadas. La A/MGF se convierte así, en una acción discriminatoria a la par que peligrosa, que contribuye a perpetuar este tipo de actitudes tradicionales.

Por ello, de entre todos los elementos que crean el concepto de EBDH, destacaremos para la contextualización de la presente tesis, la participación e inclusión para el empoderamiento, aumentando las bases teóricas de los saberes sobre la práctica con el fin de hacer partícipes de la lucha contra la A/MGF a las mujeres y hombres de los países donde es habitual; y los elementos de no discriminación e igualdad de género, puesto que consideramos que fomenta la superioridad de los derechos masculinos sobre los femeninos.

5.4. Análisis de la vulneración de los Derechos Específicos de las Niñas

Tanto la *Declaración de los Derechos del Niño* de 1959 como la *Carta Africana sobre los derechos y el Bienestar del Niño* de 1990, recogen en su texto derechos citados anteriormente como el derecho a la vida y a la salud (tabla 9). Pero, también les son reconocidos a los niños y a las niñas una serie de derechos específicos de la infancia, hablamos de los derechos relacionados con la protección, el desarrollo y la supervivencia.

Tabla 9. Referencias al Derecho a la Vida y el Derecho a la Salud

Documento	Artículo
Declaración de los Derechos del Niño	Principio 4. “[...] Tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud [...]”
Carta Africana sobre los derechos y el Bienestar del Niño	Artículo 5: “[...] Todo niño tiene derecho inherente a la vida [...]”
	Artículo 14: “Todo niño tiene derecho a disfrutar del más alto nivel posible de salud física, mental y espiritual”

Este apartado se centra en la vulneración del derecho a la protección que se puede ejemplificar en los principios 2, 9 y 10 de la *Declaración de los Derechos del Niño*, y en los artículos 16 y 21 de la *Carta Africana sobre los derechos y el Bienestar del Niño*.

- **Principio 2:** *“El niño gozará de una protección especial y dispondrá de oportunidades y servicios, dispensado todo ello por la ley y por otros medios, para que pueda desarrollarse física, mental, moral, espiritual y socialmente en forma saludable y normal, así como en condiciones de libertad y dignidad.”*
- **Principio 9:** *“El niño debe ser protegido contra toda forma de abandono, crueldad y explotación. No será objeto de ningún tipo de trata.”*
- **Principio 10:** *“El niño debe ser protegido contra las prácticas que puedan fomentar la discriminación racial, religiosa o de cualquier otra índole.”*
- **Artículo 16.** *“Protección contra la tortura y el abuso infantil: Los Estados Parte en la presente Carta adoptarán medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas específicas para proteger al niño contra cualquier forma de tortura, trato inhumano o degradante y, especialmente, daños o abusos físicos o mentales, abandono o malos tratos, incluyendo abusos sexuales [...]”*
- **Artículo 21.** *“Protección contra prácticas sociales y culturales perjudiciales: Los Estados Parte en la presente Carta adoptarán todas las medidas apropiadas para eliminar las prácticas sociales y culturales perjudiciales que afecten el bienestar, la dignidad, el desarrollo normal y el crecimiento del niño, y en especial: aquellas costumbres y prácticas perjudiciales para la salud y la vida del niño; y*

aquellas costumbres y prácticas discriminatorias para el niño por razones de sexo o de otra índole [...].”

Todos estos enunciados jurídicos intentan proteger legal y administrativamente a los niños y las niñas con el fin de favorecer el cumplimiento de sus expectativas de preservación de la integridad física y la salud de los mismos y de las mismas con el fin de procurar su desarrollo y bienestar biopsicosocial.

Respecto a la A/MGF el artículo 21 de la *Carta Africana sobre los derechos y el Bienestar del Niño*, hace un especial hincapié en la protección contra las costumbres y prácticas perjudiciales para la salud de los niños y de las niñas, ya que se trata de una práctica incluso más inaceptable si hablamos de niñas con pocos medios para su defensa puesto que vulnera los derechos de supervivencia y desarrollo, además de ejecutarse sin un consentimiento previo o con un consentimiento condicionado por una información incompleta del procedimiento.

5.5. La A/MGF y los Objetivos de Desarrollo del Milenio

Los factores de perpetuación de la práctica junto con las consecuencias negativas para la salud de las mujeres y las niñas de las comunidades donde se realiza la A/MGF, establece una relación directa y perniciosa entre la práctica y la consecución de cuatro de los ODM planteados en la Declaración del Milenio en el año 2000. Por ello, la lucha contra esta tradición contribuye a la consecución de estos Objetivos del Milenio.

La investigación en la prevención de la A/MGF y la erradicación de la misma, fomenta la promoción de la equidad de género y la autonomía de las mujeres (ODM 3), en cuanto a que ayuda a establecer intervenciones respetuosas con el derecho a la cultura pero que garanticen el pleno ejercicio de los derechos humanos de las mujeres y de las niñas. Además promover la erradicación de la A/MGF, incide directamente tanto en la reducción de la

mortalidad infantil (ODM 4), como en la mejora de la salud materna (ODM 5) ya que existe una correlación entre la A/MGF y el aumento de la tasa de mortalidad perinatal y materna, además de que la realización de la práctica implica una serie de complicaciones tanto durante el embarazo como en el parto y postparto. Debido a la relación existente entre los procedimientos para llevar a cabo la A/MGF y la transmisión de enfermedades como VIH/SIDA o la hepatitis, la abolición de esta práctica tradicional favorecerá la disminución de la prevalencia de VIH/SIDA (ODM 6).



CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO
CONTEXTUALIZANDO EL ESTUDIO

“La escisión constituye un intento de conferir un rango inferior a las mujeres al señalarlas con esta marca que las disminuye y que es un recordatorio constante de que sólo son mujeres, inferiores a los hombres, de que ni siquiera tienen ningún derecho sobre su propio cuerpo ni a realizarse física o espiritualmente...”

Tomás Sankara,
Presidente de Burkina Faso 1983-87

**1. APROXIMACIÓN HISTÓRICA: DESDE EL ANTIGUO EGIPTO
HASTA LA ACTUALIDAD**

El origen y procedencia de esta práctica todavía es discutido en la actualidad. Algunos/as autores/as coinciden en que su aparición es anterior a la irrupción de las grandes religiones monoteístas y apuntan a un posible origen pagano como rito secundario de la circuncisión masculina, de la cual se tiene una mayor precisión histórica.

Según los historiadores, la A/MGF era una práctica habitual entre egipcios, fenicios, hititas y etíopes durante el siglo V a. C y existen referencias a la práctica en el papiro egipcio Harris, donde habla de que: *“las diosas Anat y Astaré debían ser “cerradas de su vulva, Horus las sellaba y Set las abría”* (Castañeda Reyes, 2003, p.30).

Castañeda (2003), relaciona el origen asiático de estas deidades con el origen de la práctica. Aunque también los contactos egipcios con el interior africano pueden indicar que la costumbre se inició entre los masai de Kenia, o que fue la fuerte influencia nubia durante las últimas dinastías egipcias, la que favoreció la incorporación de esta tradición entre los siglos XI y VI a.C. Una de las primeras referencias escritas sobre la realización de la A/MGF, se encuentra en el papiro 15 griego que data del siglo II a.C. En él se hace referencia de una niña que está en edad de ser cortada a la manera egipcia.

Por otro lado, Adam Muñoz (2004), atribuye su origen a la sociedad egipcia desde donde se fue extendiendo por las sociedades tribales de los países africanos. Esta conjetura es también avalada por la socióloga egipcia Marie Assad, quien afirma que la existencia de momias con signos de mutilación son pruebas suficientes para confirmar que la clitoridectomía fuese una práctica habitual del Antiguo Egipto y que es allí donde tuvo su inicio (Gordon-Chipembere, 2006). Probablemente por su origen y porque se desarrollara principalmente en la época de los faraones, la infibulación también se denomina “circuncisión faraónica”. En cuanto al término infibulación parece que fue acuñado por los romanos y procede de “fibula”, nombre del broche con el que se cerraban la toga (Medicusmundi Andalucía, 2008). La interpretación que subyace de esto, es que mediante la infibulación “cerraban” los órganos genitales femeninos para así paliar la preocupación de padres y madres por mantener a sus hijas castas hasta el matrimonio.

La propagación de la A/MGF puede deberse al auge de la civilización egipcia, lo que explicaría que la realicen los cristianos coptos de Egipto y de

Sudán, los judíos falaixa de Etiopía y tribus africanas de culto animista (Casajoana Guerrero, Caravaca Nieto, & Martínez Madrigal, 2012). Otra explicación es que los árabes pudieron aprender el ritual en Egipto durante la conquista del norte de África (Wasunna, 2000) e ir extendiéndose progresivamente por proximidad geográfica (Adam Muñoz, 2004).

Más recientemente y en un contexto occidental (Europa y EE.UU), la clitoridectomía o mutilación genital femenina tipo I se desarrolló a lo largo de los siglos XVII, XVIII, XIX y XX (Kinuthia, 2010). Esta vez fue utilizada como tratamiento preventivo y curativo eficaz para distintas enfermedades, tildadas a lo largo de la historia de “enfermedades nerviosas propias de la mujer” como histeria, epilepsia, migrañas, ninfomanía e incluso la masturbación femenina y el lesbianismo. Al respecto, cabe mencionar que uno de los pioneros en el mantenimiento de esta barbarie en Europa, fue Isaac Baker Brown quien defendió el tratamiento de la masturbación femenina mediante la clitoridectomía. Él también afirmó que era útil para curar oscuros desórdenes nerviosos como la histeria y la epilepsia.

Toda esta sucesión de acontecimientos relacionados con la A/MGF demuestra que ha sido ejercida en diferentes zonas geográficas con una fundamentación diferente en la mayor parte de las regiones. El único punto en común que podemos destacar es el ataque gratuito a la integridad de las mujeres que se ha mantenido a lo largo de la historia. En la actualidad, la A/MGF está prácticamente abolida en la sociedad industrializada, aunque las fluctuaciones migratorias han llevado a dichas sociedades a afrontar este problema de gran complejidad.

2. DEFINICIÓN Y TIPOLOGÍA DE A/MGF

La OMS (2012) define la MGF, en su nota descriptiva N° 241, 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. Diferencia cuatro tipos de A/MGF cada uno de los cuales genera una gran variedad de complicaciones de salud.

- **Tipo I o Clitoridectomía:** consiste en la extirpación del prepucio del clítoris con o sin escisión parcial o total del glande del clítoris. La WHO (2010) establece una subdivisión diferenciando entre el **Tipo Ia**, consistente en la resección de la capucha o prepucio del clítoris únicamente; y el **Tipo Ib** en el que se realiza la extirpación total del mismo.
- **Tipo II o Escisión:** se refiere a la ablación parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de labios mayores. La WHO (2010) establece tres subcategorías (IIa, IIb y IIc.). En la subcategoría **IIa** se incluye eliminación la de labios menores únicamente, la **IIb** se basa en la supresión parcial o total del clítoris y labios menores, y por último, en la **IIc** se puede apreciar una resección parcial o total del clítoris, labios menores y labios mayores.
- **Tipo III o Infibulación, también conocida como “circuncisión faraónica”:** consiste en la extirpación de clítoris (puede haber o no extirpación del mismo), labios menores y labios mayores, para posteriormente suturar la herida con el fin de unir las partes seccionadas y favorecer su cicatrización, produciendo así un estrechamiento del orificio vaginal. Generalmente se suturan ambos muñones dejando pequeños orificios mediante una astilla de madera o una paja para favorecer la salida de la orina y de sangre menstrual. Como en los anteriores tipos, en la infibulación, la WHO (2010) establece subtipos, en este caso dos, IIIa y IIIb. El **tipo IIIa** consiste en la remoción y aposición de los labios menores, mientras que el **tipo IIIb** radica en la eliminación y aposición de los labios mayores.

En la infibulación, la sutura generalmente es realizada con hilo de pescar o alambre, como en Egipto o Sudán, pero en otros países también es realizada con espinas de acacia (Somalia). Para favorecer la cicatrización se suelen aplicar polvos antisépticos, o bien, con mayor frecuencia, ungüentos que contienen hierbas, leche, huevos, ceniza o estiércol y que se consideran cicatrizantes (Amnistía Internacional, 1998). Una vez cicatrizada, la entrada de la vagina es sustituida por tejido fibroso con una pequeña apertura que imposibilita, en la mayor parte de los casos, la penetración durante las relaciones sexuales, haciendo necesario el corte de la cicatriz para posibilitar el coito tras su casamiento.

Se trata pues de la forma de control sexual de las mujeres más extrema que existe, y una clara prueba de la carga androcéntrica que supone, en algunos contextos, la necesidad de abrir este pequeño orificio resultante con el pene del hombre (Sequi, Touray, & Zuleyka, 2013). En ocasiones, no es posible desgarrar el tejido cicatricial y es necesaria la ayuda de un corte, ya sea realizado por el propio marido o por una persona externa, para poder llevar a cabo la penetración. De este modo, se realiza un control sobre la sexualidad de las mujeres, asegurando la virginidad hasta el matrimonio. Es sin duda, la modificación más drástica y brutal de los órganos genitales femeninos.

- **Tipo IV, sin clasificar:** son todos aquellos procedimientos dañinos realizados sobre los órganos genitales femeninos con fines no terapéuticos (WHO, 2010). Entre ellos encontraremos: pinchazos, perforaciones, incisiones, raspados, cauterizaciones, quemado del clítoris y de los tejidos periféricos, introducción de sustancias corrosivas o hierbas en el interior de la vagina con el fin de reducirla o estrecharla, dry sex (penetración vaginal sin lubricación, dolorosa por tanto para la mujer), piercing, cortes en el tejido que rodea la vagina (“cortes del angurya”) o cortes en la vagina (“cortes del gishiri”),

estiramiento del clítoris y/o labios menores y cualquier otro procedimiento que se pueda incluir en la definición.

Tabla 10. Tipos de A/MGF

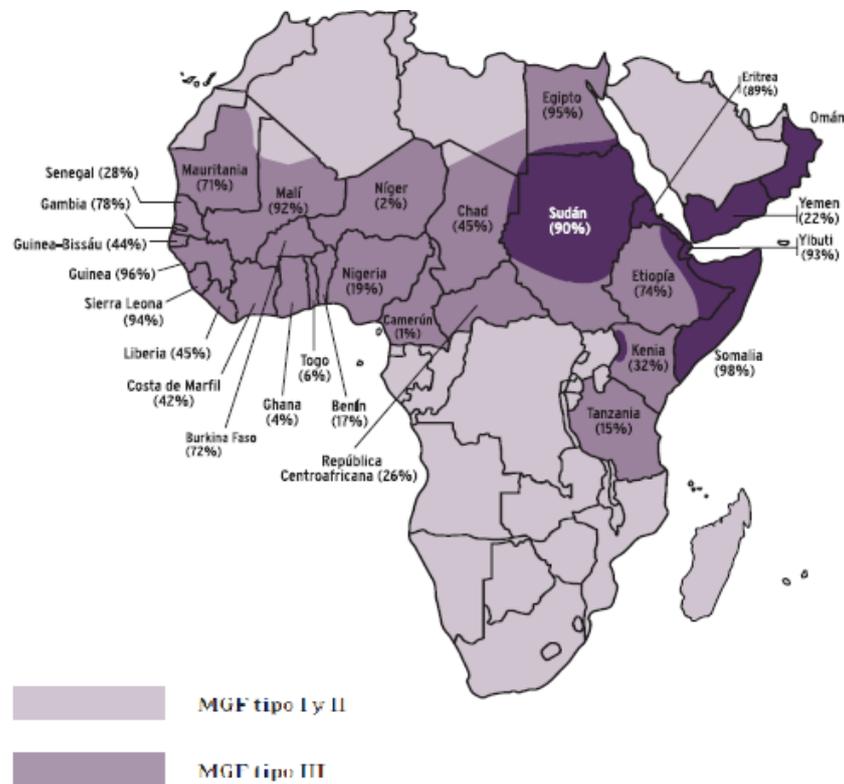
Tipo	Definición	Subtipo	Definición
I o Clitoridectomía	Extirpación parcial o total del clítoris y / o el prepucio	Ia	Eliminación de la capucha del clítoris o prepucio solamente
		Ib	Extirpación del clítoris con el prepucio.
II o Escisión	Extirpación parcial o total del clítoris y los labios menores,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

Fuente: Jiménez Ruiz, Almansa Martínez, Pastor Bravo, & Pina Roche, 2012.

Los tipos de A/MGF más prevalentes son el I y el II, estos suponen un 80-85% del total de la práctica, mientras que el tipo III se da en un 15-20% de las mujeres mutiladas. Estos datos no se dan de manera uniforme en la totalidad del territorio en el que se realizan dichas prácticas, sino que varían en función de diversos factores estudiados por UNICEF. Los factores son:

- **Zona geográfica:** según UNAF (2013), los tipos I y II son predominantes en los países del África subsahariana occidental y central, mientras que el tipo III es el tipo de A/MGF más habitual en el África oriental principalmente Sudán, Somalia, Eritrea y algunas zonas de Etiopía.

Ilustración 2. Mapa de tipos y prevalencia de A/MGF



Fuente: Ilustración extraída de Kaplan Marcusan & López Gay, 2013.

- **Etnia:** La diversidad étnica existente en el contexto tanto del continente africano como del mismo país, propicia una mezcolanza en cuanto a la realización o no de la práctica, e incluso en el tipo de práctica que se

realiza en cada zona. En la tabla 11 se recoge una relación de las etnias partidarias de la realización de la A/MGF y las etnias que no la llevan a cabo.

Tabla 11. Algunas Etnias a favor y en contra de la A/MGF

Etnias que realizan la A/MGF		Etnias que NO realizan la A/MGF
<i>Sarahule</i>	<i>Edos</i>	<i>Wolof</i>
<i>Djola</i>	<i>Awusa</i>	<i>Serer</i>
<i>Mandinga</i>	<i>Fante</i>	<i>Ndiago</i>
<i>Fulbé</i> (<i>Pular, Tuculer</i>)	<i>Dogon</i>	
<i>Sonike</i>	<i>Bámbara</i>	

Fuente: Elaboración a partir de UNAF, 2012.

- **Lugar de residencia:** como apunta UNICEF (2005) el lugar de residencia actúa como un factor determinante del tipo de A/MGF practicada. Así pues, las mujeres que viven en una zona urbana tienen menos probabilidades de ser mutiladas que las mujeres que residen en una zona rural. Aun así, hay excepciones como ocurre en Nigeria o en Sudán (Norte) donde hay mayor prevalencia de A/MGF en zonas urbanas que en rurales. Del mismo modo, existe un mayor riesgo de sufrir un tipo de mutilación más agresiva si se habita en una zona rural respecto a zonas urbanas.
- **Educación de la madre y la hija:** las mujeres con un nivel educativo mayor son menos propensas a aceptar una forma de A/MGF más severa que las mujeres con un menor nivel educativo (UNICEF, 2005). Esto puede deberse a que recibir una mayor formación repercute en una mejor comprensión de la peligrosidad potencial de las diferentes formas

de esta práctica. En cuanto al nivel educativo de la madre, parece indicar, según datos obtenidos por el Centro de Investigaciones de UNICEF (2005), que las madres con un nivel educativo menor se muestran más a favor de mutilar genitalmente a sus hijas que las que tienen un nivel de formación secundaria.

- **Religión:** aunque ninguna de las grandes religiones monoteístas hace referencia explícita sobre la A/MGF, en algunos países si se alegan motivos religiosos para realizar una u otra forma de dicha práctica. Por ejemplo, el caso de Sudán (Norte) donde el 83% de las mujeres infibuladas son musulmanas y el 23% son cristianas (UNICEF, 2005).

Estos aspectos tratan de ejemplarizar la complejidad de factores que afectan a la tipología de la práctica mediante datos objetivos, pero no significa que puedan ser generalizados al resto de zonas geográficas donde se realiza la A/MGF, ya que cada una tiene sus peculiaridades y diferencias.

3. CARACTERÍSTICAS DEL PROCEDIMIENTO

Como sostiene Amnistía Internacional (1998), la tipología de A/MGF, la edad y el procedimiento que se utiliza, varían conforme a diversos factores, entre ellos el grupo étnico al que pertenecen, el país de origen, si se encuentran en un área rural o urbana y las condiciones socioeconómicas de la familia. Por lo que, a continuación, intentaremos realizar una imagen del procedimiento atendiendo a la diversidad de factores que afectan a la práctica.

- *Lugar donde se realiza el procedimiento*

Los lugares donde se llevan a cabo las intervenciones son muy dispares, pudiendo realizarse desde en un domicilio particular, hasta en lugares al aire libre con algún significado mágico para la comunidad (orillas de ríos, lagos, bajo grandes árboles...), pasando por otro tipo de edificios

como escuelas, centros de salud e incluso grandes hospitales como ocurre en Egipto a pesar de la prohibición, desde 1996, de medicalizar la A/MGF (Rodríguez Luna & Bodelón, 2011).

Lo más habitual es que el ritual se realice de forma colectiva, aunque hay niñas que son mutiladas en solitario. Los grupos pueden estar constituidos por niñas con algún parentesco familiar o bien que sean colectivos de vecinas. En las zonas donde la A/MGF forma parte de una ceremonia de iniciación a la edad adulta, se le suele practicar a grupos de niñas con edades similares.

Si la intervención forma parte de una ceremonia iniciática es posible que la niña sea llevada, tras la intervención, a un lugar elegido por el grupo donde se le impartirán las enseñanzas tradicionales de la etnia, creando así la identidad étnica y de género de la nueva mujer de la tribu (Amnistía Internacional, 1998). En algunas comunidades existen espacios reservados para la realización de la A/MGF llamados “beray” o “juba” en mandinka (Sequi, Touray, & Zuleyka, 2013).

- *Edad a la que se practica la A/MGF*

La edad a la que se practica varía considerablemente dependiendo de los grupos étnicos, localización geográfica y lugar de residencia. Se pueden encontrar cortes genitales desde niñas de pocas semanas de vida, hasta mujeres en la edad adulta o antes del matrimonio, como en Mali o Nigeria, ya que puede ser una exigencia del marido o de la futura suegra para que sea aceptada en la familia. Por lo general, se prefiere la edad entre los cuatro y ocho años, ligada normalmente a una ceremonia ritual de iniciación (Amnistía Internacional, 1998).

La edad máxima a la que se le suele practicar es de los 14-15 años, salvando los casos citados de mujeres adultas y la tendencia actual de realizarla cada vez a edades más tempranas (UNAF, 2012). La motivación de esta tendencia no está del todo clara y la bibliografía apunta a diferentes hipótesis. Generalmente se atribuye como causa

principal de este cambio a la creciente implantación de legislación prohibitiva de estas prácticas tradicionales, tanto en el ámbito jurídico de los países en los que su prevalencia es elevada como en el ámbito internacional. Otra explicación con buena aceptación entre la bibliografía consultada, es que practicarla en edades más tempranas supone una mejor predisposición, por parte de las mujeres, para transmitirla a generaciones posteriores, ya que el recuerdo traumático del acto no queda fijado en su mente de forma perjudicial. También contribuye el hecho de que realizarla en edades tempranas facilita la intervención, por la menor resistencia de las niñas (Amnistía Internacional, 1998).

- *Persona encargada de llevarlo a cabo*

Generalmente es una mujer designada especialmente para el desempeño de tal tarea. Esta mujer, en la mayor parte de los casos, ejerce también de partera en la comunidad (UNAF, 2012), o bien es una anciana con gran experiencia en la intervención. No suelen disponer de formación sanitaria, ya que su aprendizaje ha sido transmitido de madres a hijas como si de la herencia de una profesión se tratara.

Cuando el procedimiento forma parte de un rito iniciático se les atribuye el rol de “madre de las iniciadas” (*Ngnangsimbah*) a la encargada de llevarlo a cabo. La *Ngnangsimbah* es la responsable de supervisar y guiar espiritualmente al grupo, además de realizar la operación (Kaplan Marcusán & Martínez Bueno, 2004). Estas ancianas suelen ser mujeres muy respetadas e incluso temidas en algunas comunidades, pues se les atribuyen poderes sobrenaturales como captar la presencia de los malos espíritus, son llamadas *kufanungte* (cabeza grande) (Kaplan Marcusán & Martínez Bueno, 2004).

En algunas zonas de África como en Mali o en Senegal las encargadas de realizar el corte son de la casta de los herreros. Pero no sólo encontramos este perfil en las personas encargadas de realizar la A/MGF, sino que

también hay datos de que es ejercida por figuras masculinas como curanderos, barberos, brujos o chamanes e incluso médicos/as especializados/as. Es más, en la actualidad hay una tendencia creciente a la medicalización del procedimiento, sobre todo entre personas con un poder socio-económico alto (Bayo y otros, 2003).

Como consecuencia de las campañas de sensibilización sobre la peligrosidad de la práctica, nace el proceso de medicalización de la A/MGF. Esto lleva a que en países como Egipto, Sudán, o Kenia, sean los propios profesionales sanitarios, los que llevan a cabo la intervención en hospitales y mediante la utilización medios anestésicos y material debidamente esterilizado (Medicuumundi Andalucía, 2008). No obstante, como defiende la UNICEF (2005, 2013), el proceso de medicalización de la A/MGF sólo favorece que se oculten las cuestiones que atentan contra los derechos humanos de las mujeres y las niñas, ya que hace que la intervención parezca más benigna a los ojos de la sociedad aunque siga privando del goce máximo de nivel de salud biopsicosocial a las mujeres.

- *Condiciones higiénicas y de antisepsia*

Las condiciones en las que se realiza el procedimiento son generalmente, antihigiénicas y de escasa asepsia además de inhumanas y dolorosas. La anestesia local no es nada habitual a la hora de intentar proteger a la niña de los dolorosos cortes, a no ser que la persona que lleve a cabo la intervención tenga alguna noción sanitaria.

Aunque como expone Bayo (2003), *“En ocasiones se aconseja a la joven realizar baños de asiento sobre agua fría para disminuir la sensibilidad de la zona y favorecer la vasoconstricción del perineo, con el fin de reducir la hemorragia a la hora de la intervención”* (p.261).

Estas medidas no son suficientes ni para cohibir la hemorragia de forma efectiva, ni para evitar el sufrimiento derivado del dolor provocado por

los cortes en regiones tan inervadas como la genital.

Como afirma Ana Sequi (2013), debido a las acciones de sensibilización globales y la creación de legislación sancionadora de la práctica, se ha generado, en algunos contextos, un cambio en cuanto a las condiciones higiénicas en las que se realiza la A/MGF. Se está cambiando la costumbre de utilizar una única cuchilla para todas las niñas al uso de material individualizado y en ocasiones con instrumental quirúrgico.

- *Material utilizado para el procedimiento*

Los utensilios que se emplean son tan variados como lo son las personas ejecutoras del corte y las características socio-económicas de la familia. Son utilizados, la mayor parte de la veces, cualquier objeto cortopunzante como pueden ser: tijeras, cuchillas de afeitador, trozos de cristal, piedras afiladas, latas de aluminio, navajas, hojas de bisturí o cualquier otro tipo de objeto cortante, que por lo general no cumple ninguna medida de antisepsia. Además, cuando la operación se realiza en grupo, rara vez se cambia de instrumento entre una niña y otra, siendo este un factor favorecedor de transmisión de infecciones como VIH-SIDA, o de la hepatitis A y B (VHA y VHB) (Bayo y otros, 2003).

- *La cura del corte. Tradición y medicalización*

Por lo general, las sucesivas curas de la incisión se suelen realizar con medios tradicionales y en lugares no acondicionados y desprovistos de material adecuado para ello.

Tras la intervención, la herida se limpia con alcohol, zumo de limón y otros materiales (Medicusmundi Andalucía, 2008). Las curas suelen tener una periodicidad diaria y a nivel tradicional y rural se suelen utilizar mezclas de hierbas y/o compuestos tradicionales que favorecen la cicatrización. Otros medios utilizados para favorecer la curación son, la sedestación sobre infusiones de hierbas o agua caliente y la aplicación de

pastas y paños a base de hierbas medicinales (Sequi, 2013). Amnistía Internacional (1998), ha descrito también la utilización de polvos antisépticos, ungüentos que contienen hierbas, leche, huevos, ceniza o estiércol, con el fin de favorecer la cicatrización de la incisión.

Cabe destacar que debido al proceso de medicalización, cada vez es más frecuente la inclusión de nuevos métodos mixtos para la realización de las curas. En esta modalidad mixta de cuidados, tras la intervención se adhiere a los medios tradicionales, conocimientos sanitarios mediante la utilización de antibióticos como la penicilina, la petición de la vacuna del tétanos tras la intervención, o el uso de instrumental esterilizado (Sequi A, 2013).

- *Duración del procedimiento y tiempos de curación*

Se estima que el procedimiento tiene una duración de entre quince y veinte minutos, dependiendo de las habilidades y experiencia de la persona que la realiza y de las facilidades que las niñas den para su sujeción (Medicuumundi Andalucía, 2008). Según Amnistía Internacional (1998), la niña es inmovilizada por las ancianas o la propia madre para que mantenga las piernas abiertas. Especial es el caso de la infibulación, pues en ella se utilizan espigas de acacia o puntos de hilo para unir los muñones resultantes de la resección de los labios menores y mayores. Tras la sutura se atan las piernas de la niña hasta que la herida haya cicatrizado correctamente, pudiendo llegar a estar así hasta cuarenta días. Los tiempos de curación de la clitoridectomía y de la escisión varían entre dos y tres semanas (Kaplan Marcusán & Martínez Bueno, 2004).

4. CONTEXTO GEOGRÁFICO

4.1. La A/MGF en el Mundo

Según datos oficiales de la OMS (2012), la A/MGF afecta en la actualidad a una población aproximada de 140 millones de mujeres y niñas de todo el mundo. Por otro lado UNICEF (2013), informa que los datos recientes de prevalencia muestran variaciones, estimando la cifra de mujeres y niñas que han sido mutiladas en unos 125 millones. Además, datos de Amnistía Internacional (1998) y UNICEF (2011) apuntan a que cada año entre dos y tres millones de mujeres y niñas son privadas de sus derechos mediante esta práctica, lo que supone que cada día son víctimas de la A/MGF 8.219 mujeres y niñas.

La A/MGF es practicada aproximadamente en unos cuarenta países de los cinco continentes. Más concretamente, en África, se concentran los mayores índices de prevalencia, extendiéndose por 29 de los 54 países de la región africana (UNICEF, 2013). Al respecto, es necesario destacar la existencia de informes que incluyen la práctica entre la comunidad *Venda* del Noreste de Sudáfrica (Kitui, 2012).

Asimismo, es ineludible manifestar cuando analizamos la extensión de la A/MGF en el resto de continentes, que a nivel de comunidades asiáticas, se ha descrito su realización en la zona de Oriente Medio y países como Sri Lanka, Indonesia, Malasia o la India (Kaplan , Hechavarría, Martín, & Bonhiure, 2011). En el caso de Irak y Siria, la ocupación y consolidación del grupo yihadista “Estado Islámico” durante 2014, hace extensible la práctica a estos países (El País. Internacional, 2014), donde la prevalencia en el caso de Irak era del 8% (UNICEF, 2013) y en el caso de Siria no se conocían casos.

A nivel de América Central y del Sur, cabe mencionar que se han informado casos entre grupos indígenas de Colombia, Perú o Brasil (Bénédicte , 2007).

En cuanto a Europa, Norte América (Estados Unidos y Canadá) y Australia, se da un número creciente de casos como consecuencia de los flujos migratorios de países donde se realiza de forma habitual. Junto con dichos flujos migratorios, el asentamiento y los índices de natalidad superiores a los de la mayoría de poblaciones occidentales crea una población que podemos considerar en riesgo de sufrir esta práctica.

Más concretamente en Europa, conviven cerca de 500.000 mujeres y niñas a las que se le ha realizado la A/MGF (European Parliament, 2009). Se trata principalmente de mujeres y niñas de familias inmigrantes y refugiadas, procedentes de países donde se lleva a cabo el corte. Como explicó el Director de la *International Organization for Migration*, las tradiciones no mueren cuando se emigra y por lo tanto existe un riesgo real de que se mantenga la práctica dentro de la comunidad europea. De esta forma vemos como cada año, cerca de 180.000 mujeres y niñas residentes en zonas europeas son sometidas o están en serio riesgo de ser sometidas a A/MGF (International Organization for Migration, 2011).

4.2. La A/MGF en África

Los datos de prevalencia de la práctica han ido oscilando desde que se comenzó la lucha contra la A/MGF, siendo ahora cuando tenemos datos realmente fiables para 29 países en África sobre la extensión de la misma (UNICEF, 2013). Estos datos muestran amplias variaciones entre países africanos en los que se realiza la A/MGF. Podemos hablar de países donde la práctica se pseudouniversaliza, como es el caso de Egipto o Sudán, y países donde el corte es casi una entelequia con datos de prevalencia que rondan el 1%, véase el caso de Uganda y Camerún.

Para recoger de forma gráfica la prevalencia de la A/MGF en África, UNICEF (2013), propone una clasificación en 5 grupos.

- **Grupo 1. Países de muy alta prevalencia:** este grupo está conformado por un total de 8 países, en los que más de 80% de las niñas y mujeres en edad reproductiva han sido mutiladas.

Tabla 12. Países de muy alta prevalencia

<i>País</i>	<i>Prevalencia</i>	<i>País</i>	<i>Prevalencia</i>
Somalia	98%	Egipto	91%
Guinea Conakry	96%	Eritrea	89%
Djibouti	93%	Mali	89%
Sierra Leona	88%	Sudán	88%

Fuente: elaboración a partir de UNICEF (2013)

- **Grupo 2. Países de prevalencia moderadamente alta:** cinco son los países que presentan una prevalencia moderadamente alta. Las cifras de prevalencia para este grupo oscilan entre el 51% y el 80%.

Tabla 13. Países de prevalencia moderadamente alta

<i>País</i>	<i>Prevalencia</i>	<i>País</i>	<i>Prevalencia</i>
Gambia	76%	Burkina Faso	76%
Etiopía	74%	Mauritania	69%
Liberia	66%		

Fuente: elaboración a partir de UNICEF (2013)

- **Grupo 3. Países de prevalencia moderadamente baja:** el grupo 3 está formado por 6 países africanos. Las cifras de prevalencia que limitan este grupo se encuentran entre el 50 y el 26%.

Tabla 14. Países de prevalencia moderadamente baja

<i>País</i>	<i>Prevalencia</i>	<i>País</i>	<i>Prevalencia</i>
Guinea-Bissau	50%	Chad	44%
Costa de Marfil	38%	Kenia	27%
Nigeria	27%	Senegal	26%

Fuente: elaboración a partir de UNICEF (2013)

- **Grupo 4. Países de prevalencia baja:** los países africanos con baja prevalencia son 4 con niveles entre el 25 y el 10%.

Tabla 15. Países de prevalencia baja

<i>País</i>	<i>Prevalencia</i>	<i>País</i>	<i>Prevalencia</i>
República Centroafricana	23%	Republica de Unidad de Tanzania	15%
Yemen	23%	Benín	13%

Fuente: elaboración a partir de UNICEF (2013)

- **Grupo 5. Países de muy baja prevalencia:** seis son los países africanos en los que menos de un 10% de niñas y mujeres han sufrido la A/MGF.

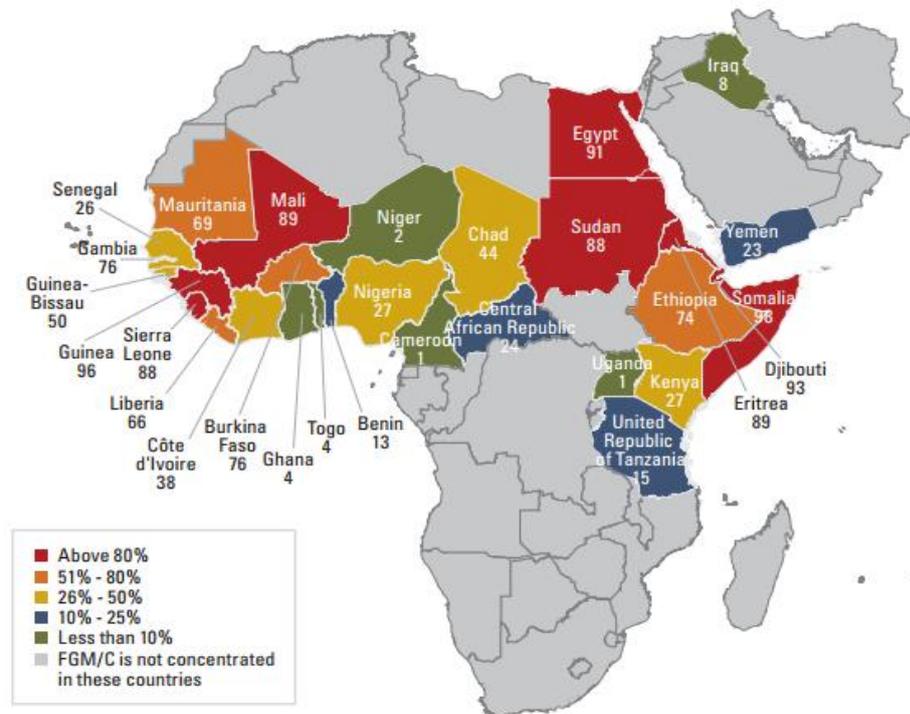
Tabla 16. Países de muy baja prevalencia

<i>País</i>	<i>Prevalencia</i>	<i>País</i>	<i>Prevalencia</i>
Iraq	8%	Ghana	4%
Togo	4%	Níger	2%
Camerún	1%	Uganda	1%

Fuente: elaboración a partir de UNICEF (2013)

Estos cinco grupos de prevalencia se recogen en el siguiente mapa propuesto por UNICEF.

Ilustración 3. Mapa y porcentaje de niñas y mujeres de 15 a 49 años que han sufrido A/MGF



Fuente: UNICEF, 2013, p.26.

4.3. La A/MGF en España

Actualmente, no se ha publicado ningún estudio que determine el número de personas residentes en España que han sido mutiladas. A pesar de ello, existen recursos a través de los cuales es posible estimar el número de mujeres afectadas, y de niñas que pueden estar en riesgo de sufrirla. Uno de estos estudios es el serial de “*Mapas de la Mutilación Genital Femenina en España 2006, 2009, 2012*” creados por la Fundación Wassu-UAB, con Adriana Kaplan como investigadora principal. De este serial de publicaciones podemos extraer datos como la procedencia, la edad y la distribución de la población, por comunidades autónomas, nacida en alguno de los veintinueve países africanos

en los que existe incidencia de la práctica.

En el presente estudio se utilizan datos provisionales actualizados a fecha del 1 de enero de 2014 del Padrón Continuo de Población, para dar un número aproximado de las personas procedentes de países donde se realiza de forma habitual la A/MGF y que residen en España.

Teniendo en cuenta que la inmigración procedente de países africanos en nuestro país ha sido y es principalmente masculina, hay que tener en cuenta los potenciales procesos de reagrupación familiar que se producen como consecuencia de la estabilización de estos hombres dentro de nuestras fronteras.

Tabla 17. Distribución por sexos de residentes en España procedentes de países donde se realiza la A/MGF

Países	Mujeres	Hombres	Ambos sexos
Benin	<i>106</i>	254	360
Burkina Faso	<i>323</i>	932	1255
Camerún	<i>2222</i>	3867	6089
Congo	<i>712</i>	1090	1802
Costa de Marfil	<i>814</i>	2207	3021
Egipto	<i>1071</i>	2325	3396
Etiopía	<i>404</i>	372	776
Gambia	<i>4898</i>	15706	20604
Ghana	<i>3704</i>	12663	16367
Guinea	<i>3460</i>	7909	11369
Guinea-Bissau	<i>1162</i>	3718	4880
Kenia	<i>811</i>	263	1074
Liberia	<i>78</i>	240	318
Mali	<i>2999</i>	20101	23100
Mauritania	<i>2327</i>	7302	9629
Nigeria	<i>18833</i>	25691	44524
R.D. del Congo	<i>452</i>	706	1158
Senegal	<i>12966</i>	49464	62430
Sierra Leona	<i>250</i>	567	817
Sudáfrica	<i>463</i>	560	1023
Togo	<i>139</i>	299	438
Totales	<i>58194</i>	156236	214430

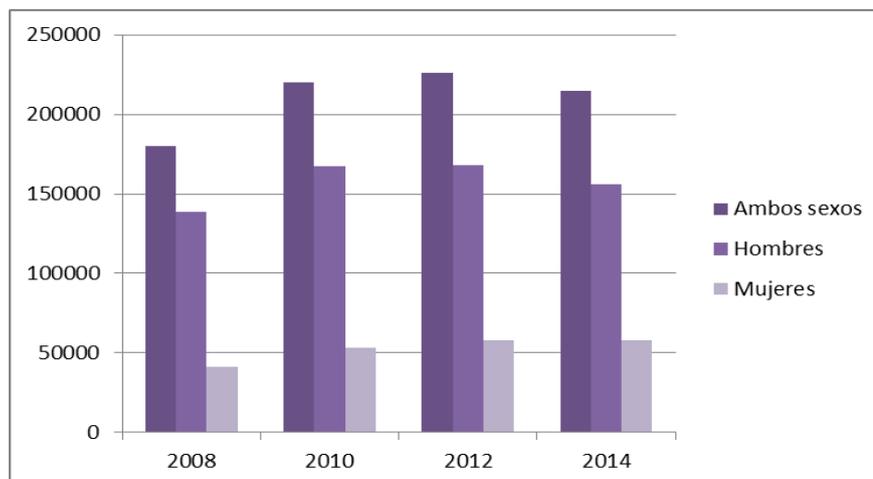
Fuente: Padrón Continuo de Población (1enero de 2014), INE.

Según datos provisionales del Padrón Continuo de Población, de 1 de enero de 2014, de los más de seis millones de extranjeros/as que residen en España, aproximadamente 214.430 son hombres y mujeres procedentes de los países africanos donde se realiza la A/MGF. En cuanto a la población femenina, la cifra absoluta suma unas 58.194 habitantes.

Ahora bien, la progresión de la población residente en España procedente de países pro-mutilación, en los últimos 6 años, muestra un incremento del 15,93% de la cifra poblacional absoluta para ambos sexos. En cuanto a la progresión de la población femenina, se produce en este mismo lapso de tiempo, un aumento poblacional del 28,57%, pasando de 41.567 en 2008 a 58.194 en el territorio español.

Es necesario precisar que en el periodo de tiempo comprendido entre los años 2012 y 2014, la población masculina ha disminuido en un 6,9%, esto puede responder a los cambios sociodemográficos y estructurales en los que está inmerso el país como consecuencia de la crisis económica y financiera, y a las escasas posibilidades de empleo que oferta. Ahora bien, como recoge la gráfica 1, en el mismo periodo de tiempo la población femenina total procedente de estos países se ha vuelto a incrementar, pasando de 52.953 en 2012 a 58.194 habitantes en 2014.

Grafico 1. Progresión de residentes en España procedente de países donde se realiza la A/MGF



Fuente: Padrón Continuo de Población (del 1 de enero de 2014), INE.

Este incremento de las residentes femeninas, también ha sido advertido y estudiado por Adriana Kaplan y Antonio López Gay (2013), quienes afirman que en 2008, únicamente siete comunidades autónomas superaban el millar de mujeres con estas características demográficas, hoy son once las comunidades que han rebasado dicha cifra.

Entrando a valorar los datos de la población femenina, a 1 de enero de 2014, según datos provisionales del INE, el número de mujeres en edad fértil (de 15-49 años) es de 39.073. Este dato supone una disminución de 133 del grupo etario comprendido entre los 15 y los 49 años, con respecto a los datos de 2012 en el que la población de este grupo etario era de 39.206.

Tabla 18. Población femenina en edad fértil en España procedente de países donde se realiza la A/MGF

Países	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	15-49
Benín	5	4	13	15	16	12	8	73
Burkina Faso	22	28	47	40	48	30	10	225
Camerún	121	156	267	388	364	186	93	1575
Congo	46	43	77	97	135	81	40	519
Costa de Marfil	56	67	94	160	120	61	35	593
Egipto	55	74	121	173	116	70	40	649
Etiopía	10	26	67	50	56	46	15	270
Gambia	371	321	385	635	612	421	184	2929
Ghana	204	186	355	552	562	377	221	2457
Guinea	226	353	554	482	315	181	70	2181
Guinea-Bissau	115	120	138	131	164	124	73	865
Kenia	6	74	208	178	175	104	15	760
Liberia	6	2	6	7	22	9	4	56
Mali	88	277	620	438	216	73	31	1743
Mauritania	112	148	194	295	269	248	145	1411
Nigeria	281	614	2039	4795	4125	1128	367	13349
R.D. del Congo	29	31	46	62	65	52	38	323
Senegal	566	739	1553	2045	1791	1149	655	8498
Sierra Leona	7	19	32	33	46	20	9	166
Sudáfrica	12	27	62	64	59	62	37	323
Togo	6	7	14	21	27	18	15	108
Total	2344	3316	6892	10661	9303	4452	2105	39073

Fuente: Padrón Continuo de Población (1enero 2014), INE.

Obviando excepciones en las que la A/MGF se suele realiza de manera tardía, la mayor parte de las mutilaciones se realizan entre los 0 y los 15 años. La razón por la que se comienza a contar desde los 0 años es por la tendencia a precipitar la edad del corte. Por lo tanto, creemos necesaria la inclusión en este apartado, de las cifras de niñas comprendidas entre los 0 y los 14 años de edad. Siendo la cifra absoluta de 17.144, (tabla 19) lo que supone un incremento de

92 niñas con respecto a datos extraídos del padrón continuo de población a fecha del 1 de enero de 2014.

Tabla 19. Población femenina entre 0 y 14 años en España procedente de países donde se realiza la A/MGF

Países	0-4	5-9	10-14	0-14
Benín	8	9	10	27
Burkina Faso	40	25	25	90
Camerún	258	162	95	515
Congo	54	62	40	156
Costa De Marfil	105	46	45	196
Egipto	141	126	58	325
Etiopía	56	45	17	118
Gambia	788	607	468	1863
Ghana	623	317	169	1109
Guinea	547	388	195	1130
Guinea-Bissau	86	79	76	241
Kenia	18	3	3	24
Liberia	7	2	6	15
Mali	733	366	142	1241
Mauritania	318	277	136	731
Nigeria	3103	1733	468	5304
R.D. del Congo	35	44	27	106
Senegal	1961	1241	613	3815
Sierra Leona	35	28	10	73
Sudáfrica	14	13	12	39
Togo	11	8	7	26
Totales	8941	5581	2622	17144

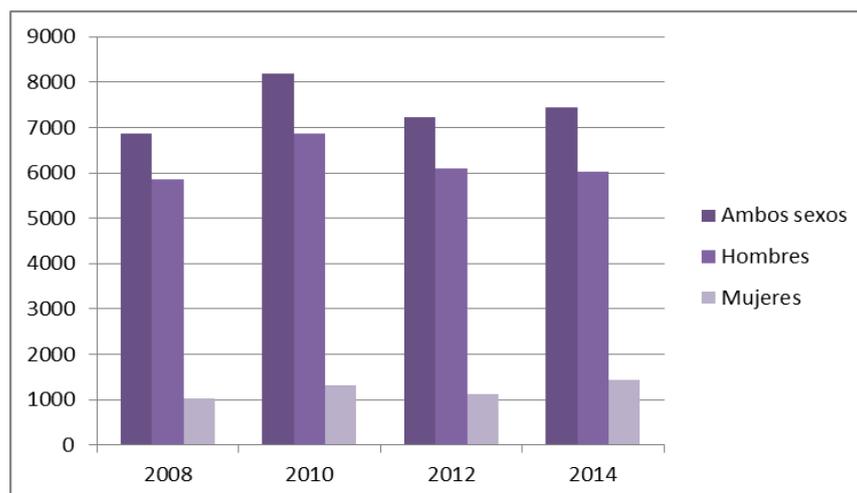
Fuente: Padrón Continuo de población (1 enero 2014), INE.

De los datos obtenidos del padrón de población, en España, existe la posibilidad real de que haya mujeres y niñas mutiladas, además de niñas en riesgo de ablación/mutilación genital femenina. Esto crea la necesidad de actuar mediante un abordaje preventivo para favorecer el abandono de esta cruel tradición.

4.4. La A/MGF en la Región de Murcia

Dentro del ámbito de la Región de Murcia, en el que se enmarca principalmente este estudio, el 16,1% de la población es de nacionalidad extranjera (Kaplan Marcusan & López Gay, 2013), de ellas, a fecha del 1 de enero de 2014, según datos provisionales del padrón continuo de población, 7.449 proceden de países donde se realiza la A/MGF, de las cuales 1.429 son mujeres, lo que significa que desde 2008 hasta 2014 se ha incrementado el número de mujeres residentes en la Región de Murcia y procedentes de estos países en un 28,55%, lo que supone un incremento de igual magnitud del riesgo de A/MGF en la Región.

Grafico 2. Progresión de residentes en la Región de Murcia procedente de países donde se realiza la A/MGF



Fuente: Padrón Continuo de Población (1 enero 2014), INE.

Ghana, Nigeria y Senegal son los países que más representación femenina tienen en la Región de Murcia, con 126, 662 y 290 mujeres respectivamente (tabla 20). En cuanto a la población masculina, Ghana, Mali, Nigeria y Senegal, son los países con mayor representación en la Región de Murcia con, 934, 1.512, 940, y 1.555 habitantes respectivamente.

Tabla 20. Distribución por sexos de residentes en la Región de Murcia procedentes de países donde se realiza la A/MGF.

Países	Hombres	Mujeres	Ambos sexos
Benín	6	5	11
Burkina Faso	122	16	138
Camerún	57	28	85
Congo	18	18	36
Costa De Marfil	150	27	177
Egipto	37	13	50
Etiopía	8	11	19
Gambia	173	19	192
Ghana	934	126	1060
Guinea	308	49	357
Guinea-Bissau	60	9	69
Kenia	2	12	14
Liberia	12	1	13
Mali	1512	99	1611
Mauritania	102	18	120
Nigeria	940	667	1607
R.D. del Congo	5	2	7
Senegal	1555	290	1845
Sierra Leona	7	2	9
Sudáfrica	5	13	18
Togo	7	4	11
Totales	6020	1429	7449

Fuente: Padrón Continuo de Población (1 enero 2014), INE.

La población femenina en edad reproductiva, procedente de países en los que se practica el corte, asciende a 967 residentes, siendo Nigeria el país con más representantes. En este grupo etario correspondiente a edades entre los 15 y los 49 años de edad, se produjo un ligero descenso de la población entre los años 2012 y 2014, pasando de 994 a 967 habitantes respectivamente. En cambio, en el caso de la población femenina infantil originaria de estos países, la variación demográfica ha sido a la inversa, produciéndose un incremento poblacional del 20,5%.

Tabla 21. Población femenina en edad fértil en la Región de Murcia procedente de países donde se realiza la A/MGF

Países	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39	40-44	45-49	15-49
Benín	0	0	2	0	0	0	0	2
Burkina Faso	1	3	2	2	1	1	0	10
Camerún	2	1	0	7	11	3	1	25
Congo	2	3	2	3	2	0	1	13
Costa de Marfil	1	4	3	4	5	2	1	20
Egipto	2	0	1	1	2	0	0	6
Etiopía	1	0	3	0	3	1	0	8
Gambia	0	0	5	6	2	0	0	13
Ghana	5	2	14	20	17	17	9	84
Guinea	3	8	7	4	5	3	0	30
Guinea-Bissau	1	1	1	0	1	4	0	8
Kenia	0	2	2	1	3	3	0	11
Liberia	0	0	1	0	0	0	0	1
Mali	3	15	21	11	8	2	2	62
Mauritania	0	3	3	3	1	3	1	14
Nigeria	12	26	36	158	167	42	11	452
R.D. del Congo	0	0	0	1	0	0	0	1
Senegal	5	16	31	59	42	27	14	194
Sierra Leona	0	0	0	0	2	0	0	2
Sudáfrica	0	1	0	1	3	1	2	8
Togo	0	0	0	2	0	1	0	3
Totales	38	85	134	283	275	110	42	967

Fuente: Padrón Continuo de Población (1 enero 2014), INE.

Las nacionalidades más representadas en la población femenina infantil son, al igual que para la población en edad fértil, Nigeria y Senegal con 211 y 84 habitantes respectivamente.

Tabla 22. Población femenina entre 0 y 14 años en La Región de Murcia procedente de países donde se realiza la A/MGF.

Países	0-4	5-9	10-14	0-14
Benín	1	1	1	3
Burkina Faso	2	1	2	5
Camerún	0	1	1	2
Congo	1	2	1	4
Costa de Marfil	3	2	2	7
Egipto	0	2	1	3
Etiopía	2	1	0	3
Gambia	4	2	0	6
Ghana	20	15	3	38
Guinea	5	6	7	18
Guinea-Bissau	1	0	0	1
Kenia	0	0	0	0
Liberia	0	0	0	0
Mali	27	7	3	37
Mauritania	2	1	1	4
Nigeria	98	79	34	211
R.D. del Congo	0	0	1	1
Senegal	46	29	9	84
Sierra Leona	0	0	0	0
Sudáfrica	0	2	0	2
Togo	0	0	1	1
Totales	212	151	67	430

Fuente: Padrón Continuo de Población (1 enero 2014), INE.

Para finalizar, es necesario subrayar que las cifras oficiales que se barajan en el padrón poblacional, recogen datos de personas en situación regularizada y residentes en España, por lo que las cifras reales de población pueden variar al alza. Otro acontecimiento de necesaria mención, es que debido a la situación actual de recesión económica, España se ha convertido en un país emigrante por lo que las cifras de población inmigrante pueden estar sumidas en un continuo cambio. En este caso, los datos obtenidos del padrón muestran una

ligera disminución en la población masculina, mientras que en la población femenina se aprecia un pequeño incremento poblacional.

5. SISTEMA DE CUIDADOS GENÉRICOS TRADICIONALES Y DIMENSIONES CULTURALES DE LA A/MGF

La A/MGF como sistema de cuidados genéricos tradicionales, es entendida como todas aquellas creencias regidas por modelos dinámicos de interrelación de factores estructurales de la comunidad, como pueden ser los valores religiosos, socio-culturales, sexuales, higiénico-estéticos, económicos o de salud.

A la hora de contextualizar esta práctica es necesario tener un especial cuidado en no incurrir ni en el etnocentrismo ni en el relativismo cultural más radical. A pesar de que la comprensión occidental de lo que está bien o está mal solamente puede tener vigor en nuestro contexto cultural, bien es cierto que la cuestión de la A/MGF, no es algo que podamos esquivar y dejar pasar, puesto que colisiona con el desarrollo humano de las mujeres y está fundamentada y se consolidada en valores afianzados desde una sociedad marcadamente androcentrista y desigual.

Para entender la A/MGF y dado que no existe una respuesta homogénea a la fundamentación de la misma, dividiremos las motivaciones y argumentos esgrimidos a favor en los siguientes factores:

5.1. Factores socio-culturales

Todos aquellos discursos que apoyan la perpetuación de la práctica a través de argumentos basados en la cultura y en la construcción de relaciones sociales dentro de la comunidad.

En algunas comunidades, la A/MGF se realiza como parte de un rito de iniciación con fuertes connotaciones simbólicas para la comunidad. Este proceso de paso a la primera etapa de la adultez no se realiza únicamente en la mujer, ya que se efectúa en ambos sexos. En lengua mandinga (hablada mayoritariamente en Gambia y de amplia difusión en Guinea Bissau, Mali (bambara), Sierra Leona (mandé) y al sur de Senegal el proceso de iniciación masculino recibe el nombre de *kaseo* y el femenino *nyakaa*, en ambos casos el significado es el mismo y presentan tres fases: separación, marginación y agregación como afirma Adriana Kaplan (2003).

En la primera fase se produce la *separación* de las menores de la comunidad y son cortadas. Es en este momento en el que se ocasiona una ruptura con la etapa de la infancia (Kaplan & Bedoya, 2004). El dolor y la sangre marcan este proceso hacia la edad adulta, conformando una identidad étnica basada en una marca física imborrable y en la solidaridad comunitaria, creando fuertes lazos de unión y empatía étnica a través del dolor.

La segunda fase es denominada por Kaplan y Bedoya (2004) como *marginación*. Esta fase suele coincidir con el periodo de cicatrización de la herida ocasionada por la ablación. Se trata de un tiempo de aprendizaje rodeado de tabúes, normas y prohibiciones que configurará la personalidad y conducta de las iniciadas.

Es en la tercera fase, la de *agregación*, en la que se presenta a las niñas como nuevos miembros de la comunidad. Estas niñas, convertidas ya en adultas pasan a formar parte del mundo de las mujeres (Kaplan & Bedoya, 2004) y a ostentar el rol de mujer y por ende las atribuciones que la comunidad les otorga. En esta fase se suelen realizar mecanismos de refuerzo comunitario (Sequi, Touray, & Zuleyka, 2013). El ambiente festivo que rodea a la práctica, los regalos recibidos, el cariño y los cánticos, favorecen la percepción de pertenencia a la comunidad y el deseo de las niñas a que llegue el momento de reconocimiento social.

Aunque en la mayor parte de los casos, la A/MGF suele estar asociada a un rito de iniciación, en ocasiones también está relacionada con la ceremonia nupcial, determinando de este modo su idoneidad para formar parte de la familia del marido (Sequi, Touray, & Zuleyka, 2013).

En cuanto al efecto de los roles de género en los factores socio-culturales que favorecen la tradición, las sociedades que realizan este tipo de actos son marcadamente patriarcales, en las que el acceso de la mujer a la seguridad o a la tierra depende únicamente del casamiento con un hombre (Amnistía Internacional, 1998). La ablación, por lo tanto, es el factor determinante para crear la virtud de una mujer; esta será decente y elegible para el matrimonio si está circuncidada y todo lo contrario si no lo está. De este modo, la no realización del corte condena a la niña a una vida de exclusión y humillación, lo que lleva a las madres a seguir hacia delante con la práctica. La A/MGF, en estas sociedades, pasa de ser un sacrificio de salud y placer sexual, a un hecho inherente a su pertenencia a la comunidad y un factor de creación de tejido social.

Por último, cabe mencionar, que son diferentes las modalidades de castigo social que podemos encontrar dentro de las sociedades en las que prevalece la práctica. Así hallamos casos, como en Burkina Faso, donde la mujer no mutilada y la mutilada son denominadas de diferente forma y las niñas que mueren a consecuencia del procedimiento son llamadas “*brujas malvadas*”. En Egipto, las mujeres no mutiladas son llamadas *nigsa*, cuya traducción literal es “*guarra*”; entre los Samburu, Masai, Kalengin y Pokot de Kenia, las mujeres no mutiladas no tienen derecho a ser enterradas; y en las comunidades musulmanas afiliadas a la práctica, se utiliza el término árabe *haram* para designar a la comida contaminada por las mujeres no purificadas (Kaplan & Bedoya, 2004).

5.2. Factores higiénico-estéticos

Serán todos aquellos argumentos que apoyen la perpetuación de la práctica a través de las características higiénicas y estéticas.

Otra de las razones a las que acuden quienes defienden la práctica son las higiénicas. En países como Egipto, Mali o Sudán, las mujeres que mantienen íntegros sus genitales son mujeres sucias y por lo tanto no se les permite manipular agua ni alimentos (Kaplan & Bedoya, 2004).

“Dicen que de una solima (mujer no circuncidada) no se puede beber agua ni ingerir alimentos que haya manipulado, porque a través de su estado de impureza, ejerce una acción contaminante sobre aquello que toca” (Checa, Checa, & Arjona, 2004, p. 211).

Por lo tanto, no se considera ni a un hombre ni a una mujer limpios hasta que se produce la ablación del prepucio o del clítoris, respectivamente. Así diversos grupos étnicos en su argot popular se refieren a la A/MGF con términos que tienen un significado de purificación, *tahara* en Egipto o *tahur* en Sudán, o un significado de limpieza, como *sili-ji* entre los bambaras de Mali (Amnistía Internacional, 1998).

En cuanto a las razones estéticas, existe la percepción en algunas comunidades de que los genitales femeninos son feos, voluminosos (Medicusmundi Andalucía, 2008) e incluso malolientes (Berg & Denison, 2014). Mientras, en otras etnias creen que los genitales de la mujer pueden crecer lo suficiente como para resultar molestos, por estar colgando entre las piernas (Amnistía Internacional, 1998). Por lo tanto se interpreta el clítoris como la parte masculina de las mujeres, y con la A/MGF se intenta subsanar ese error de la naturaleza (Álvarez Degregori, 2001).

5.3. Factores religioso-espirituales

Argumentos de tipo mitológico-religioso que favorecen y conservan la A/MGF.

Aunque no existe ninguna relación directa entre la A/MGF y las religiones mayoritarias, hay cierta creencia dentro de algunas comunidades de que dicha práctica es condición necesaria para que las mujeres sean puras. En los países más industrializados, existe la creencia de que esta práctica está relacionada íntima y exclusivamente con el Islam, aunque bien es cierto que se han descrito casos en población musulmana, cristiana, judía ortodoxa y animista. El establecimiento del tándem A/MGF-Islam ha servido a determinados sectores de la sociedad como estrategia estigmatizadora de la religión musulmana (Guerra Palmero, 2008).

La mutilación de los genitales femeninos, es de origen pre-islámico y no es habitual en la mayoría de países musulmanes, como ocurre en Arabia Saudí, la cuna del Islam, donde se desconoce. Aunque bien es cierto que ha adquirido una dimensión religiosa en algunos países musulmanes donde se practica. Como afirma la Federación Internacional de Académicos del Islam no existe referencia a la A/MGF en el Sagrado Corán, *Sunna* (enseñanzas y modos de comportarse y actividades del profeta Mahoma.), *Ijma* (consenso jurídico del Islam), ni en los *Qiyas* (Argumentos aceptables) (Sequi, Touray, & Zuleyka, 2013). Sin embargo, sí que existe el principio contrapuesto de no dañar al prójimo (Rouzi, 2013), argumento que muchos y muchas practicantes de la religión islámica utilizan para rebatir la tradición del corte entre sus fieles.

La única relación entre la A/MGF y la *Sharia* (Ley Islámica) procede de algunos *hadiths* (dichos o acciones atribuidas al profeta Mahoma), en los que se menciona, pero cuya autenticidad no puede ser confirmada. Uno de los más populares es:

“No corte demasiado, ya que es mejor para la mujer y más deseable para un marido” (WISE, 2010).

En todo caso, aunque esos *hadiths* tuvieran validez, solo se refieren al tipo más leve de A/MGF, y sólo se trata de una recomendación pero de ningún modo una obligación, a diferencia de la circuncisión masculina que tiene un carácter preceptivo tanto para los varones musulmanes como para los varones judíos (Kaplan, Torán, Bermúdez, & Castany, 2006).

Entre las diferentes escuelas jurídicas no existe un consenso sobre la realización de esta práctica. Por ejemplo, para la escuela *malikî* (actualmente en vigor en el Magreb) el *jitân* es una costumbre obligatoria para los hombres mientras que el *jifâD* es sólo recomendable (*mukarimma*) para las mujeres. Otros, como la escuela *shâf î*, que rige actualmente en Bahrein, África Oriental y Egipto, la consideran obligatoria (*gâdjib*) (Guerra Palmero, 2008).

Aunque hoy día se siga relacionando la A/MGF con preceptos religiosos, bien es cierto que los discursos que guían estos razonamientos pierden cada vez más fuerza. Prueba de ello es la Primera Conferencia Islámica para la Infancia en Rabat (Marruecos), celebrada en 2005 y de la cual surgió la Declaración de Rabat, en la que se condenaron, como contrarias al Islam, tanto la mutilación genital femenina como otras prácticas nefastas que discriminan a las niñas (UNESCO, OIC, ISESCO, ALECSO, The Danish Centre for Culture and Development and the Anna Lindh Euro-Mediterranean Foundation for the Dialogue Between Cultures, 2005).

5.4. Factores sexuales

Razones para el mantenimiento de la práctica fundamentadas y atribuidas a las relaciones sexuales entre hombres y mujeres.

El control de la sexualidad de las mujeres es uno de los principales argumentos a favor de la A/MGF. Como afirma Anika Rahman (2000), la sexualidad es construida socialmente de forma diferente en distintas comunidades. Así encontramos que en gran parte de las comunidades donde se realiza, se cree que reduce el deseo sexual de las mujeres garantizando así el mantenimiento de su virginidad o pureza y la fidelidad hacia el marido. En Egipto, Sudán o Somalia, el honor de las familias depende de la virginidad de las niñas (Rahman & Toubia, 2000), por lo que la A/MGF se les practica para “protegerlas” de posibles relaciones prematrimoniales que pueden deshonar tanto a las niñas como a la familia. Por lo tanto, el control de la sexualidad femenina como factor de perpetuación de la práctica se resume en la prevención de “desviaciones sexuales como el adulterio, la prostitución y la promiscuidad.”

En otros contextos, como en Kenia, Mali y Uganda, donde se practica la poligamia y la pureza no es la mayor preocupación, la A/MGF se lleva a cabo para reducir las demandas sexuales de las mujeres hacia sus maridos y controlar el deseo sexual de las mismas con el fin de promover la virginidad y la fidelidad conyugal (Rahman & Toubia, 2000), se persigue pues, en estos entornos, un interés marcadamente masculino por la preservación de la poligamia ante un miedo irracional a la voracidad sexual de las mujeres. Por último, cabe destacar que existe la creencia de que los tipos II y III de A/MGF contribuyen favorablemente a la salud del matrimonio, puesto que se piensa que un introito más estrecho proporciona un mayor placer a los hombres durante las relaciones sexuales (Bénédicte, 2007). Por lo tanto, las preferencias sexuales de los hombres por mujeres con la mutilación realizada son un factor de mantenimiento de la tradición (Berg & Denison, 2014).

Probablemente este factor de mantenimiento sea el que más connotaciones de género intrínsecamente abarca, ya que subyuga el deseo y placer sexual femenino, y el derecho a desarrollar una vida plena, al placer y dominio masculino.

5.5. La A/MGF como factor de Cuidado Cultural

Entenderemos la A/MGF como factor de cuidado cultural, interpretándolo como la prestación de cuidados de ayuda y capacitación, establecidos culturalmente, con el fin de anticiparse a las necesidades de salud, tanto colectiva como individualmente, y para prevenir la enfermedad y la muerte.

En algunas culturas existe la creencia de que una mujer que no ha sido mutilada genitalmente puede sufrir consecuencias negativas para la salud, tanto para las propias mujeres, como para sus maridos y descendencia.

Para algunas etnias mantener relaciones sexuales con una mujer que no ha sido sometida al corte puede llegar a ser mortal, ya que el contacto del pene con el clítoris puede desencadenar la muerte del varón. Otros piensan que el clítoris de no ser cortado podría crecer de tal forma que obstruyera la entrada de la vagina imposibilitando de este modo la penetración (Adam Muñoz, 2004). También es relativamente frecuente encontrar culturas en las que se afirma que la A/MGF facilita el parto, ya que se cree que el contacto del clítoris con el neonato puede provocar la muerte del mismo (Amnistía Internacional, 1998). Igualmente existen creencias de que la realización de esta práctica favorece la fertilidad de las mujeres (UNAF, 2012), aunque como veremos a continuación, ninguna de estas consideraciones que relacionan la práctica de la A/MGF con la promoción de la salud tienen cabida desde un punto de vista científico.

Por último, en algunos lugares de Egipto, existe la creencia de que la A/MGF es una medida protectora contra el consumo de drogas por parte de la mujer (Castañeda Reyes, 2003). También se pueden encontrar testimonios del papel preventivo del corte en la transmisión del VIH/SIDA (Sequi, Touray, & Zuleyka, 2013).

5.6. Factores económicos

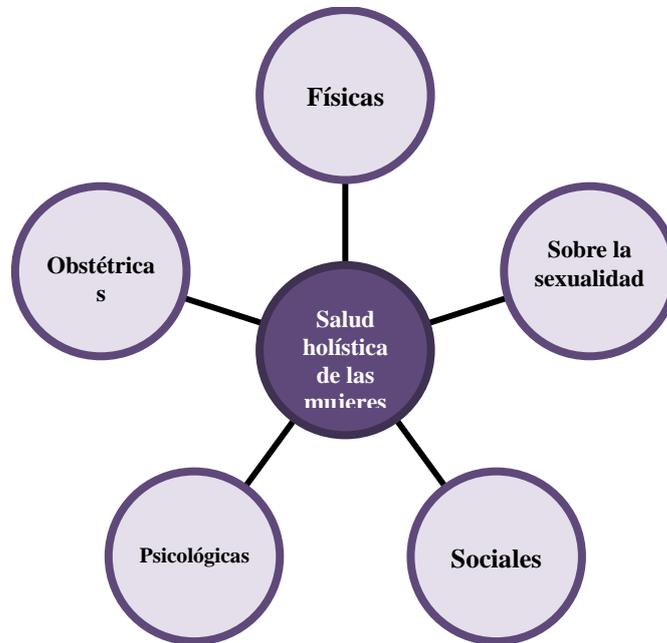
Motivaciones de carácter mercantilista relativas al desarrollo y mantenimiento de la práctica.

Otras de las argumentaciones esgrimidas son de índole económica. Tras la A/MGF se ocultan las personas responsables de su realización, las circuncidoras, quienes reciben una remuneración económica además de regalos como ropas, alimentos u ornamentos. Además, también existen una serie de beneficiarias/os directos/as como las niñas cortadas y sus familiares, quienes normalmente reciben regalos, bien en especie o bien en efectivo. Los/las beneficiarios/as indirectos/as serán las figuras religiosas que offician la ceremonia y los/las comerciantes de la comunidad, quienes se lucrarán a través de la compra-venta de los alimentos y materiales imprescindibles para la celebración de la fiesta de iniciación (Sequi, Touray, & Zuleyka, 2013).

6. CONSECUENCIAS NEGATIVAS PARA LA SALUD DE LAS MUJERES

La A/MGF supone una alteración para el funcionamiento natural del organismo femenino, convirtiéndose así en un factor de riesgo para la morbimortalidad infantil y femenina. Esta práctica puede alterar diferentes esferas de la salud de las mujeres y las niñas, por lo que clasificaremos las afectaciones asociadas a la A/MGF en:

Ilustración 4. Complicaciones para la salud de la A/MGF



Antes de comenzar con la exposición de las complicaciones derivadas de la práctica, es imprescindible hacer hincapié en que la extensión, y por tanto los problemas subyacentes a la misma, dependerán de diversos factores:

- *Tipología de A/MGF realizada:* la crudeza del procedimiento y por tanto la patología asociada estará más presente en los tipos más invasivos, principalmente en la infibulación.
- *Los factores relacionados con la salud holística de las niñas,* como estados de desnutrición, inmunodeficiencias y/o enfermedades previas, serán elementos a tener en cuenta para la comorbilidad de la práctica.
- *Condiciones en las que se realiza el procedimiento:* las condiciones varían en función del área en la que se lleva a cabo (rural vs urbana), y en función de si existe medicalización del acto o se realiza de forma

tradicional. De este modo la gravedad de las complicaciones de la A/MGF variarán según el material utilizado (esterilizado o no), forma de realización (individual o colectiva), destreza de la persona encargada del acto, forma y material de curación de la incisión, además de las características del ambiente físico en el que se realiza.

6.1. Consecuencias físicas

Utilizaremos el término complicaciones físicas para designar a todas aquellas complicaciones asociadas a problemas puramente orgánicos derivados de la A/MGF, exceptuando las pertenecientes a la categoría de obstétricas. Las complicaciones físicas se han diferenciado entre inmediatas y a largo plazo utilizando los mismos parámetros de Adriana Kaplan (2011).

Tabla 23. Complicaciones Físicas relacionadas con la A/MGF

Tipo de A/MGF	Inmediatas	A largo plazo
Complicaciones comunes para los tres tipos de A/MGF	Hemorragia	Anemia severa
	Anemia	Cicatrización anormal
	Shock	Quistes
	Infecciones	Vulnerabilidad hacia ETS
	Lesión de tejidos	Infecciones recurrentes
	Dehiscencia de sutura	Síntomas del tracto urinario
	Retención urinaria	Fístulas
	Muerte	Dismenorrea
	Infecciones pélvicas	

6.1.1. Inmediatas

Complicaciones que aparecen entre el momento en el que se realiza el corte y diez horas después (Kaplan , Hechavarría, Martín, & Bonhiure, 2011):

- **Hemorragia:** es una de las complicaciones más comunes. Se trata del sangrado excesivo de la zona perineal como consecuencia de la ejecución del corte. La zona perineal es una región muy vascularizada y por ende la sección de la zona puede producir un sangrado profuso inmediato, como consecuencia de la sección arterial (arteria clitoridea) y venosa, o secundario al desprendimiento de un coagulo (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2009; Kaplan, Hechavarría, Martín, & Bonhiure, 2011; Abdulcadir, Margairazb, Boulvaina, & Irióna, 2011; Bjälkander, y otros, 2012).

- **Anemia aguda posthemorrágica:** se trata de un síndrome caracterizado por la disminución del nivel de hematocrito por debajo de parámetros normales a consecuencia de la pérdida de sangre resultante de la A/MGF (Kaplan, Hechavarría, Martín, & Bonhiure, 2011; Abdulcadir, Margairazb, Boulvaina, & Irióna, 2011).

- **Shock:** existe una gran variedad de shocks relacionados con la A/MGF, entre ellos encontramos: a) hipovolémico hemorrágico, como consecuencia del sangrado profuso que produce el corte; b) distributivo séptico, provocado por la pérdida masiva de liquido causado por la acción de potentes endotoxinas; y c) neurogénico causado por dolor agudo provocado por la incisión en la zona genital (Kaplan, Hechavarría, Martín, & Bonhiure, 2011; Abdulcadir, Margairazb, Boulvaina, & Irióna, 2011; Bjälkander, y otros, 2012).

- **Dolor intenso:** la gran cantidad de terminaciones nerviosas existentes en la región genital y el deficiente uso, en ocasiones nulo, de medidas anestésicas, hace que el corte provoque un fuerte dolor en la zona que irá disminuyendo durante el período de curación. El dolor puede llegar a ser tan importante que puede derivar en un shock neurogénico. (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2009; Abdulkadir, Margairazb, Boulvaina, & Irióna, 2011; Kaplan , Hechavarría, Martín, & Bonhiure, 2011).
- **Infección:** Según un estudio de Adriana Kaplan (2011), la infección junto con la hemorragia y la anemia son las complicaciones inmediatas más comunes asociadas a la A/MGF. Las invasiones por microorganismos patógenos derivadas de las incisiones vienen determinadas por las precarias condiciones de asepsia utilizadas en este tipo de intervenciones, pudiendo ir desde una simple infección local hasta una septicemia que ocasione la muerte de la mujer o niña mutilada.

Las complicaciones potencialmente asociadas a la infección provocada por la A/MGF son: cistitis o infecciones de la mucosa uretral, vulvovaginitis y septicemia (Kaplan , Hechavarría, Martín, & Bonhiure, 2011; Iavazzo, Gkegkes, & Sardi, 2013). Profundizando en la infección como complicación derivada de la práctica, es necesario precisar que existe un mayor riesgo de infecciones en las niñas prepúberes (Bjälkander y otros, 2012). Esto se debe a que la protección local de la vulva de las niñas antes de la pubertad es menor debido a los bajos niveles de estrógenos.

- **Transmisión de enfermedades infecciosas (VIH/SIDA, hepatitis, tétanos, herpes simple, gonorrea o sífilis):** cuando se realiza la A/MGF como una celebración colectiva en las que varias niñas serán cortadas con el mismo instrumento, esta cuchilla, cristal, lata o bisturí puede

actuar como vector trasmisor de diversas enfermedades infecciosas como las anteriormente citadas.

- **Lesiones en tejidos periféricos:** como consecuencia de la dificultad de sujeción de las niñas/mujeres debido al intenso dolor, unido a la habilidad y destreza de la persona encargada del corte puede provocar lesiones en la uretra, vagina, perineo y/o ano (Medicuumundi Andalucía, 2008).
- **Dehiscencia de sutura:** como consecuencia de una mala técnica en la sutura o la deficiencia de cuidados se puede ocasionar una separación de los bordes de la sutura, teniendo que cicatrizar por segunda intención e incluso puede que tengan que ser cosidas varias veces aumentando el riesgo de infección.
- **Retención urinaria:** que puede aparecer a consecuencia del dolor intenso que se produce con la micción o derivado de una inflamación secundaria a una lesión en el conducto uretral. (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2009; Abdulcadir, Margairazb, Boulvaina, & Irióna, 2011).
- **Muerte:** se puede dar como consecuencia de una complicación asociada a otras complicaciones. (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 2009; Abdulcadir, Margairazb, Boulvaina, & Irióna, 2011).

6.1.2. A largo plazo

Aparecen en un período de tiempo superior a las diez horas transcurridas desde la operación (Kaplan , Hechavarría, Martín, & Bonhiure, 2011). En algunos casos, los problemas a medio y largo plazo son consecuencia de

complicaciones previas que no se han curado o que lo han hecho de una forma inadecuada.

- **Cicatrización anormal:**
 - *Fibrosis:* formación patológica de tejido fibroso en los genitales, debido a una cicatrización anormal o cicatrización limitada al sitio de los cortes (Kaplan, Hechavarría, Martín, & Bonhiure, 2011).
 - *Queloides:* lesiones de la piel formadas por crecimientos exagerados del tejido cicatricial en el sitio de una lesión cutánea (Kaplan, Hechavarría, Martín, & Bonhiure, 2011).
 - *Sinequia:* adherencia y fusión anormal que puede ser parcial o total, de los labios mayores o menores (Kaplan, Hechavarría, Martín, & Bonhiure, 2011).
 - *Rotación de los tejidos:* debido a la pérdida de tejido por una cicatrización anormal y por la retracción de la piel de la zona (Kaplan, Hechavarría, Martín, & Bonhiure, 2011).

- **Quiste de inclusión epidérmico vulvar:** se trata de una complicación tardía poco frecuente consistente en la presencia de un quiste en la región vulvar. En la bibliografía se incluye esta práctica tradicional en el diagnóstico diferencial del quiste de inclusión epidérmica vulvar (Rouzi, 2010; Ling, Mulki, O'Donnell, & Abdel-Aal, 2013; Iavazzo, Gkegkes, & Sardi, 2013).

- **Anemia severa:** la hemorragia producida durante el procedimiento, unida a situaciones de anemia hereditaria y malnutrición pueda llegar a provocar anemias severas.

- **Incremento de la vulnerabilidad hacia enfermedades de transmisión sexual (ETS): VIH-SIDA.** Autoras/es como Emmanuel Monjok (2007), Rosemary G. Kinuthia (2010), Khady Diouf (2012) y Abimbola A. Olaniran (2013) coinciden en la posibilidad de que la A/MGF sea un

factor de riesgo para el contagio del virus de la inmunodeficiencia humana y el aumento de la vulnerabilidad hacia ETS. Los hipotéticos mecanismos propuestos por la bibliografía que pueden contribuir a la transmisión de las ETS son:

- El riesgo de sufrir una cicatrización anormal, unida al estrechamiento y oclusión del introito vaginal, aumentan el riesgo de sufrir inflamación y sangrado durante el coito, interrumpiendo el epitelio vaginal y produciendo sangrado de la zona, posibilitando de esta forma el contagio.
 - El aumento de la dificultad a la hora de la penetración y el coito doloroso debido a la reducción de la apertura vaginal, fomenta la práctica del sexo anal como alternativa. El sexo anal puede causar erosiones tanto en el pene como en el ano, posibilitando la transmisión de las ETS.
 - El aumento del riesgo de sufrir hemorragias durante el parto, por lo que podrían llegar a precisar de transfusiones sanguíneas de forma poco segura.
 - El uso de instrumentos no esterilizados y de forma comunitaria para la realización de la práctica.
- *Infecciones recurrentes del tracto urinario (ITU)*: los cambios anatómicos que provoca la A/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. Esto puede crear un ambiente idóneo que favorece la proliferación de microorganismos y como consecuencia aumentará el riesgo de sufrir infecciones recurrentes del tracto urinario (Almroth y otros, 2005; Khaled, Samy, Abed El-Aziz, & Haytham, 2012), infecciones pélvicas crónicas, vaginitis crónica o repetida y abscesos (Iavazzo, Gkegkes, & Sardi, 2013).

- **Síntomas del tracto urinario inferior (STUI)**: aunque menos descrita en la literatura, la sintomatología del tracto urinario inferior también es una problemática consecuencia de la A/MGF que puede mermar la calidad de vida de las mujeres y niñas que la padecen. Entre los STUI relacionados con la A/MGF destacan: la incontinencia urinaria de urgencia, la incontinencia urinaria de esfuerzo, aumento de la frecuencia urinaria, goteo terminal y vaciado lento de la vejiga (Amin, Rasheed, & Salem, 2013).

- **Fístulas vésico-vaginales y recto-vaginales**: en las mujeres “cortadas” se suelen dar como consecuencia de una infección que evoluciona a un absceso y progresivamente a una fístula. También pueden ocasionarse por un acontecimiento traumático durante la intervención (Teufel & Dörfler, 2013).

- **Dismenorrea secundaria a A/MGF**: trastorno caracterizado por dolores menstruales severos asociados a la modificación de los genitales como consecuencia de la práctica (Abdulcadir, Margairazb, Boulvaina, & Irióna, 2011; Iavazzo, Gkegkes, & Sardi, 2013). Según afirma Elnashar (2007), existe una relación significativa entre la A/MGF, las irregularidades menstruales y la dismenorrea.

Todas las complicaciones anteriormente citadas son comunes a los tres principales tipos de A/MGF, clitoridectomía, escisión e infibulación. 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 (Medicusmundi Andalucía, 2008), algunas de ellas son:

- **Dismenorrea grave**: por la obstaculización del flujo menstrual debido a la angosta salida que queda tras la infibulación (Medicusmundi Andalucía, 2008).

- *Estenosis introito vaginal y vagina* como consecuencia de adherencias vulgares (Medicusmundi Andalucia, 2008).
- *Hematocolpos y hematometra*: si como consecuencia de la intervención se deja la apertura vaginal demasiado estrecha en una mujer virgen, se puede crear una acumulación de sangre menstrual en la vagina y en la cavidad uterina (Abdulcadir, Margairazb, Boulvaina, & Iriona, 2011).
- *Infecciones pélvicas crónicas* (Abdulcadir, Margairazb, Boulvaina, & Iriona, 2011; Iavazzo, Gkegkes, & Sardi, 2013).
- *Dificultades a la hora de orinar*: la estenosis vaginal creada por la intervención, puede dar lugar a un estancamiento de la misma tras la cicatriz y crear pequeñas piedras y quistes sebáceos (Abdulcadir, Margairazb, Boulvaina, & Iriona, 2011).

6.2. Consecuencias Obstétricas

Varias investigaciones han demostrado las consecuencias de la A/MGF sobre los procesos del embarazo, parto y puerperio, considerándola un factor de riesgo para la salud tanto de las mujeres como de los neonatos. El estudio con mayor envergadura, por su carácter multinacional y su extensa muestra es el realizado por la WHO (2006). Se trató de un amplio análisis prospectivo sobre un total de 28.393 mujeres, de seis países africanos (Burkina Faso, Ghana, Nigeria, Senegal, Sudán y Kenya), que habían sufrido alguno de los tipos de A/MGF. Este estudio 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 esta práctica en comparación con las que no la han sufrido. En él también destacan que las complicaciones se dan mayoritariamente en mujeres a las que se les ha

practicado la escisión (tipo II) y la infibulación (tipo III).

Es importante resaltar que la indagación sobre las complicaciones obstétricas que se han realizado en países más industrializados y con mayores recursos sanitarios, establecen una relación significativamente menor entre la A/MGF y sus consecuencias (Wuest y otros, 2009). Aun así, la realidad de la práctica se plantea principalmente en un marco socio-sanitario caracterizado por mayores dificultades de acceso al sistema sanitario y por menores recursos con respecto a estos últimos. Esto le otorga un mayor valor a los estudios realizados en las regiones donde se realiza de forma habitual esta tradición, puesto que contextualiza la situación real de la mayoría de las mujeres que la sufren.

Las complicaciones obstétricas más frecuentes descritas por la bibliografía consultada son:

6.2.1. Consecuencias antes y durante el embarazo

- **Infertilidad:** los resultados de un estudio realizado por Almoth (2005), indican una relación entre la extensión anatómica de la A/MGF y la infertilidad primaria. El daño en el tejido genital provocado por el corte y la consecuente contaminación microbiana, crea un riesgo de infecciones vaginales recurrentes y enfermedad inflamatoria pélvica (EIP) que puede suponer un problema de infertilidad posterior (Khaled, Samy, Abed El-Aziz, & Haytham, 2012). Además, en las niñas prepúber no existe un entorno de protección completo contra infecciones, ya que el nivel de estrógenos es bajo, el epitelio de la vagina es delgado y existe una falta de acidez vaginal. Así, en ausencia de este entorno de protección, la infección puede ascender hasta el útero y las trompas de falopio con el consiguiente riesgo de producir infertilidad

primaria como consecuencia de la EIP (Almroth, y otros, 2005). También la alteración de la anatomía normal de la vulva de las niñas puede dar lugar a cambios estructurales y fisiológicos, que a su vez pueden tener efectos negativos sobre la reproducción en la edad adulta, como las dificultades para mantener relaciones sexuales y los problemas psicológicos que ello conlleva.

- *Un mayor riesgo de infecciones durante el embarazo.* El embarazo provoca una serie de cambios fisiológicos en la mujer. Dos de ellos son el aumento de la vascularización de la zona vaginal y la relajación de los músculos lisos del perineo, lo que sumado al hecho de que en las mujeres infibuladas la apertura del canal urinario se mantiene constantemente húmedo por las dificultades para drenar por completo la orina, conlleva un aumento del riesgo de infección y la recurrencia de las mismas (Hanly & Ojeda, 1995), (Rushwan, 2000).

6.2.2. Complicaciones durante el parto

- *Dificultad para realizar un examen vaginal completo.* En las mujeres con A/MGF tipo II y III, el tejido cicatricial derivado del corte sobre el perineo genera una menor elasticidad de la zona, lo que dificulta la realización de un examen vaginal completo para comprobar el progreso del trabajo del parto (Rushwan, 2000). También autores como Khaled (2012) o la *Guía Verde del Royal College of Obstetricians and Gynaecologists* (2009), hacen referencia a las dificultades que genera la infibulación para la extracción de una muestra de sangre fetal y para la aplicación de electrodos de monitoreo en el cuero cabelludo del feto.

- *Imposibilidad de realizar parto natural.* En las mujeres infibuladas, dar a luz de forma natural es casi imposible debido a que la cicatriz cubre el introito vaginal imposibilitando la salida del feto. Esto repercute directamente en el aumento de la necesidad de realizar un parto instrumental (Berg & Underland, 2013).
- *Mayor prevalencia de cesárea.* El aumento de la tasa de cesáreas en los partos de las mujeres que han sufrido la práctica, se relaciona con la pérdida de elasticidad del canal del parto debido a la creación de tejido cicatricial tras el corte. Esta complicación es muy debatida dentro de la bibliografía consultada, ya que existe un aumento en los datos absolutos de cesáreas realizadas en mujeres mutiladas, pero no todos los estudios reflejan datos estadísticamente significativos (Oduro, y otros, 2006; WHO, 2006; 2008).
- *Aumento del número de episiotomías.* Como consecuencia de la pérdida de elasticidad del introito vaginal consecuencia de la cicatrización. (WHO, 2006; Frega, y otros, 2013).
- *Desgarros perineales y hemorragias severas.* La presión generada sobre el canal del parto por el feto puede derivar en desgarros perineales y hemorragias severas que pueden llegar a requerir de intervención quirúrgica (Rushwan, 2000;WHO, 2006; 2008; Berg & Underland, 2013).
- *Aumento del trabajo del parto.* Producido como consecuencia de los cambios en la elasticidad de la zona perineal, lo que dificulta el parto y aumenta los tiempos de expulsión fetal.
- *Desgarro anal en el parto.* Un estudio realizado en Suecia en 2011 sobre 250.000 nacimientos, establece la infibulación como factor de riesgo del desgarro anal durante el parto, aun habiendo sido

atendidos en centros tecnificados (Berggren, Gottvall, Isman, Bergström, & Ekéus, 2012).

- *Fístulas obstétricas.* El trabajo del parto suele ser muy prolongado en las mujeres infibuladas, lo que favorece la aparición de fístulas obstétricas como consecuencia de la presión de la cabeza del feto sobre la pared vaginal y sobre los órganos adyacentes (Chibber, El-Saleh, & El Harmi, 2011; Berg & Underland, 2013).

- *Des-infibulación.* Con la finalidad de evitar complicaciones intraparto, a las mujeres infibuladas se les suele practicar la llamada “*des-infibulación*”, consistente en la apertura de la zona suturada, para así posibilitar el parto. Una vez que las mujeres dan a luz, se les vuelve a practicar la infibulación (*re-infibulación*), en la mayor parte de los casos. Este procedimiento conlleva todos los riesgos de una infibulación inicial y un mayor número de problemas de salud en el futuro. La *des-infibulación* y la *re-infibulación* se suele repetir tras cada parto, ocasionando en la mujer continuas aperturas y estrechamientos de la zona genital. Lo que se traduce en la formación de un fuerte tejido cicatrizal que conlleva un aumento de complicaciones en posteriores alumbramientos.

6.2.3. *Complicaciones postparto*

- *Mayor probabilidad de incremento del tiempo de hospitalización.* Debido a las posibles complicaciones durante el parto (WHO, 2006, 2008).

- *Hemorragia postparto.* El aumento del riesgo de sufrir hemorragias postparto está ligado a los desgarros perineales

producidos por la obstrucción del feto en el canal vaginal durante el parto (Khaled, Samy, Abed El-Aziz, & Haytham, 2012).

- *Aumento de la tasa de mortalidad materna.* Como consecuencia de todas las complicaciones durante el embarazo o el parto y que tienen como consecuencia la muerte (WHO, 2006).

6.2.4. Consecuencias para el/la recién nacido/a

- *Complicaciones fetales.* La obstrucción, como consecuencia de las características de la región vaginal de las mujeres infibuladas, y el trabajo de parto prolongado pueden provocar asfixia neonatal, precisando en ocasiones reanimación después del parto y propiciando consecuencias negativas sobre el neonato como daño cerebral o la muerte (WHO, 2006; 2008)
- *Elevación de la mortalidad perinatal* en hijos e hijas cuyas madres han sufrido A/MGF del tipo II y III; pudiéndosele atribuir el 22% de las muertes perinatales (WHO, 2006). Otros estudios que también abalan una mayor tasa de mortalidad perinatal son los de Oduro (2006), WHO (2008) y Frega (2013).

6.3. Consecuencias psicológicas

Conocer científicamente los problemas psicológicos derivados de la A/MGF entraña una mayor dificultad que los físicos (Amnistía Internacional, 1998). De ahí la importancia de explorar las experiencias personales de las mujeres afectadas que se atreven a expresar sus vivencias. Los relatos personales de mujeres a las que se les ha practicado A/MGF revelan sentimientos de ansiedad, terror, humillación, inferioridad y traición, los cuales probablemente tendrán consecuencias negativas a largo plazo (Utz-Billing & Kentenich, 2008)

Cabe mencionar que los expertos coinciden en que la realización de la práctica unida a todos estos sentimientos, perfilan una personalidad en estas mujeres definida como “tranquila” y “dócil”, que se traduce en un comportamiento sumiso y obediente considerado como un aspecto positivo de las mujeres en la mayoría de las sociedades donde está afianzada esta tradición, pues las hace más “casaderas” por su sometimiento al hombre (Amnistía Internacional, 1998).

Los sentimientos descritos anteriormente pueden estar negados o mitigados debido a que la A/MGF está vista como algo normal en sus países de origen y se le atribuyen características positivas como orgullo, belleza, limpieza, fidelidad al marido o respeto a su tradición. En algunas etnias el corte se asocia a festividades, regalos y atenciones especiales por parte de la comunidad, lo que genera un sentimiento de pertenencia y aceptación de su sociedad, siendo posible que las mujeres no sometidas a esta intervención puedan sufrir problemas psicológicos derivados del rechazo social y conflictos internos sobre su identidad y lealtad a su cultura y familia (Abdulcadir, Margairazb, Boulvaina, & Irióna, 2011).

Por otro lado, las mujeres jóvenes o adultas que han sido cortadas y que luego 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 cultura del país anfitrión, percatándose de que la A/MGF no es una tradición universal, sino que por el contrario está considerada muy negativamente 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, Margairazb, Boulvaina, & Irióna, 2011). La vergüenza es otro hecho que puede provocar traumas en las niñas o mujeres que han sufrido esta práctica y que viven en un entorno donde además de estar penalmente castigada, es moralmente inaceptable. Esta

vergüenza puede llevar a generar problemas de exclusión social y de autoestima.

Asimismo, la bibliografía consultada aporta estudios sobre la aparición de terrores nocturnos (Kaplan Marcusan, Torán Monserrat, Bermúdez Anderson, & Castany Fabregas, 2006), flashback o reminiscencias del momento del corte (Hearst & Molnar, 2013, Chibber, El-Saleh, & El Harmi, 2011) y enfermedades psicosomáticas (Hearst & Molnar, 2013). También aparece el denominado síndrome de la ansiedad-depresión enfocada genitalmente (*Genitally focused anxiety-depression*), caracterizado por una constante preocupación de las niñas o mujeres que han sufrido A/MGF sobre el estado de sus genitales y pánico a la infertilidad (Kaplan, 2006).

Por último, se describe la existencia de una prevalencia significativamente mayor de trastorno de estrés postraumático (Vloeberghs, Van der Kwaak, Knipscheer, & Van den Muijsenbergh, 2012) y otros síndromes psiquiátricos, como trastornos de ansiedad y depresivos, en las mujeres que sufrieron A/MGF en comparación con las mujeres que no la sufrieron (Behrendt & Moritz, 2005).

6.4. Consecuencias sobre la sexualidad

Los efectos sobre la sexualidad asociados a este tipo de prácticas empiezan a fraguarse desde el momento en el que se lleva a cabo la intervención, aunque las complicaciones respectivas a este apartado suelen evidenciarse en el momento en el que las mujeres inician su vida sexual, normalmente coincidiendo con la noche de bodas. Durante la primera relación sexual, la falta de una educación sexual apropiada y, en los casos de escisión e infibulación, la estenosis del introito vaginal producida por la presencia del tejido fibroso y sin elasticidad consecuencia del proceso de cicatrización, puede ocasionar que el momento del coito sea difícil, traumático y muy doloroso. Por lo tanto, el primer acto sexual sólo puede realizarse tras la dilatación gradual y dolorosa de

la pequeña apertura resultante, siendo necesario en algunos casos, la realización de una incisión previa o des-infibulación (Amnistía Internacional, 1998).

El dolor durante el coito o dispareunia, no sólo estará presente en la primera relación sexual sino que es posible que se mantenga en posteriores penetraciones debido a la poca flexibilidad del tejido cicatricial, o a infecciones vaginales recurrentes secundarias. Además de la dispareunia, la literatura describe otras complicaciones que dificultan las relaciones sexuales como la sequedad vaginal y falta de lubricación durante el coito (Elnashar & Abdelhady, 2007, Sharifa, Alsibiani, & Rouzi, 2008).

Es posible deducir que la vivencia de alguna o varias de estas consecuencias, repercute negativamente en la calidad de las relaciones sexuales de estas mujeres (Andersson, Rymer, Joyce, Momoh, & Gayle, 2012), pudiendo derivar inclusive en un cierto grado de fobia sexual y trastornos de la excitación.

En cuanto al placer sexual en estas mujeres puede permanecer intacto, aunque en un gran número de casos suele estar disminuido o abolido. La extirpación de zonas erógenas de gran importancia en la sexualidad femenina, como el clítoris y labios genitales; el tejido cicatricial consecuente y las fobias asociadas al dolor, son algunos de los factores que pueden afectar a la capacidad de excitación y de sentir placer con el coito. De esta forma se dan en mujeres mutiladas diferentes graduaciones de dificultad para alcanzar el orgasmo, una menor frecuencia de orgasmos, anorgasmia y un menor deseo sexual (Elnashar & Abdelhady, 2007, Andersson, Rymer, Joyce, Momoh, & Gayle, 2012).

Otras complicaciones son el vaginismo (Kaplan, Hechavarría, Martín, & Bonhiure, 2011), como consecuencia de la dispareunia, y la frigidez (Kaplan, Hechavarría, Martín, & Bonhiure, 2011) asociada con molestias producidas por el neuroma derivado de la remodelación estructural que sufren las vaginas

cortadas, o a conflictos psicológicos relacionados con las fobias sexuales que causan las penetraciones dolorosas.

Los problemas sexuales relacionados con la excitación y el orgasmo femenino, son una de las complicaciones con las que conviven y sufren de forma crónica las mujeres cortadas. En la última década, la cirugía reconstructiva de la vagina y clítoris, como forma de paliar dichas complicaciones sexuales, ha obtenido buenos resultados respecto a la capacidad de excitación sexual de estas mujeres (Fazari, Berg , Mohammed, Gailii, & Elmusharaf, 2013). Esta técnica quirúrgica creada por el cirujano del Poissy Saint Germain Hospital, Pierre Foldés, consiste en extirpar el tejido cicatrizado hasta revelar el muñón del clítoris. Una vez localizado se reseca el tejido cicatricial que lo cubre y se exterioriza para facilitar la estimulación del mismo (Razzak, 2012).

6.5. Consecuencias sociales

La A/MGF tiene un importante valor social y cultural para las personas y comunidades que la realizan, por este motivo no podemos obviar por un lado, las consecuencias sociales de la consumación de la práctica, ni por otro, los problemas de inclusión en la comunidad que supone la no realización de la misma. La A/MGF además de suponer una vulneración de la dignidad y de los derechos humanos de las mujeres y las niñas, ayuda a la preservación de las relaciones de dominación-sumisión entre hombres y mujeres que rigen las sociedades patriarcales. Con su realización se intenta perfilar una personalidad femenina, tranquila y dócil, para amoldarla a las necesidades de los hombres. Por otro lado, la renuncia a la práctica en un contexto social de una comunidad mutiladora puede generar rechazo social y humillación pública, por ser la única persona que reniega de sus raíces, tradiciones y costumbres.

6.6. Consecuencias sobre los hombres

Una vez llegados a este punto, y aunque las principales víctimas de la A/MGF son las mujeres a las que se le realiza, y son ellas las que sufren las complicaciones más feroces; los hombres, maridos o parejas de estas mujeres también padecen ciertas complicaciones y secuelas indirectas derivadas de la práctica. Estas complicaciones están íntimamente ligadas con el mundo de la sexualidad y el mantenimiento de relaciones sexuales satisfactorias. Así encontramos en la literatura casos en los que los hombres perciben relaciones eróticas menos satisfactorias debido al sufrimiento experimentado por las mujeres mutiladas durante la penetración (UNAF, 2012). Este sufrimiento percibido puede derivar en temor, impotencia funcional masculina y búsqueda del placer sexual fuera de la pareja (Medicusmundi Andalucía, 2008). De igual forma, al existir una mayor posibilidad de infecciones y de contagio de enfermedades de transmisión sexual en las mujeres cortadas, se traslada dicha posibilidad a los hombres que mantienen contacto sexual con ellas (Almroth, y otros, 2001).



CAPÍTULO III. MARCO LEGAL

INSTRUMENTOS JURÍDICOS CONTRA LA A/MGF

Aunque la mejora de los sistemas legales para la prohibición de la práctica es esencial para la erradicación de la misma, no podemos obviar la adopción y creación de medidas para el empoderamiento de las personas, hombres y mujeres, que luchan por el ejercicio y disfrute de sus derechos.

1. LEGISLACIÓN AFRICANA CONTRA LA A/MGF

A nivel continental, en cuanto a normativa africana se refiere, se han ido constituyendo diversos acuerdos interestatales de los que podemos destacar la aprobación de la *Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los pueblos*, en 1981, la creación *del Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos*, como bases para asentar la posterior creación de legislación en contra de la A/MGF en los diferentes países africanos. Estas dos cartas se refieren a la necesidad de legislar como consecuencia de las luchas sociales que bregan contra la legitimación de las violaciones de los derechos humanos en algunas comunidades africanas.

A un nivel más específico, se puede afirmar que veintiséis países de África y Oriente Medio han prohibido la A/MGF por ley o decreto constitucional. En este sentido Guinea Conakri y la República Centroafricana, fueron pioneros en el proceso de ilegalización de la práctica, comenzando a promulgar leyes en

este sentido en la década de los sesenta, luego le siguieron el resto de los veintiséis países. Pero el alcance de la legislación es muy diverso. Así, Mauritania se limita a prohibir la realización de la PTP por personal sanitario, mientras que otros países como Burkina Faso, persiguen desde las personas encargada del acto hasta las conscientes de la realización del mismo y que no lo haya reportado a las autoridades competentes (UNICEF, 2013).

A pesar de que la mayoría de países africanos disponen de legislación prohibitiva en cuanto a la A/MGF se refiere, la eficiencia de la misma es rebatible, lo que nos hace evidenciar que existe una protección formal de las mujeres y las niñas en estos países pero no real. Dejando de manifiesto la necesidad de implementar la legislación con intervenciones sociales de sensibilización para desafiar el *statu quo* tradicional que rodea la práctica.

Tabla 24. Legislación vigente contra la A/MGF en los países africanos donde se practica

País	Legislación contra la A/MGF	Contenido
Benín	Ley nº 2003-03 para la represión de la MGF en la República de Benín	-Prohíbe toda forma de A/MGF, establece agravantes en caso de muerte. - Se regula la figura del cómplice como responsable del acto.
Burkina Faso	Ley nº 43/96/ADP de noviembre de 1996	-Prohíbe expresamente toda forma de A/MGF, establece agravantes en caso de muerte. - Se regula la figura del cómplice como responsable del acto.
Camerún	No existe ley específica pero pueden emplearse los artículo 277 del Código Penal sobre lesiones corporales graves.	
Republica Centroafricana	Ordenanza que regula la MGF 1966	Prohíbe expresamente toda forma de A/MGF a nivel nacional.
Chad	Ley Nº 6/PR/2002 relativa a la protección de la salud reproductiva	La A/MGF se trataría como una forma de violencia contra la mujer, pero como no se menciona de forma expresa no es una ley eficaz contra la MGF.

República del Congo	No existe referencia expresa a la práctica, pero en función de la interpretación se puede utilizar el artículo 46 del Código Penal sobre lesiones intencionadas.	
Costa de Marfil	Criminal Law. Act n° 98-757 de 1998	<ul style="list-style-type: none"> - Prohíbe toda forma de violencia contra las mujeres y define de forma expresa la A/MGF como una violación de la integridad del órgano femenino. - Establece agravantes en caso de muerte. - Se regula la figura del cómplice como responsable del acto, haciendo especial mención a los padres y parientes.
Djibouti	Código Penal de 1995. Artículo 333	Prohíbe expresamente la A/MGF.
Egipto	Decreto Ministerial. Orden N° 261 en 1996 Ley N°. 126 de 2008, modificando la Ley 12 de 1996 del menor	<ul style="list-style-type: none"> - Esta orden prohíbe de forma expresa la realización de la práctica tanto a nivel hospitalario como a nivel público-privado. No obstante el decreto no establece penas - Establece penas de prisión y sanciones a quienes realicen A/MGF
Eritrea	Proclamación 158/2007	Prohíbe y castiga la A/MGF
Etiopía	Constitución de 1994. Artículo 35 Código Penal 2005. Artículos 565.567	<ul style="list-style-type: none"> -Prohíbe las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de las mujeres. -El código penal criminaliza las prácticas tradicionales perjudiciales, entre ellas la A/MGF
Gambia	No existe legislación en contra de la MGF.	
Ghana	Constitución de 1992. Artículo 26.2 y 39,2 Código Penal de 1994. Artículo 69.A	<ul style="list-style-type: none"> - Prohíbe toda práctica consuetudinaria que deshumanice o produzca daño. Además quedan abolidas todas las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud. - El código penal regula expresamente la A/MGF
Guinea	Ley 2000/010/AN. Artículo 13 Código Penal 1965.	Tanto en la ley como en el código penal se prohíbe expresamente toda forma de A/MGF. A pesar de la prohibición desde 1998, su prevalencia sigue siendo de las más altas respecto a los demás países, con cerca de un 96%.
Guinea Bissau	Ley de prohibición de la A/MGF de 2011	Prohíbe expresamente y penaliza la A/MGF
Kenia	Children's Act 2001	Ley específica de protección de la infancia el artículo 8 que prohíbe la MGF en menores de 18 años. Aunque se omite la prohibición para mayores de 18 años.

Liberia	No existe legislación en contra de la práctica	
Mali	Código Penal. Ley n° 99 de 1961	En 2007 se aprueba un Plan Nacional para la erradicación de la práctica donde se consideraron aplicables los artículos 166 y 171 del código penal sobre actos de violencia.
Mauritania	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), aunque omite la prohibición en mujeres mayores de 18 años.
Níger	Código Penal- Ley N°2003-025 del 13 de junio de 2003 que reforma el Código Penal de 1961	<ul style="list-style-type: none"> - Se incluye como delito la A/MGF. - Establece agravantes en caso de muerte. - Se regula la figura del cómplice como responsable del acto.
Nigeria	No existen leyes federales que prohíban la MGF, pero algunos estados la han prohibido, como Ogun, Cross River, Rivers y Bayelsa.	
Senegal	Código Penal reformado en 1999. Artículo 299	<ul style="list-style-type: none"> - Incluye la A/MGF como delito. - Se establecen las penas máximas cuando las personas que realizan la práctica formen parte del cuerpo médico o paramédico. - Establece agravantes en caso de muerte. - Se penan los incentivos y amenazas para la realización de la práctica.
Sierra Leona	No existe legislación específica	
Somalia	No existe legislación específica	
Sudán	Código Penal 2003	Se prohíbe la práctica aunque no hace referencia a la definición de la misma.
Tanzania	Código Penal reformado en 1998. Artículo 169 A	Prohíbe expresamente toda forma de A/MGF a nivel nacional.
Togo	Código Penal 1998. Ley n°98-016. Artículo 1	<ul style="list-style-type: none"> - Prohíbe expresamente toda forma de A/MGF a nivel nacional. - Establece agravantes en caso de muerte. - Se regula la figura del cómplice como responsable del acto.
Uganda	<p>Constitución de 1995. Artículo 33b</p> <p>Estatuto del Menor 1996</p> <p>Ley de prohibición de la MGF</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Prohíbe explícitamente toda práctica o ley tradicional que perjudique la dignidad de las mujeres. - Establece que es ilegal someter a un menor a prácticas consuetudinarias perjudiciales para su salud. - Esta Ley criminaliza la práctica, el activismo pro A/MGF y las amenazas a niñas no mutiladas.

Fuente: Elaboración propia a partir de Sequi, Touray, & Zuleyka (2013) y UNICEF (2013)

2. LEGISLACIÓN EUROPEA CONTRA LA A/MGF

A nivel Europeo, la implantación de medidas legales contra la práctica se ha realizado de forma progresiva en función al aumento de personas migrantes de países donde se realiza de forma habitual y la aparición de casos dentro de sus fronteras. Como ilustra La Barbera (2010) detrás de las cifras de migraciones se esconden personas que llevan consigo costumbres y tradiciones como seña de identidad, entre ellas la A/MGF. De este modo, en la mayoría de los países europeos han acabado desarrollando legislación que garantice la protección jurídica de las mujeres y las niñas residentes en el continente. Este amparo jurídico se ha planteado de tres formas diferentes: mediante la aprobación de leyes específicas contra la A/MGF, a través de su tipificación como delito, la inclusión en los códigos penales de los respectivos países, y asimilándola a un atentado contra la integridad física y moral de la persona y más en concreto a un delito de lesión (Sequi, Touray, & Zuleyka, 2013).

Tabla 25. Aplicación de la legislación contra la A/MGF en países europeos

Legislación específica contra la A/MGF	Tipificación de la A/MGF como delito	Trato de la A/MGF como un delito de lesiones
Noruega, Suecia y Reino Unido	Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Irlanda, Italia, España, Croacia, Suecia	Bulgaria, República Checa, Alemania, Estonia, Finlandia, Francia, Grecia, Hungría, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Malta, Holanda, Polonia, Portugal, Rumanía, Eslovaquia y Eslovenia

Fuente: elaboración propia a partir de Sequi, Touray, & Zuleyka (2013)

3. LEGISLACIÓN ESPAÑOLA CONTRA LA A/MGF

En el caso de España, al estar encuadrada en un marco de derecho, se abarca tácitamente la protección jurídica contra la A/MGF en la Constitución española de 1978. En ella se aborda, en su Capítulo II, Sección 1ª los derechos fundamentales y las libertades públicas del Estado español. Concretamente en su artículo 15 se recoge que:

“Todos tienen derecho a la vida y a la integridad física y moral, sin que, en ningún caso, puedan ser sometidos ni a torturas ni a penas o tratos inhumanos o degradantes”.

Esta postura pro-derechos humanos, fundamenta el marco legislativo posterior en contra de prácticas perjudiciales como la A/MGF.

De mismo modo que la Constitución, también puede ser aplicada la Ley Orgánica 1/1996, del 15 de enero de 1996 de Protección Jurídica del Menor, para la persecución de la práctica. En ella tampoco se trata de forma implícita la A/MGF pero se puede interpretar la protección de las menores contra este tipo de PTP en su artículo 3 correspondiente al capítulo 2, en el que establece que:

“los menores gozaran de los derechos que les reconoce la Constitución y los Tratados Internacionales de que España sea parte, especialmente la Convención de Derechos del Niño de Naciones Unidas y los demás derechos garantizados en el ordenamiento jurídico, sin discriminación alguna por razón de nacimiento, nacionalidad, raza, sexo, deficiencia o enfermedad, religión, lengua, cultura, opinión o cualquier otra circunstancia personal, familiar o social.

La legislación que cita explícitamente la A/MGF, en cualquiera de sus formas, data de 2003, estando contemplada en el código penal como un delito de lesiones (Gallego & López, 2010). La Ley Orgánica 11/2003, que modifica a la ley 10/1995, hace alusión indirecta (artículo 149.1) y directamente (artículo 149.2) a la A/MGF, quedando tipificada entonces como un delito de lesiones en el Código Penal Español.

- **Artículo 149.1:** *“El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformación, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años.”*

- **Artículo 149.2:** *“El que causare a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a doce años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a diez años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz”.*

Cabe precisar que según el artículo 155 del Código Penal, el consentimiento de la menor o de sus padres es irrelevante a la hora del enjuiciamiento por un delito de lesiones de este tipo (Bénédicte, 2007).

En el caso de que los padres llegaran al acuerdo de realizar la A/MGF a su hija, dicho acuerdo entraría en la figura de la conspiración para cometer un delito de lesiones, mientras que en el supuesto de que uno de los progenitores lo decidiese y le propusiese al otro llevarlo a cabo, esta situación entraría dentro de la figura de la proposición para cometer delito de lesiones (Bénédicte, 2007). Este tipo de casos están amparados en el artículo 151 del Código Penal español.

- **Artículo 151:** *“La provocación, la conspiración y la proposición para cometer los delitos previstos en los artículos precedentes de este Título, será castigada con la pena inferior en uno o dos grados a la del delito correspondiente.”* (Jefatura del Estado, 2014):

En la aplicación práctica de la legislación, cuando haya detección de un caso de A/MGF, ya sea en el ámbito sanitario, social, policial o educativo, existe por parte de estos colectivos la obligación de ponerlo en comunicación judicial, por estar englobado en el ordenamiento jurídico español dentro del delito de lesiones. Lo que no prevé la legislación actualmente vigente son las medidas cautelares en caso de sospecha o riesgo de que pueda ocurrir una A/MGF. Aún así, hay diferentes protocolos que establecen la recomendación de ponerlo en comunicación del Ministerio Fiscal a efectos de investigación y posterior adopción de medidas cautelares para la prevención (Bénédicté, 2007).

En 2005 la aprobación de la Ley Orgánica 3/2005 de 8 de julio de la Jefatura de Estado modificó la Ley Orgánica 6/1985 para permitir la persecución de éste y otros delitos que atentan de forma grave contra los derechos humanos, aunque estos hayan sido cometidos fuera de España. De esta forma se incorporó a la justicia española el principio de justicia universal, adquiriendo la competencia para perseguir hechos cometidos por españoles o extranjeros, fuera del territorio nacional, cuando lesionan bienes jurídicos reconocidos por la comunidad internacional (Escalona Barrera, 2014). De esta forma, la A/MGF podía ser castigada por la justicia española aún si se cometiese fuera del territorio español. El motivo por el que en 2005 se ampliara la jurisdicción española en estos casos, fue el hecho de que la mayor parte de las familias residentes en España y protectoras de la práctica, pactaban realizársela a sus hijas en sus países de origen con el fin de eludir los impedimentos de la legislación española al respecto.

Este principio de justicia universal fue modificado en 2014, cuando el grupo parlamentario popular pactó la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial. En esta nueva modificación no se hace mención expresa de la A/MGF, y aunque sí lo hace a delitos contra libertad, indemnidad sexual y tortura, la A/MGF no tiene cabida en esas categorías, ya que figura como delito de lesiones en el Código Penal, generando gran indefensión para las víctimas de A/MGF.



BLOQUE III

ASPECTOS METODOLÓGICOS



CAPÍTULO IV. METODOLOGÍA

“Partiendo de la base de que la mayor parte de las culturas en la actualidad son formas híbridas e impuras... no se pueden considerar como si fueran inmodificables”

Joaquín Herrera Flores

El vuelo de Anteo.

Derechos Humanos y crítica a la razón liberal

1. REFLEXIÓN SOBRE LA METODOLOGÍA CUALITATIVA. LA ELECCIÓN DEL ENFOQUE METODOLÓGICO

La investigación, como proceso sistemático a través del cual intentamos obtener respuestas a los interrogantes planteados, supone un acercamiento a la realidad y a un modelo de pensamiento o paradigma que conforma la base teórica de los conocimientos, que a su vez sustentan las estructuras culturales que cimientan los justificantes de las diversas PTP para la salud de las mujeres.

Con el fin de alcanzar estas dispares interpretaciones de la realidad, es necesario establecer una metodología que indique el camino, técnicas y

procedimientos específicos para la recogida y producción de la información. Así, para llevar a cabo este estudio y responder a los objetivos planteados lo más fielmente a la realidad subjetiva de la A/MGF desde el punto de vista de los hombres que ensamblan su andamiaje cultural, nos inclinamos por una metodología cualitativa. Esta decisión metodológica se basa en la complejidad del objeto de estudio, puesto que la recreación de un modelo conceptual de la A/MGF no se puede reducir a variables individuales sino que debe abarcar la complejidad del contexto personal de las personas que la defienden.

En palabras de Denzin y Lincoln (1994), *“la investigación cualitativa se caracteriza básicamente por estudiar fenómenos en su contexto natural, intentando encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas le conceden”* (p.17).

La investigación cualitativa, se centra pues en las múltiples dimensiones subjetivas que construyen la realidad social asumiendo su carácter dinámico e histórico (Bardallo, 2010). Se presenta entonces como la rémora del paradigma positivista puro, alejándose de procesos artificiales controlados minuciosamente para buscar, describir y analizar la diversidad de la realidad humana desde una perspectiva única centrada en la cuantificación y el establecimiento de correlaciones de diversa índole, y olvídense de clarificar el significado de esos datos, y de esclarecer las relaciones entre ellos a través de la captación de sus significados.

Frente a esta modalidad imperante en el paradigma biomédico, la metodología cualitativa permite entender y abordar el pluralismo tanto cognitivo como metodológico a través de la experiencia de las personas, explorando creencias, expectativas y sentimientos a la par que explicando el porqué de las prácticas culturales y sus comportamientos derivados.

Como refiere Uwe Flick (2012), bajo el encabezamiento de investigación cualitativa, se resumen diversos enfoques que difieren en sus supuestos

teóricos, en la manera en que comprenden su objetivo y en su perspectiva metodológica. Así pues, de la variedad de enfoques cualitativos existentes, consideremos que la etnometodología como fuente de creación de realidades sociales y como enfoque para el análisis de los procesos interactivos es el más adecuado para realizar esta investigación.

1.1. Etnometodología y Etnoenfermería

Harold Garfinkel, entre los años 1950 y 1970, fue el encargado de trazar los rasgos básicos de la etnometodología como un enfoque cualitativo (Caballero, 2006), siendo uno de los objetivos planteados, enfatizar el papel constitutivo de la cognición en la organización de las actividades sociales (Alan Fith, 2010). Como afirma Fith, este propósito manifiesta una clara dependencia de la etnometodología del marco fenomenológico, en cuanto a que esta última busca conocer los significados de la experiencia. Por lo tanto, plantearemos un enfoque etnometodológico con tintes fenomenológicos para analizar las perspectivas masculinas sobre la A/MGF.

La etnometodología como herramienta de la investigación cualitativa, no nace de la nada, sino que presenta una clara influencia de los fenomenólogos Talcott Parsons y Alfred Schutz (Caballero, 2006). De esta forma se encuentran similitudes entre ambas.

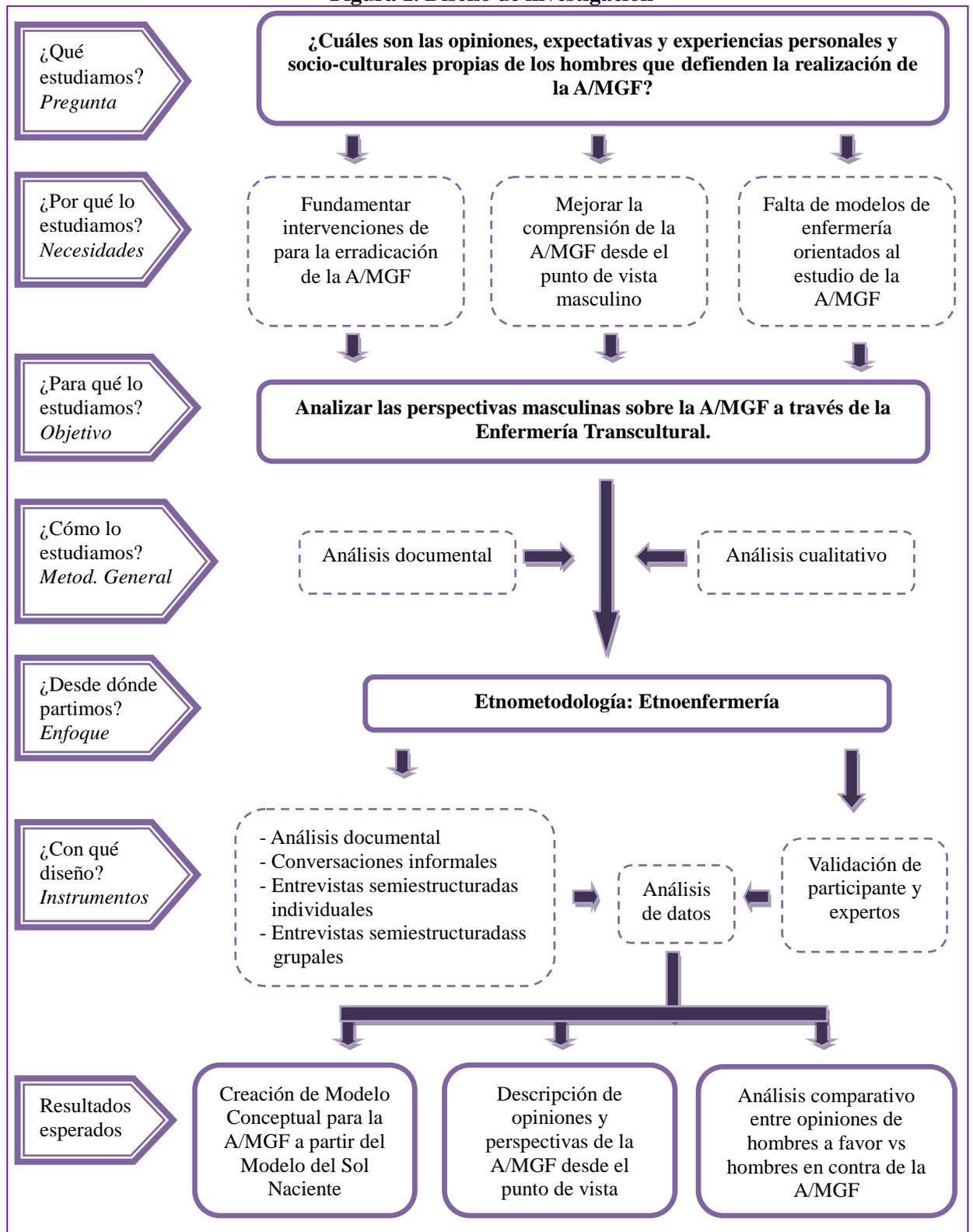
La preocupación por el modo en el que las personas producen y mantienen los significados de las situaciones, o la forma en la que las acciones constituyen esas situaciones, son dos claros ejemplos de los contenidos comunes de ambas corrientes. Pero también existen diferencias; la etnometodología se centra principalmente en lo observable, como las acciones y el discurso de las personas, mientras que la fenomenología intenta enarbolar el sentido de los pensamientos, creencias y supuestos que se producen a nivel interior. En pocas palabras, mientras que la fenomenología se preocupa únicamente por la conciencia, los etnometodólogos, a través de la tradición fenomenológica incorporan la conciencia a estudio de las interacciones sociales.

En definitiva, la etnometodología, además de ser pertinente a la hora de documentar conocimientos y pensamientos acerca de valores y creencias que interfieren o pueden interferir en los cuidados culturales y en la salud de las personas que los realizan, supone la base primordial del enfoque de etnoenfermería, creado por Madeleine Leininger. Esta perspectiva como marco metodológico de la Enfermería Transcultural, trata de comprender la perspectiva de los participantes de forma detallada, desde un punto de vista *émic*, básico para entender y describir de manera exacta las situaciones y los comportamientos (Morse, 2003c). Por otro lado la etnoenfermería también se puede convinar con diversos enfoques cualitativos como la fenomenología y la etnografía (Leininger, 1990).

Intentamos pues acabar con la dicotomización de las interpretaciones esquemáticas que suponen un choque de culturas para poder flexibilizar ambos discursos a fin de que se pueda llegar a crear una complementariedad de ambos extremos, se trata, al fin y al cabo de otorgar una mayor fuerza al reconocimiento de la diferencia sin llegar a legitimar aquellas prácticas que atenten contra el desarrollo de las mujeres en el mundo, convirtiendo estas diferencias socioculturales en herramientas de empoderamiento e igualdad.

2. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

Figura 1. Diseño de investigación



2.1. Contexto e informantes del estudio

Durante el proceso de investigación, la aplicación de un doble contexto geográfico, fue tomada con el objetivo de ampliar las bases de comparación en función al contexto como criterio de triangulación.

2.1.1. Ámbito del estudio

El primer contexto geográfico y en el que enmarcamos el desarrollo del trabajo en su conjunto se limita 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 colaboración de informadores claves y asociaciones como Murcia Acoge. La segunda está relacionada con el aumento de población femenina originaria de países donde se realiza la A/MGF de un 28,55% en la Región de Murcia durante el período de tiempo comprendido entre 2008 y 2014, lo que supone un incremento del riesgo.

El segundo contexto geográfico fue Marruecos, donde una investigadora colaboradora realizó las entrevistas a jóvenes de Yibuti y Chad que cursaban una beca de estudios universitarios en este país.

2.1.2. Población base

En primer lugar, y a pesar de esta doble contextualización geográfica, la población base está formada por hombres procedentes de países donde se practica de forma habitual la A/MGF.

Según datos del Padrón Continuo de Población, actualizado a fecha del 1 de enero de 2014, la población definida por las características anteriores, en la Región de Murcia, asciende a 6.020 hombres.

2.1.3. Población diana

La población muestral sobre la que se ha trabajado es de 25 hombres. En esta población se incluye a los hombres que participaron en las entrevistas semiestructuradas y que cumplían todos los criterios de inclusión, estipulados anteriormente.

Inicialmente, la muestra fue de 30 participantes de los cuales dos no quisieron seguir con el estudio tras realizar las entrevistas y otros dos no consideraron oportuna su participación por estar en desacuerdo con la realización del mismo. Otra de las entrevistas tuvo que ser descartada puesto que existían declaraciones contradictorias en cuanto al posicionamiento y el discurso que le rodeaba.

2.1.4. Tipo de muestreo

En la selección de la muestra no se aplicaron criterios probabilísticos. Debido al carácter, los objetivos de la investigación, y a las dificultades a la hora de entrar en el campo de estudio, las decisiones de muestreo se dirigen hacia la población que más ideas y conocimiento sobre el tema puede exponer. Esto se consigue mediante la utilización de muestreos selectivos o intencionados basados en la definición rigurosa de los criterios teóricos (tabla 26).

Posteriormente se fueron incorporando una serie de participantes por muestreo en bola de nieve, dado que nos permitía localizar de una forma más sencilla al resto de participantes mediante la utilización de las redes sociales de los primeros.

La decisión de finalizar la integración de nuevos casos en los tres muestreos, se realizó a partir del criterio de saturación teórica o redundancia de los datos. En palabras de Glaser y Strauss (1967), la saturación teórica significa

“que no se encuentran datos adicionales por medio de los cuales un sociólogo pueda desarrollar las propiedades de la categoría” (pp. 61). En otras palabras, ya no emerge nada nuevo del grupo establecido por los criterios de selección.

Tabla 26. Criterios de inclusión del estudio

Técnicas de recogida de datos	Criterios de inclusión
Conversaciones Informales	- No sigue criterios de inclusión
1ª Entrevistas Semiestructurales Individuales	- Ser hombre
	- Vivir en España
	- Originario de países donde se realice actualmente la A/MGF.
	- Haber vivido, al menos hasta los 18 años, en su país de origen*
	- Haber estado en contacto personal con mujeres a las que se le haya realizado esta práctica.
2ª Entrevistas Semiestructurales Individuales	- Comprensión del español, o presencia de un traductor durante la entrevista.
	- Ser hombre
	- Vivir fuera de España
	- Originario de países donde se realice actualmente la A/MGF.
	- Haber vivido, al menos hasta los 18 años, en su país de origen*
Entrevistas Grupales	- Haber estado en contacto personal con mujeres a las que se le haya realizado esta práctica.
	- Comprensión del español, habla francesa o presencia de un traductor durante la entrevista.
	- Ser hombre
	- Vivir en España
	- Originario de países africanos de religión mayoritaria musulmana
Entrevistas Grupales	- Haber vivido, al menos hasta los 18 años, en su país de origen*
	- Conocer la A/MGF
	- Comprensión del español, o presencia de un traductor durante la entrevista.

* La introducción de este criterio de inclusión se debe a la necesidad de que los participantes hayan convivido con este problema el tiempo suficiente como para poder aportarnos sus conocimientos sobre el tema.

“La palabra es el arma de los humanos para aproximarse unos a otros”

Ana María Matute

2.2. Técnicas empleadas para la recolección de datos

La información se obtuvo indirectamente del análisis documental, y directamente de los participantes que superaron los criterios de inclusión y que consideraron voluntariamente formar parte del estudio.

2.2.1. Análisis documental

Los textos elaborados con otros fines, tales como artículos de revistas, periódicos o de internet, son una rica fuente de datos para la investigación cualitativa (Burns & Grove, 2004). Se trata de una técnica indirecta de recogida de información que juega varios papeles durante el presente proceso de investigación.

El primero de los propósitos que sigue el análisis de los documentos es proporcionar una comprensión general de las variables que posteriormente serán analizadas. Además, mediante la búsqueda y revisión bibliográfica se desarrolló un extenso marco teórico a partir del cual examinar las situaciones humanas complejas que derivan de la confluencia cultural entre la forma de ver el mundo occidental y la de los países en los que se practica la A/MGF. De esta forma proporcionamos una base sobre la cual realizar el estudio, elegir los instrumentos adecuados, enfocar las entrevistas e interpretar los resultados. La elaboración de esta revisión bibliográfica permitió determinar las aportaciones científicas sobre la problemática estudiada, los vacíos existentes y la contribución del presente estudio al conocimiento de esta área.

En segundo lugar, el análisis de documentos supone un apoyo de otros métodos directos de recolección de datos utilizados durante la investigación.

La complementación de la información obtenida, como tercer propósito de la utilización de esta herramienta, nos permite integrar las ideas y generar los resultados a través del modelo conceptual del Sol Naciente. Además de triangular la información y resultados finales mediante la comparación con el Modelo Conceptual de perpetuación de la A/MGF de Rigmor C. Berg y Eva Denison en 2014.

2.2.2. Conversaciones informales

Estas conversaciones incluyen llamadas telefónicas, correos electrónicos, charlas coloquiales y citas informales con los informantes clave. En este caso no fueron grabadas en audio por la informalidad del acto, pero sí se tomaron notas durante su desarrollo. A lo largo de estas charlas se expuso la temática del estudio, se solicitaron opiniones al respecto, y se pautaron nuevas citas con diferentes participantes. También se utilizaron este tipo de encuentros para corroborar de forma directa y repetida la interpretación de la información recibida a modo de criterio de evaluación.

2.2.3. Cuestionario de información socio-demográfica

El diseño del cuestionario fue concebido de forma que permitiera obtener información útil para obtener el perfil de los participantes con el fin de verificar el cumplimiento de los criterios de inclusión y de conseguir información valiosa que nos guiara en las entrevistas.

El cuestionario consta de información referente a: código de identificación asignado al participante, fecha de la entrevista, lugar de la entrevista, sexo, país de origen, edad, religión, estado civil, número de hijos/as, tiempo de residencia en España (ítem solamente aplicado a entrevistas realizadas en España), situación laboral y nivel de estudios (Anexo I).

2.2.4. *Entrevista semiestructurada*

Con el fin de explorar las actitudes, preferencias y experiencias de los hombres procedentes de países donde se realiza la A/MGF, se diseñó una entrevista de carácter semiestructurado *ad hoc*, para orientar al entrevistador sobre las pautas a seguir durante el proceso. La elaboración de la misma se llevó a cabo a través del estudio minucioso de las fundamentaciones favorables a la práctica encontradas durante la revisión bibliográfica. Las diferentes preguntas que forman parte de la entrevista, fueron contrastadas con los informantes clave y con la directora del estudio antes de la realización de las entrevistas.

La mayor parte de las preguntas pautadas son de respuesta amplia y abierta, con el fin de conseguir un mejor intercambio de información entre entrevistador y entrevistado. En el diseño de la entrevista se tuvo la consideración de no utilizar la palabra “mutilación” para hacer referencia a la práctica, con el fin de que los entrevistados no se sintieran juzgados. Las palabras circuncisión femenina o ablación, se consideraron más respetuosas culturalmente por ser las más utilizadas para designar la A/MGF.

Las entrevistas se realizaron en dos momentos, lugares y por dos investigadores diferentes (tabla 27). Se intentó promover un ambiente idóneo para la expresión de las experiencias, se cuidaron detalles tales como la empatía, la solicitud de los permisos e información del propósito de la investigación, y la elección de lugares y momentos para su realización.

Tabla 27. Características de las entrevistas semiestructuradas

Descripción de las entrevistas		
Fecha	Octubre y noviembre 2013	Noviembre 2013
Entrevistador/a	Ismael Jiménez Ruiz (Autor del estudio)	Dra. Pastor Bravo. Investigadora colaboradora
Lengua de entrevistas	Español y francés	Francés
Traductor/a	Si	No
Duración media	42,8 minutos	Aproximadamente 35 minutos
Lugar de la entrevista	España	Marruecos

Durante las diferentes entrevistas las preguntas no fueron realizadas en el mismo orden, dado que era la conversación la que dirigía el rumbo de la entrevista. Las preguntas pautadas sirvieron de guía, la cual, durante el proceso de investigación fue modificada y ampliada (Anexo II).

La totalidad de las entrevistas semiestructuradas fueron grabadas en audio para su posterior transcripción y análisis. De este modo se facilitó la conversación, evitando interrupciones que pudieran entorpecer la marcha de las conversaciones.

2.2.5. Entrevista semiestructurada grupales

Parafraseando a Patton (1990, pág. 335), hablamos de entrevista grupal diferenciándola de los grupos de discusión, puesto que en ellas no se plantea un debate, ni una sesión de resolución de problemas, sino una simple entrevista.

Flick (2012), citando a Patton plantea la entrevista a grupos como una técnica de gran eficiencia y riqueza de información, ya que permite establecer opiniones relativamente coherentes de forma compartida.

En este caso, las entrevistas siguieron el guion establecido (Anexo II), aplicando las mismas normas para su realización que las entrevistas semiestructuradas individuales. La única diferencia que se incorpora es la presencia de un observador adicional y un facilitador que permite al investigador principal encargarse de moderar y dirigir la entrevista, mientras que el observador se centraba en documentar las reacciones y observaciones complementarias. El facilitador ha sido una persona de máxima confianza del grupo que servía de nexo de unión entre el entrevistador y los participantes.

Los grupos fueron conformados de forma que se crease debate entre las diferentes posturas existentes en África y las diferentes argumentaciones tanto a favor como en contra de la práctica. De este modo, en los dos primeros grupos existió al menos un participante en cuyo país de origen no es prevalente esta tradición.

Tabla 28. Características de las entrevistas semiestructuradas grupales

Descripción de las entrevistas	
Fecha	Octubre y noviembre de 2014
Entrevistador/a	Ismael Jiménez Ruiz. Autor del estudio
Observador	Jorge Caracena Calvo
Presencia de facilitador/a	Si
Lengua de entrevistas	Español y francés
Traductor/a	Si
Duración media	58 min
Lugar de la entrevista	España

2.3. Aspectos Éticos

Una vez finalizado el proyecto de tesis, se solicitó a la Comisión de Bioética en Investigación de la Universidad de Murcia la emisión de un informe sobre la idoneidad del mismo, siendo valorado favorablemente tal y

como ejemplifica el informe emitido a fecha del 11 de marzo de 2013 (Anexo II).

En segundo lugar, y tomando como referencia a Eisner (1998), se exponen una serie de estrategias desarrolladas para abordar rigurosamente los requerimientos éticos propios de cualquier investigación.

Antes de comenzar las entrevistas se les explicó, a todos los participantes, tanto los objetivos del estudio como la forma de conseguirlos.

El proceso de información siguió los siguientes pasos:

- La información fue facilitada de forma oral y escrita, mediante una conversación previa con los participantes y una “Carta de presentación del estudio” respectivamente (Anexo III).
- En todo momento se tuvo en cuenta la comprensión de la información facilitada por parte de los participantes.
- Se comunicaron las expectativas respecto de la colaboración de los participantes.
- Se hizo alusión tanto de la voluntariedad a la hora de participar como de la negación sin perjuicios a participar en la investigación.
- Se informó de que la conversación sería grabada para su posterior transcripción.
- Se dio el tiempo necesario para leer y pensar el contenido de la carta.
- Se dio la posibilidad a los participantes de realizar todas las preguntas que creyeran necesarias.

Posteriormente se les facilitó dos copias de la “Declaración de Consentimiento Informado” (Anexo IV), una para el participante, con el fin de que tenga referencia del escrito, y otra debidamente cumplimentada por el entrevistado para el investigador. Otra de las consideraciones que se tuvo en cuenta para proteger la confidencialidad de los participantes fue la asignación de un código para cada entrevista, comenzando por PMGF.1 para los

participantes, IMGF.1 para los informantes clave y GMGF.1 para los hombres que conformaron los grupos.

Destacar, que por motivos de protección de los sujetos del estudio, se decidió no hacer referencias al municipio o municipios donde se han realizado las entrevistas con el fin de conservar el anonimato de los mimos. El motivo de salvaguardar esta información es que los participantes pertenecen a una población lo suficientemente minoritaria como para que datos de este tipo puedan suponer una amenaza al anonimato de estas personas.

3. ESTRATEGIA PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

El análisis de los datos supone una transformación de los mismos a través de la colección de datos cualitativos y su posterior procesamiento analítico (Flick, 2012c).

3.1. Tratamiento de los datos

La información obtenida de los diferentes medios de registro fue grabada en audio bajo consentimiento expreso de los informantes. Posteriormente esta información fue transcrita íntegramente de forma literal con dialecto. Durante este proceso se intentó reproducir fielmente la grabación y se amplió el contenido anexando diversas notas tomadas durante las entrevistas. Con el fin de aumentar la captación y reproducción de las observaciones, se apeló a la memoria realizando las transcripciones el mismo día en el que se llevaron a cabo las entrevistas.

La escucha, transcripción, impresión y la comprobación del contenido mecanografiado aportó un primer nivel de análisis reconstruyendo y creando nuevas categorías.

Una vez finalizo este proceso, toda la información primaria fue volcada al Software de análisis cualitativo Atlas.Ti 7. Esta herramienta informática fue complementada con técnicas en papel, ya que aportan una mayor creatividad y flexibilidad.

3.2. Análisis de los datos

El análisis, como recomienda Uwe Flick (2012c), debe comenzar en el campo. En nuestro caso se aplicó esta visión del análisis cualitativo a través de la toma de notas de campo complementarias durante la realización de las entrevistas.

Con el fin de encontrar patrones y explicaciones para los motivos de perpetuación de la A/MGF, además de opiniones y perspectivas sobre la misma, se utilizó una doble lógica durante el análisis cualitativo.

En primer lugar, el análisis de los datos se comenzó a través de la definición y codificación preliminar de los mismos utilizando el método sugerido por Miles y Huberman, consistente en crear una lista inicial de códigos a modo de guía orientativa (Coffey & Atkinson, 2003b). Así pues, se determinaron una serie de categorías con sus respectivos códigos descriptivos y definiciones sobre las cuales se realizó el análisis preliminar. Haciendo alusión a estos códigos preseleccionados, cabe destacar que inicialmente fueron utilizados como principios organizadores modificables. De este modo, durante el proceso de jerarquización y análisis fueron ampliados, reducidos y anulados algunos de los códigos, hasta llegar a los que conforman los resultados (tabla 29). Así, conseguimos que emanen los datos utilizando la lógica deductiva al comienzo del análisis.

Al mismo tiempo, se da lugar a la inclusión de un enfoque constructivo-inductivo, a través del cual se pretende que la teoría y los conceptos se modulen y reconstruyan a medida que se realiza tanto la recogida y tratamiento

como el análisis de los datos. De esta forma podremos alcanzar los rasgos comunes que emanan del discurso de las personas que han convivido con la práctica, sus perspectivas y experiencias. Incluimos pues, un enfoque nomotético al análisis. Es en este momento cuando se comienza a realizar una nueva codificación guiada por los datos, también llamada codificación abierta (Flick, 2012d). La inclusión de esta nueva codificación y análisis, nos permitió minimizar la pérdida de información y profundizar, mediante la interpretación, el análisis comparativo y la exploración sistémica de los datos; para crear el significado y las relaciones que se establecen para cada nuevo código y que tejen el entramado teórico recogiendo una visión diferente y más completa de los factores de perpetuación (tabla 30 y 31).

Tabla 29. Codificación guiada por conceptos

Categoría	Identificador	Códigos de Categoría	Identificador
Sistema de Cuidados Genéricos	SCG	Factores socio-culturales	FSC
		Factores higiénico-estéticos	FHE
		Factores religioso-espirituales	FRE
		Factores sexuales	FS
		Factores relacionados con la salud, la A/MGF como Cuidado Cultural	FCC
		Factores económicos	FE
Consecuencias negativas	CN	Consecuencias físicas	CF
		Consecuencias obstétricas	CO
		Consecuencias psicológicas	CP
		Consecuencias sobre la sexualidad	CSEX
		Consecuencias sociales	CS
		Consecuencias para los hombres	CH

Tabla 30. Codificación guiada por los datos I

Categoría	Identificador	Códigos de Categoría	Identificador
Factores obstaculizadores	FO	Consecuencias negativas para la mujer identificadas por los hombres	CNM
		Consecuencias negativas para el hombre identificadas por ellos	CNH
		Actitud favorable ante la legislación	LEG
Reorganización o reorientación	RR	Mitos	M
		Desmitificación	DM
Claves para la abolición	CA	Sensibilización	SEN
		Concienciación	CON
		Diálogo	D
		Medios externos	ME
Abolición de la A/MGF	A	Síntomas positivos	SP
		Síntomas negativos	SN

Tabla 31. Codificación guiada por los datos II

Códigos de Categoría	Identificador
Miedo a infidelidad	MI
Poligamia	POL
Tipo de cura	TC

4. CRITERIOS DE EVALUACIÓN DE CALIDAD APLICADOS

Como reflexionábamos en el primer punto del presente capítulo, la elección de una metodología cualitativa, supone la relativización de la investigación positivista y por lo tanto de sus métodos evaluativos. De este modo, se hace necesaria la adecuación de la evaluación del proceso y

resultados de investigación al enfoque paradigmático que conduce esta tesis. En este sentido para la investigación cualitativa, existen varias propuestas de evaluación, pero nos centraremos en la triangulación múltiple para otorgar rigor científico y metodológico, de gran importancia debido a las críticas al método cualitativo que existen entre las disciplinas sanitarias. Mediante la aplicación de los criterios de triangulación al presente estudio, no se pretende crear una imagen total y generalizable de las perspectivas masculinas de la práctica, sino que se intenta proporcionar una imagen extrapolable de los datos derivados de la experiencia subjetiva, con el fin de proporcionar bases teóricas para el trabajo de erradicación a través de mediaciones fundadas en datos empíricos.

Antes de comenzar con la exposición de los métodos de triangulación aplicados, es indispensable la exposición de los criterios cualitativos de evaluación desarrollados por Madeleine Leininger (1987, 1990, 1991), con el fin de aumentar la credibilidad, precisión y las relaciones de la tesis con la etnoenfermería. Todos ellos, al igual que los procesos de triangulación fueron previstos antes del acceso al campo de estudio.

- **Credibilidad:** valor de verosimilitud de los hallazgos que el investigador ha establecido a través de la información propiciada por las participantes en el campo de estudio (Morse, 2003b).

La credibilidad de los resultados fue corroborada mediante la coparticipación directa de dos de los informantes claves, un participante directo y otro observador de las entrevistas en grupo. Una vez terminados los resultados, se les facilitó una copia a cada uno para que verificasen que la información que se ofrecía en este apartado era veraz y creíble. Además de las sucesivas sesiones de retroalimentación, también se puso en marcha otro proceso de retroalimentación con la Dra. María del Mar Pastor Bravo autora de las entrevistas en Marruecos.

- **Posibilidad de confirmación:** repetición de la evidencia directa y participativa, obtenida a partir de fuentes primarias (Morse, 2003b).

Para satisfacer el criterio de confirmación se emplearon dos técnicas. La primera corresponde al parafraseo de las ideas empleado en la redacción de los resultados para ejemplificar el análisis de los datos; y la segunda se basa en las sesiones de retroalimentación pautadas con dos de los informantes clave del estudio con el fin de corroborar los resultados del mismo modo que propone Leininger en 1990.

- **El significado en el contexto:** datos que se han vuelto comprensibles dentro de contextos holísticos. Se centra en la contextualización de las ideas y experiencias dentro de una situación (Morse, 2003b).

La importancia que se le otorga al contexto y a su significado queda reflejada en la descripción que se realiza de los entornos en los que se han realizado las entrevistas y en la inclusión y contextualización de la A/MGF en España y en la Región de Murcia. Además se explicita de manera consciente la procedencia y situación que envuelve a cada uno de los participantes.

- **Patrones recurrentes:** secuencias de acontecimientos, experiencias o los modos de vida repetidos que tienden a formar un patrón y ocurrir una y otra vez de formas determinadas en contextos similares (Morse, 2003b).

Desde el comienzo de las diferentes sesiones realizadas para la obtención de los datos, se pusieron de manifiesto los patrones recurrentes relativos a los relatos de los participantes, tal y como se

demuestra en el capítulo de los resultados mediante la utilización de *verbatim*.

- **Saturación/redundancia:** momento en el que la información obtenida de los participantes comienza a repetirse.

La continua repetición de la información aportada por los participantes, demuestra la existencia de una redundancia en las narraciones, por lo que efectivamente se ha conseguido una saturación teórica de los datos. Además, a lo largo del desarrollo de las entrevistas semiestructuradas y de las charlas coloquiales quedó de manifiesto la homogeneidad de los datos acerca del pensamiento masculino relacionado con la A/MGF. Esta redundancia agota las categorías cuando se produce la comparación entre métodos de recogida de datos.

Se puede afirmar que al llegar a la redundancia de los datos, la muestra de este estudio es representativa para este grupo de población.

- **Posibilidad de transferencia:** un hallazgo particular de un estudio cualitativo se puede transferir a otro contexto o situación similar y sigue preservando los significados (Morse, 2003b).

La protocolización relativa a la organización de los datos y la transparencia a la hora de exponer los métodos de recolección de datos, de contextualización y análisis de la información; secundada por la precoz recurrencia y redundancia de los datos obtenidos, evidencia la capacidad de reproducibilidad del estudio en condiciones similares.

4.1. Triangulación

El análisis de triangulación nace en la década de 1970, cuando Norman Denzin conceptualiza y comienza a utilizar de forma explícita este término. Aunque si nos retrotraemos en la historia de la investigación cualitativa, existe una gran tradición de aplicación de técnicas de triangulación o validación convergente de los resultados del estudio de campo (Jick, 1979).

Otro de los autores relevantes, Uwe Flick en 2014, define la triangulación como: *“la adopción por los investigadores de diferentes perspectivas sobre un problema sometido a estudio [...]”*. pp. 67.

Se trata pues de una herramienta o de un plan de acción (Denzin, 1970), que aporta validez y minimiza los sesgos durante la investigación cualitativa que surgen a través de la utilización de un único método (Oppermann, 2000). Por lo tanto, estos sesgos pueden poner en entredicho los resultados y la utilización del paradigma, siendo necesaria la pluralidad de enfoques, datos e investigadores empleados en el análisis de un problema específico para que sea mayor la credibilidad de los resultados finales.

En este sentido, es necesario precisar que la utilización de estos métodos es criticada por algunos autores como Janice M. Morse (2003), porque al ser técnicas procedentes de los paradigmas positivistas pueden disminuir la credibilidad y la interpretación significativa de los hallazgos. Desde nuestro punto de vista, los procesos de triangulación, obviando su procedencia, suponen oportunidades de afianzamiento y corroboración de los seis criterios citados y así lo exponemos y utilizamos dentro del paradigma cualitativo puro y de etnoenfemería. Tratamos pues de superar los criterios cuantitativos de validez y confiabilidad mediante la convergencia de la triangulación y los criterios evaluativos propiamente cualitativos expuestos con anterioridad.

Dentro de la triangulación existen cuatro tipos básicos: triangulación de datos, triangulación de investigadores, triangulación teórica y triangulación metodológica. De la combinación de estos cuatro subtipos surge la estrategia de triangulación múltiple (Arias Valencia, 2000).

4.1.1. Triangulación de datos

La triangulación como herramienta no solo se nutre de la convergencia de la metodología, sino que también se pueden triangular fuentes de datos diferentes como algo distinto al uso de diversos métodos (Arias Valencia, 2000). Esto se pone de manifiesto durante el muestreo teórico, en el que se buscan diferentes fuentes de datos para obtener la máxima ventaja teórica. Así, los datos de la presente investigación proceden de hombres ubicados en dos contextos socio-culturales diferentes:

- **Contexto socio-cultural español:** se corresponden con las primeras entrevistas individuales realizadas.
- **Contexto socio-cultural africano:** los estudiantes procedentes de Djibouti entrevistados en Marruecos.

Además durante el muestreo también se exploró la posibilidad de incluir dos colectivos con perspectivas divergentes en cuanto a la A/MGF:

- **Hombres a favor de la práctica**
- **Hombres en contra de la tradición**

De este modo se incluyeron diversas fuentes de datos, que a pesar de complicar el análisis de los mismos concede mayor credibilidad gracias a la heterogeneidad de la procedencia de los datos.

4.1.2. Triangulación de investigadores

La triangulación de investigadores consiste en el empleo de una pluralidad de observadores frente a la técnica convencional de un observador singular. Este tipo de triangulación incrementa la credibilidad y la posibilidad de confirmación de los datos al eliminar el sesgo de un único investigador.

Así, para la presente investigación se ha contado con la colaboración de la Dra. María del Mar Pastor Bravo, que realizó las entrevistas de hombres en Marruecos, aportando observaciones y formas de entrevistar distintas. Y con la inestimable ayuda, durante las entrevistas en grupo como observador imparcial, de Jorge Caracena Calvo, Técnico en Integración Social. La aportación de este último consiste en corroborar la categorización y los resultados procedentes del análisis de las entrevistas en grupo, para validar la veracidad de la exposición de la información obtenida.

4.1.3. Triangulación de modelos conceptuales

La inclusión de la triangulación de teorías, en este caso de modelos conceptuales para la perpetuación de la práctica, nos permite establecer una evaluación comparativa del modelo aportado por la presente tesis, de forma que nos impida aferrarnos a supuestos preliminares e ignorar explicaciones alternativas (Flick, 2014).

Para establecer esta triangulación utilizaremos el Modelo Conceptual de Factores de Perpetuación de la A/MGF establecido a través de una minuciosa revisión bibliográfica y propuesto por Rigmor C. Berg y Eva Denison en 2014, para considerar su trasfondo teórico con respecto al nuestro. Esta exposición comparativa se realizará durante la discusión de los resultados estableciendo un paralelismo y comparando la funcionabilidad de ambas.

4.1.4. Triangulación metodológica

La triangulación de métodos puede llevarse a cabo en el diseño o en la recolección de datos. Existen dos tipos, triangulación dentro de métodos y entre métodos (Arias Valencia, 2000). En el presente trabajo se ha utilizado la triangulación dentro de métodos, consistente en la combinación de dos o más formas de recolección de datos para estudiar el mismo fenómeno.

La triangulación de métodos cualitativos diferentes se realizó a través de la adición de dos nuevas dimensiones a los datos obtenidos a través de entrevistas semiestructuradas individuales. De este modo el conocimiento derivado de la interacción grupal asegura la posibilidad de transferencia de los resultados emanados de las entrevistas semiestructuradas individuales y del análisis documental previo.

4.1.5. Devolución a los participantes

Durante las entrevistas se les comentó a los participantes que tendrían la oportunidad de leer y opinar sobre los resultados del análisis de los resultados con el fin de que alegaran discrepancias con el contenido de los mismos a modo de validación comunicativa y establecer la verificación de los datos obtenidos. Solo uno accedió a ello. A pesar de la escasa participación en este sentido, durante las entrevistas sí que se reiteraron preguntas que aportaban significados a las categorías.

5. DIFICULTADES Y LIMITACIONES DEL ESTUDIO

5.1. Dificultades

Han sido varias las dificultades encontradas a lo largo del desarrollo del estudio. En primer lugar, una serie de dificultades más teóricas que prácticas relativas a la conceptualización de la realidad de la A/MGF en la “Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales”. Hasta hoy, el trato de la A/MGF desde una perspectiva enfermera, según la bibliografía consultada, se había acotado a la participación en protocolos guiados por estudios de corte eminentemente antropológico. Con este estudio, se ha optado por crear nuevas líneas de conocimiento enfermero que fundamenten una mediación congruente desde la Enfermería Transcultural.

En segundo lugar, durante el proceso de revisión de la bibliografía y su posterior análisis documental, se han encontrado pocos documentos de calidad relacionados con la temática del estudio, lo que nos ha llevado a utilizar guías y protocolos para completar los vacíos de conocimientos dentro del marco teórico.

Por último, es preciso destacar las complicaciones encontradas a lo largo del proceso de investigación. La primera de ellas, está relacionada con la accesibilidad al campo de estudio y de establecimiento de contacto estable con los informantes clave. El número reducido de la población originaria de países donde se realiza la práctica en la región, la situación irregular de alguno de los mismos, y la negativa a la participación de algunos de ellos por motivos morales o de autoprotección, han sido los principales obstáculos experimentados durante el acceso al campo de estudio. En cuanto a la segunda de las complicaciones, el hecho de que esta tradición suponga un tema tabú dentro de las comunidades que la realizan, obstaculizó en primera instancia el desarrollo de las conversaciones en esta dirección. Esta resistencia fue vencida

mediante insistencia y confianza. La tercera dificultad, fue la barrera idiomática a la hora de mantener las conversaciones y realizar las entrevistas. Este problema se solucionó fácilmente mediante la traducción simultánea por parte de los informantes clave.

5.2. Limitaciones

En primer lugar, el hecho de que se trate de un estudio de naturaleza cualitativa, hace que los resultados sean interpretaciones de los datos por parte del autor y por tanto se corre el riesgo de caer en la tentación de imponer la cultura autóctona del investigador sobre las propias de los sujetos a estudiar, o al contrario, incurrir en el relativismo cultural absoluto e intentar justificar algunas costumbres bajo el lema del respeto a la cultura. Para tratar de evitar este sesgo, durante la codificación e interpretación de los datos se aplicaron los diferentes criterios de calidad expuestos anteriormente. De entre ellos podemos destacar la realización de las diferentes sesiones periódicas de retroalimentación con los informantes clave, además de la utilización del parafraseo de las ideas o ejemplos que refuerzan las afirmaciones plasmadas en el estudio. En este sentido, la inclusión de una investigadora adicional para la realización de las entrevistas y la contrastación de resultados, además de la participación de un observador externo en las entrevistas grupales aportaron credibilidad y criterios de triangulación con los fines de minimizar la posible subjetividad interpretativa del autor principal.

En segundo lugar, la diferente fundamentación para la práctica existente según la etnia, establece una limitación importante a la hora de extrapolar el modelo al conjunto de razonamientos perpetuadores de la práctica. Para intentar paliar dichas dificultades se decidió la incorporación de entrevistas en un segundo contexto geográfico además de incluir participantes en contra de la A/MGF pero originarios de países donde se lleva a cabo de forma habitual. Esta decisión se tomó a pesar de que con ella se comprometían los criterios de transferibilidad y reproducción de la investigación.

También, cabe destacar que se tuvo en cuenta, la posibilidad de que algún participante no dijera toda la verdad, o no fuera del todo sincero sobre su posicionamiento con respecto a la práctica, dada la ilegalidad de la A/MGF en España. Por este motivo tuvo que ser descartada una de las entrevistas en las que existían respuestas ambiguas en cuanto al posicionamiento.



CAPÍTULO V. ESTRUCTURA Y PROCESO DE INVESTIGACIÓN

1. PROCESO DE INVESTIGACIÓN

El proceso de planteamiento, creación y redacción de la tesis, comprendió un período de 30 meses, dentro de los cuales se incluye el proceso de investigación. Este proceso, obviando análisis preliminares, comienza en enero de 2013, con el análisis documental de los datos y finaliza en marzo de 2015, con la redacción y validación de los resultados. El proceso se concretó en cuatro etapas diferenciadas:

- **1ª. Planteamiento.** En este período nos centramos en la redacción del proyecto y preparación de documentación previa para la realización del mismo. Asimismo, nos adentramos en el mundo de la A/MGF a través de un análisis bibliográfico previo.
- **2ª. Preparación técnica.** En esta fase la preocupación principal era el dominio de los métodos de investigación cualitativa, el análisis documental denso y la preparación previa para el acceso al campo de estudio mediante contactos preliminares con informantes clave.
- **3ª. Acceso al campo y recolección de datos.** El acceso al campo de estudio y la recolección de los datos mediante distintas técnicas guían el contenido de esta fase.

- **4ª. Redacción y validación.** En la última fase se realizaron los procesos de redacción, validación y presentación de resultados finales.

Cabe destacar que no se propone una separación temporal de las fases, ya que aparecen fragmentos de las mismas entrelazados entre sí. El motivo principal de ello es que se ha concebido la investigación como un todo que integra las diferentes partes de la misma. Proponemos pues un proceso circular en el que se plasman las decisiones metodológicas y los momentos de inclusión de los muestreos y técnicas de investigación en el estudio.

El entrelazado circular de pasos empíricos amplía el contexto personal, temporal y espacial, además de otorgar complejidad de evaluación y rigor metodológico a la triangulación de los datos.

Para más concreción y transparencia del proceso se ha elaborado la figura 2, en la que se representa un modelo circular de la investigación, y las tablas 32 y 33, en las que se establece el cronograma de la misma.

Figura 2. Proceso de Investigación

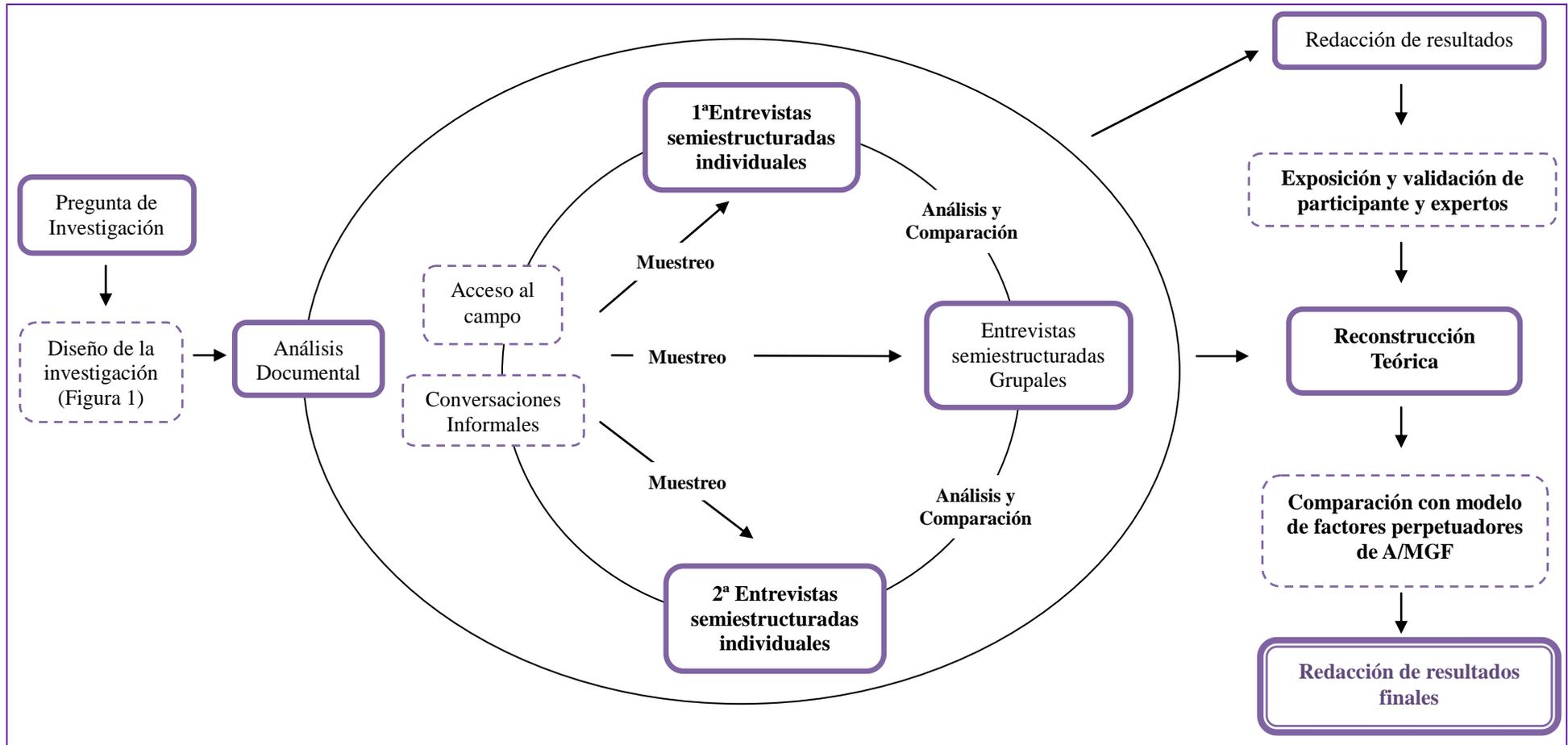


Tabla 32. Cronograma de Tesis Doctoral: años 2012-2013

Actividades	2012		2013											
	N	D	E	F	M	A	M	J	Jl	Ag	S	O	N	D
Análisis documental previo														
Preparación del proyecto de tesis														
Petición de informe de Comité de Bioética														
Informe favorable del Comité de Bioética														
Análisis documental														
Estudio de Métodos Cualitativos														
Estudio de Modelo Conceptual														
Acceso al Campo de Estudio														

Tabla 33. Cronograma de Tesis Doctoral: años 2014-2015

Actividades	2014												2015				
	E	F	M	A	M	J	Jl	Ag	S	O	N	D	E	F	M	A	
Análisis documental																	
Estudio de Métodos Cualitativos																	
Recogida de datos																	
Transcripción de Entrevistas																	
Análisis de los datos																	
Redacción de Marco Teórico y Conceptual																	
Redacción de resultados preliminares																	
Validación de resultados																	
Redacción de resultados finales																	
Corrección de erratas																	

2. ANÁLISIS DOCUMENTAL

Se realizó un extenso análisis documental al comienzo y durante el proceso de investigación con el fin de alcanzar una comprensión global de la A/MGF en su contexto socio-cultural. También fue básica para conceptualizar esta práctica dentro del contexto de las migraciones en España, y para la creación de un modelo de los fundamentos para la defensa del a A/MGF desde un punto masculino.

2.1. Estrategia de búsqueda

Se utilizaron diferentes estrategias en la búsqueda documental mediante descriptores o palabras clave derivados del lenguaje libre, y la utilización de términos extraídos del vocabulario MeSH y su traducción a través de la herramienta DeCS.

Al inicio de la revisión bibliográfica se utilizaron los descriptores de lenguaje libre presentes en la siguiente tabla, combinados a través de los operadores booleanos “AND, NOT y OR”.

Tabla 34. Palabras clave o descriptores libres

Español	Inglés
Excisión	Excision
Ablación	Ablation
Infibulación	Infibulation
Clitoridectomía	Clitoridectomy
Mutilación Genital Femenina	Female Genital Mutilation
Legislación MGF	FGM legislation
Protocolos	Protocols
Complicaciones	Complications
Enfermería	Nursing
Enfermería Transcultural	Transcultural Nursing
Metodología cualitativa	Qualitative Research
Etnoenfermería	Etnonursing
Madeleine Leininger	-
Derechos Humanos	Human Rights
Igualdad de Género	Gender Equality

A través de estas palabras clave se realizó una somera revisión en motores de búsqueda en red tipo Google y Google Académico, mediante los cuales se accedió a diferentes documentos, de gran interés para el estudio, existentes en los directorios Web de organizaciones como Amnistía Internacional (AI), Comité Inter-africano, Fundación Wassu-UAB, Grupo Interdisciplinar para la prevención y estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIP/PTP), United Nations (UN), United Nations High Commissioner for Refugees (UNHCR), Organización Mundial de la Salud (OMS), United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF), Mujer Inmigrante y Asistencia Sanitaria (MIAS), Women's Islamic Initiative in Spirituality and Equality (WISE), Grupo Interdisciplinar de Estudios sobre Migraciones, Interculturalidad y Ciudadanía (GIEMIC), Grupo de Investigación en Salud y Derechos de la Mujer (GISDMU) y Unión de Asociaciones Familiares (UNAF).

Posteriormente se procedió a realizar una búsqueda más exhaustiva en las bases de datos: CINAHL, Cochrane Library Plus, CUIDEN, CUIDATGE, DOAJ, MEDLINE, SciELO y Web of Science. La búsqueda formal en bases de datos, se realizó en tres grandes bloques, guiados por los siguientes descriptores MeSH y DeCS combinados mediante los operadores “*AND*, *OR* y *NOT*”.

Tabla 35. Descriptores MeSH y DeCS

Bloque I. Conceptualización de la A/MGF en la teoría y metodología aplicada		Bloque II. Contextualización y marco teórico		Bloque III. Indagación de las perspectivas de los hombres y la A/MGF	
MeSH	DeCS	MeSH	DeCS	MeSH	DeCS
Transcultural Nursing	<i>Enfermería Transcultural</i>	Circumcision, Female	<i>Circuncisión Femenina</i>	Circumcision Female	<i>Circuncisión Femenina</i>
Qualitative Research	<i>Investigación Cualitativa</i>	Protocols	<i>Protocolos</i>	Men	<i>Hombre</i>
Nursing	<i>Enfermería</i>	Human Right	<i>Derechos Humanos</i>	-	-
Human Right	<i>Derechos Humanos</i>	-	-	-	-

Dado el carácter holístico del marco teórico, también fue necesario recurrir a documentos oficiales tales como datos del Padrón Continuo de Población del INE, datos del Boletín Oficial del Estado, documentos sobre legislación nacional e internacional, y libros y documentación física a través de la biblioteca de la Universidad de Murcia y Biblioteca Regional para el estudio de los marcos conceptuales y metodológicos.

La gestión de la bibliografía se llevó a cabo a través de la herramienta para el tratamiento bibliográfico del paquete informático Microsoft Word 2010. Dicha bibliografía viene expuesta en APA Sixth Edition.

3. ACCESO AL CAMPO DE ESTUDIO

La explicación del acceso al campo de estudio cobra gran importancia cuando utilizamos una metodología cualitativa, puesto que el contacto del investigador con los participantes se produce de forma más estrecha que en las investigaciones guiadas por el paradigma cuantitativo (Flick, 2012b). Además, el proceso de exposición de los procesos de introducción en el campo de estudio supone un criterio de transferibilidad necesario para dotar de calidad a la investigación.

En nuestro caso, el acceso al campo supuso una ardua y larga fase precedida de dos pasos fundamentales para la consecución de los objetivos: la asignación de roles, definiendo la terminología a utilizar con el fin de extremar la transparencia del proceso (tabla 36), y la obtención de la aprobación por parte de la Comisión de Ética de la Universidad de Murcia. Una vez cumplidos estos dos pasos, la entrada en el campo se produjo de tres formas, contextos geográficos y temporales diferentes, coincidiendo con los tres momentos de muestreo plasmados (figura 2).

- **Primer acceso a la muestra.** Se corresponde con las primeras entrevistas individuales, realizadas en 2013, a través de la matrona del centro de salud de una de las poblaciones con más densidad de población subsahariana de la región. Ella disponía del número de teléfono de varios hombres y mujeres de origen subsahariano. Dos de ellos, se prestaron a entablar una serie de conversaciones informales. Tras este intercambio de opiniones, se pautaron citas con diversos hombres de su entorno que cumplieran los criterios de inclusión. Durante el desarrollo de las entrevistas, se contó con los informantes clave como facilitadores del diálogo.

- **Segundo acceso a la muestra.** Comprende el conjunto de las segundas entrevistas individuales que forman parte del estudio. Con el fin de incluir un criterio de triangulación de investigadores y aprovechando la estancia en la Región Oriental de Marruecos de la Dra. María del Mar Pastor Bravo, se realizó un grupo de entrevistas a hombres mayores de 18 años procedentes de Yibuti y Chad que disfrutaban una beca de estudios universitarios en esta región.

- **Tercer acceso al campo de estudio.** Se corresponde con la realización de las entrevistas grupales. El acceso se produjo a finales de 2014 a través de la Asociación Murcia Acoge. Esta asociación realiza labores de inserción social a través de viviendas de acogida. Tras la petición de los

pertinentes permisos, se nos ofreció la posibilidad de realizar dos entrevistas grupales en dos pisos diferentes de la red de Murcia Acoge. Como mencionábamos con anterioridad, para la realización de estas entrevistas contamos con una facilitadora por piso, esta persona es la encargada del cuidado de los inquilinos. La presencia de esta figura, nos facilitó el acceso a los mismos y a establecer un mayor nivel de confianza.

El tercer y último grupo de entrevistados fue facilitado por el observador Jorge Caracena Calvo. La entrevista fue realizada en una peluquería africana, a la que acude población migrante originaria de países subsaharianos principalmente.

En cuanto a la salida del campo y el final de las entrevistas, se intentó cuidar las relaciones establecidas mediante el manifiesto de gratitud y respeto. Además se fomentó el establecimiento de alianzas tanto para el establecimiento de feedback para la devolución de los resultados, como para dejar allanado el camino con el fin de posibles y futuras intervenciones.

Tabla 36. Asignación de roles

Rol	Definición y función
Investigador	Persona encargada de la concepción, diseño y desarrollo del proyecto de investigación.
Investigadora externa	Colaboradora experta en A/MGF. Su participación se centra en la realización de entrevistas semiestructuradas para incluir terceras observaciones.
Observador	Persona encargada de la observación complementaria y reproducción de reacciones.
Informante	Persona sobre la que se centra la entrevista y recogida de datos. Normalmente es llamada participante, pero M. Leininger le asigna el nombre de Informante. (Mc Farland, Mixer, Webhe-Alamah, & Burk, 2012).
Informante Clave	Aquellas personas que tienen conocimiento sobre el estudio en su conjunto y que pueden aportar perspectivas diferentes al mismo. Pueden ser a su vez informantes y facilitadores tanto de muestra como de reflexiones acerca del diseño y del contenido
Facilitadores/as	Persona encargada de alentar a los informantes para compartir sus ideas sobre los fenómenos estudiados (Mc Farland, Mixer, Webhe-Alamah, & Burk, 2012)

4. EXPOSICIÓN DE RESULTADOS

La presentación de los resultados gira en torno a la reconstrucción, a través de la interpretación del Modelo del Sol Naciente de M. Leininger, de las estructuras de consolidación y mantenimiento de la A/MGF y su significado latente desde un punto de vista de los hombres.

Posteriormente, se realiza una exposición del análisis comparativo e interpretativo de las diferentes categorías que emanan de los datos obtenidos a través de las diversas herramientas utilizadas. Las citas o *verbatim* serán las unidades básicas que guiarán el análisis y mostrarán esta realidad observada.



BLOQUE IV
MARCO EMPÍRICO



**CAPÍTULO VI. DESCRIPCIÓN
E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS**

“Cuando me quitaron las ataduras pude mirarme por primera vez. Descubrí un trozo de piel totalmente lisa, excepto por una cicatriz en medio, como una cremallera, y esa cremallera estaba definitivamente cerrada. Mis genitales se hallaban sellados, como un muro de piedra que ningún hombre podría penetrar hasta la noche de mi boda, cuando mi marido me rajaría con un cuchillo o me penetraría por la fuerza”

Waris Dirie
Flor del Desierto

A lo largo de este bloque y una vez situado al lector en el contexto temporo-espacial del estudio, analizados los enfoques y medios utilizados, nos adentraremos a conocer la perspectiva de los participantes (emic) para, a través de los significados otorgados por el equipo investigador que compone y crea esta tesis (etic), construir y conceptualizar la justificación, perspectivas y significados de la A/MGF en el mundo de los hombres.

De este modo pasamos de la mera descripción de los datos, a la dificultosa y excitante tarea de interpretar y reconstruir una teoría sobre los fenómenos de

perpetuación de esta tradición ancestral. También y gracias a la información que trasciende de los diálogos podemos completar el modelo con recomendaciones para la lucha contra esta práctica.

1. LIBRO DE CATEGORÍAS Y CÓDIGOS

Tanto las categorías como los códigos, entendidos como unidades de significado y focos de interpretación, han sufrido un proceso de definición densa y exhaustiva dependiendo de la lógica empleada. El fin último de la aplicación de este tratamiento es dotar de fidelidad, uniformidad y coherencia a los datos asociados a estas unidades de análisis. Además las definiciones dadas facilitan la comprensión del modelo teórico para la perpetuación de la práctica.

Como exponíamos con anterioridad, se ha utilizado una lógica dual para la integración del análisis del conjunto de los datos. En un primer momento se crearon y definieron una serie de categorías y códigos pre-análisis, de forma que los datos emanaron de los conceptos previos cuyo origen principal es el análisis documental. (Tabla 37 y 38). Posteriormente la codificación se guio por los datos, de modo que de una forma inductiva y con la ayuda de la inclusión de memorandos y comentarios a lo largo del proceso de análisis, se fueron originando una serie de constructos abstractos a modo de códigos y categorías tal y como se puede ver en las tablas 39, 40 y 41.

Tabla 37. Libro de categorías y códigos deductivos I

Categoría	Definición	Códigos de Categoría	Definición
Sistema de Cuidados genéricos	Creencias regidas por modelos dinámicos de interrelación de factores estructurales de la comunidad	Factores socio-culturales	Discursos que apoyan la perpetuación de la práctica a través de argumentos basados en la cultura y en la construcción de relaciones sociales dentro de la comunidad
		Factores higiénico-estéticos	Argumentos que apoyan la perpetuación de la práctica a través de las características higiénicas y estética
		Factores religioso-espirituales	Argumentos de tipo mitológico-religioso que favorecen y conservan la A/MGF
		Factores sexuales	Razones, para el mantenimiento de la práctica, fundamentadas y atribuidas a las relaciones sexuales entre hombres y mujeres
		Factores relacionados con la salud	A/MGF como factor de cuidado cultural, interpretándolo como la prestación de cuidados de ayuda y capacitación, establecidos culturalmente, con el fin de anticiparse a las necesidades de salud, tanto colectiva como individualmente, y para prevenir la enfermedad y la muerte
		Factores económicos	Motivaciones de carácter mercantilista relativas al desarrollo y mantenimiento de la práctica

Tabla 38. Libro de categorías y códigos deductivos II

Categoría	Definición	Códigos de Categoría	Definición
<p>Consecuencias negativas</p>	<p>Toda merma en la salud holística tanto de las mujeres como de los hombres cuya causa principal o secundaria sea una A/MGF</p>	<p>Consecuencias físicas</p>	<p>Todas aquellas complicaciones asociadas a problemas puramente orgánicos derivados de la A/MGF, exceptuando las pertenecientes a la categoría de obstétricas</p>
		<p>Consecuencias obstétricas</p>	<p>Complicaciones asociadas a los períodos de embarazo, parto o puerperio, derivadas de la A/MGF. Incluimos aquí complicaciones para los recién nacidos</p>
		<p>Consecuencias psicológicas</p>	<p>Problemas psicológicos relacionados con la práctica</p>
		<p>Consecuencias sobre la sexualidad</p>	<p>Dificultad, en cualquier momento del acto sexual y secundaria a una A/MGF, que impide el disfrute completo de la actividad sexual de la pareja</p>
		<p>Consecuencias sociales</p>	<p>Toda dificultad derivada de la realización o no realización de la práctica que ocasiona pérdidas en el desarrollo humano comunitario de las mujeres</p>
		<p>Consecuencias para los hombres</p>	<p>Problemas experimentados por los hombres cuyas parejas han sido cortadas</p>

Tabla 39. Libro de categorías y códigos inductivos I

Categoría	Definición	Códigos de Categoría	Definición
Factores obstaculizadores	Creencias, pensamientos y aptitudes que dificultan el mantenimiento de la A/MGF	Consecuencias negativas para la mujer identificadas por los hombres	Todas aquellas complicaciones sobre las mujeres derivadas de la A/MGF y reconocidas por los hombres
		Consecuencias negativas para los hombres identificadas por ellos	Todas aquellas complicaciones sobre los hombres derivadas de la A/MGF y reconocidas por los hombres
		Actitud favorable ante la legislación	Manifestaciones favorables sobre la existencia de legislación punitiva de la A/MGF
Reorganización o reorientación	Acciones de asistencia, apoyo y facilitación para fomentar decisiones de inversión que ayuden a las personas a reordenar, cambiar, modificar o reestructurar sus modos de vida, patrones de cuidado y prácticas de salud	Mitos	Creencias con respecto a la idoneidad de la A/MGF cuyo sustento es dudable
		Desmitificación	Contrastación de creencias con respecto a la idoneidad de la A/MGF cuyo sustento es dudable

Tabla 40. Libro de categorías y códigos inductivos II

Categoría	Definición	Códigos de Categoría	Definición
Claves para la abolición	Herramientas fundamentales para conseguir la eliminación de la A/MGF referidas por los hombres	Sensibilización	Acciones dirigidas a dar a conocer la información relativa a la A/MGF
		Concienciación	Acciones encaminadas a crear conciencia de la problemática derivada de la A/MGF
		Diálogo	Comunicación como medio de sensibilización y de concienciación
		Medios externos	Agentes diferentes a la comunidad que luchan por la abolición de la práctica
Abolición de la A/MGF	Proceso de derogación de la A/MGF	Síntomas positivos	Indicios que vislumbran la abolición de la A/MGF
		Síntomas negativos	Indicios de mantenimiento de la A/MGF

Tabla 41. Otros códigos

Códigos de Categoría	Definición
Miedo a Infidelidad	Temor a que las mujeres no cortadas puedan cometer infidelidades dentro del matrimonio
Poligamia	Régimen familiar en que se permite al varón tener pluralidad de esposas (RAE, 2015)
Tipo de cura	Alusiones al tipo de cura y sus consecuencias para el proceso de curación

2. PERFIL DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Siguiendo las recomendaciones metodológicas de Madeleine Leininger, la utilización de datos cuantitativos en estudios de corte cualitativo, compromete el enfoque y los resultados, puesto que los criterios de calidad y medición distan mucho de los cualitativos. Por esta razón, únicamente expresaremos datos cuantitativos para hablar del perfil de los participantes con el fin satisfacer los criterios de credibilidad y transferibilidad del estudio.

El estudio se basa en las entrevistas realizadas a un total de 25 hombres de diversas nacionalidades africanas, véase: Mali, Senegal, Chad, Yibuti, Níger, Ghana y Marruecos. En todos los lugares de procedencia representados en la muestra, se realiza de forma habitual la A/MGF, exceptuando Marruecos, donde no existe incidencia. La incorporación de estos participantes, únicamente en las entrevistas grupales, se llevó a cabo de forma consciente para intentar explorar e interpretar diferentes argumentaciones desde la religión musulmana con respecto a la A/MGF.

En cuanto a la edad media de los participantes del estudio, es de 39,2 años y con un tiempo medio de residencia en su país de origen de 27,8 años para los participantes en las primeras entrevistas individuales y los grupos 1, 2 y 3 de entrevistas grupales. Excluimos de estas medias al segundo grupo de entrevistas individuales ya que fueron realizadas en tierras africanas. La media de edad para este segundo grupo es de 24,2 años.

Partiendo de estos datos, podemos presuponer que los participantes ofrecen un bagaje cultural arraigado en su cultura, por lo que son una fuente primaria de información lo suficientemente fiable como para poder generar una gran riqueza de valiosas percepciones que nos ayuden a profundizar en el conocimiento y estructuración de factores favorecedores de la práctica. De este modo también podemos concebir el grado de aculturación de los participantes,

valorando si están orientados o no, tradicionalmente en sus valores, creencias y formas de vida en general.

La inclinación religiosa de los participantes es mayoritariamente musulmana. Este dato es de gran relevancia puesto que entre la población musulmana que practica la A/MGF, la religión es un argumento recurrente y potencialmente revocable. Solamente uno de los participantes afirma ser animista.

En cuanto al posicionamiento, 8 de los participantes afirman abiertamente estar en contra de la A/MGF, y 13 a favor de la misma. Es preciso destacar que para la suma de estos datos se ha obviado a los participantes de origen marroquí puesto que no se realiza esta práctica de forma oficial dentro de sus fronteras.

Un dato interesante referente a la postura con respecto a la A/MGF, es que los mismos hombres que manifiestan explícitamente estar a favor de la práctica abogan por seguir realizándola, tanto los que tienen hijas como las que no las tienen. Mientras que los hombres con posturas contrarias a esta costumbre aseguran no estar de acuerdo con llevarla a cabo, a excepción del participante GMGF.5, el cual, a pesar de estar en contra del corte, durante la entrevista afirma no saber si mantendría esta tradición.

Para finalizar este apartado meramente descriptivo y con el fin de favorecer la comprensión y argumentación de los hombres que colaboraron en la investigación, en las tablas 42, 43, 44, 45 y 46 podemos ver el posicionamiento asociado al código de cada uno de los participantes.

Tabla 42. Perfil de Primeras Entrevistas individuales

Código	Sexo	País de Origen	Edad	Años en España	Religión	Estado civil	Hijos	Hijas	Posicionamiento	Decisión de cortar
IMGF.1	H	Senegal	47	13	Animista	Casado	1	1	En contra	No
IMGF.2	H	Mali	34	7	Islam	Casado	1	1	A favor	Si
PMGF.1	H	Mali	25	4	Islam	Soltero	-	-	A favor	Si
PMGF.2	H	Mali	42	10	Islam	Casado	1	-	A favor	Si
PMGF.3	H	Mali	35	9	Islam	Casado	3	1	A favor	Si
PMGF.4	H	Senegal	43	11	Islam	Casado	1	-	En contra	No
PMGF.5	H	Senegal	41	13	Islam	Casado	2	1	A favor	Si
PMGF.6	H	Senegal	20	2	Islam	Casado	-	-	A favor	Si
PMGF.7	H	Senegal	29	9	Islam	Casado	3	1	A favor	Si
PMGF.8	H	Senegal	51	14	Islam	Divorciado	-	-	En contra	No

Tabla 43. Perfil de Segundas Entrevistas individuales

Código	Sexo	País de Origen	Edad	Religión	Estado civil	Hijos	Hijas	Posicionamiento	Decisión de cortar
PMGF.9	H	Chad	24	Islam	Soltero	-	-	En contra	No
PMGF.10	H	Yibuti	21	Islam	Soltero	-	-	A favor	Si
PMGF.11	H	Yibuti	30	Islam	Soltero	-	-	A favor	Si
PMGF.12	H	Yibuti	22	Islam	Soltero	-	-	A favor	Si
PMGF.13	H	Yibuti	21	Islam	Soltero	-	-	En contra	No
PMGF.14	H	Chad	27	Islam	Soltero	-	-	A favor	Si

Tabla 44. Perfil Entrevistas Grupales 1

Código	Sexo	País de Origen	Edad	Años en España	Religión	Estado civil	Hijos	Hijas	Posicionamiento	Decisión de cortar
GMGF.1	H	Marruecos	34	15	Islam	Casado	1	-	En contra	No
GMGF.2	H	Marruecos	49	16	Islam	Casado	-	2	En contra	No
GMGF.3	H	Marruecos	45	12	Islam	Casado	1	-	En contra	No
GMGF.4	H	Mali	53	20	Islam	Soltero	-	-	A favor	Si

Tabla 45. Perfil Entrevistas Grupales 2

Código	Sexo	País de Origen	Edad	Años en España	Religión	Estado civil	Hijos	Hijas	Posicionamiento A/MGF	Decisión de cortar
GMGF.5	H	Níger	33	4	Islam	Soltero	-	-	En contra	No sabe
GMGF.6	H	Ghana	38	3	Islam	Casado	-	2	A favor	Si
GMGF.7	H	Marruecos	41	12	Islam	Soltero	-	-	En contra	No

Tabla 46. Perfil Entrevistas Grupales 3

Código	Sexo	País de Origen	Edad	Años en España	Religión	Estado civil	Hijos	Hijas	Posicionamiento A/MGF	Decisión de cortar
GMGF.8	H	Senegal	48	14	Islam	Casado	2	3	En contra	No
GMGF.9	H	Ghana	38	9	Islam	Soltero	-	-	En contra	No

3. LA DECISIÓN DE CORTAR

En este aspecto no existe un consenso entre los participantes sobre si es el hombre o es la mujer quien toma la decisión de realizar o de no realizar la A/MGF. De este modo vemos como existen *verbatim* en los que los hombres asumen el papel de juez, y hombres que se desvinculan de estas afirmaciones y otorgan el poder decisorio a las mujeres de la familia.

Tabla 47. Decisión de realizar el corte

La decisión pertenece a la mujer	La decisión pertenece al hombre
<i>“Las mujeres son las que suelen tener para hacer. Si la madre habla se acabó. Si la madre dice que hace eso, se hace, es cosa de ellas”</i> GMGF.9	<i>“Son los hombres. Si la mujer quiere hacer, si no lo dice el hombre, no se hace. Lo que dice el padre en la casa es lo que manda. Será lo que diga el hombre mayor. Si tú eres más grande que yo, tengo que escucharte”</i> GMGF.5
<i>“Yo no sé nada de eso, eso son las mujeres las que dicen y se hace, nada más, los hombres no sabemos cómo las mujeres no saben de nuestra circuncisión”</i> PMGF.2	<i>“Si yo tengo una hija y yo voy a decir que se lo hagan, es así, mi hija será una buena mujer”</i> PMGF.6
<i>“Son las madres las que obligan a las hijas, su cultura es obligación. Son las mismas mujeres que se lo dicen a las niñas”</i> PMGF.14.	

Pero aunque en la mayor parte de las ocasiones la decisión no sea del hombre, sí que participan como actores secundarios de la decisión puesto que, como veremos en las siguientes páginas, el poder de los hombres en las sociedades en las que se realiza de forma habitual la A/MGF influye de una forma invisible y silenciosa en la toma de la decisión de cortar o no cortar.

“Pero si mi mujer no está mutilada yo mismo la mutilaré. Si me pides matrimonio y no estas mutilada no te voy a aceptar”

PMGF.11

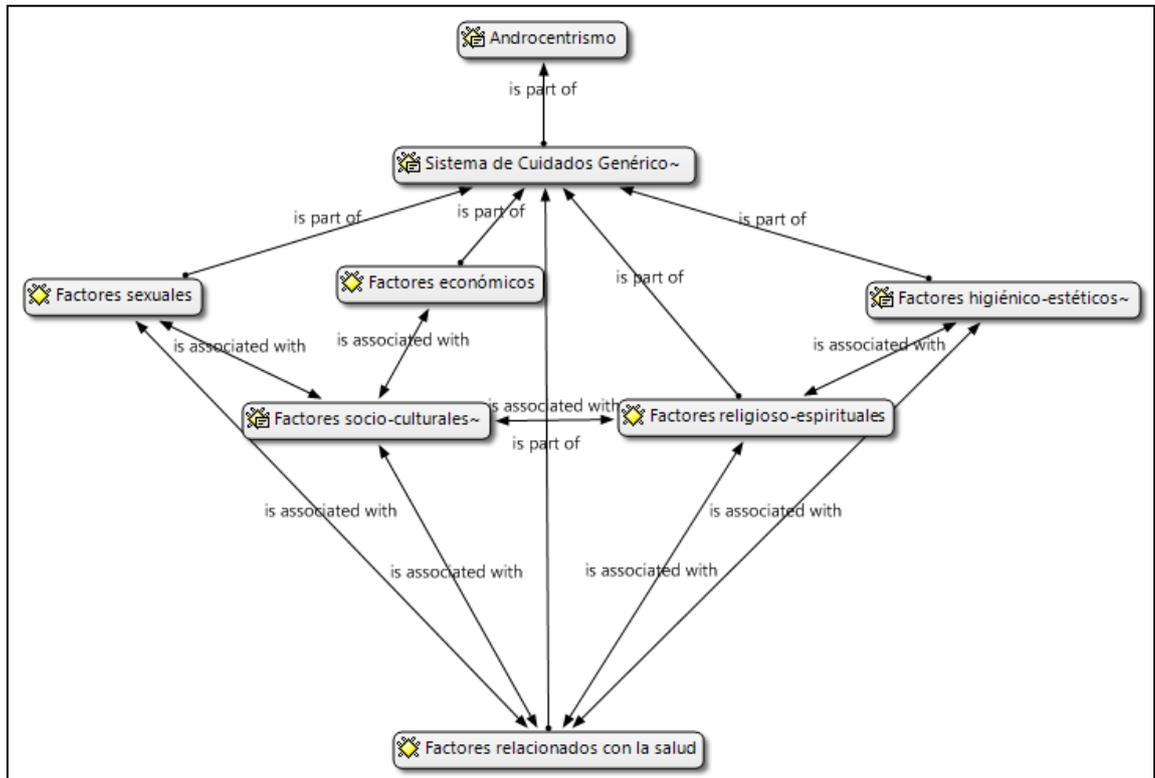
4. LA A/MGF COMO UN SISTEMA DE CUIDADOS GENÉRICOS TRADICIONAL

Comprender la A/MGF como un sistema de cuidados genéricos, según la concepción de Madeleine Leinenger, supone la necesidad de abstraerse de la carga cultural que impregna nuestras estructuras sociales para comenzar a ver a través de los ojos de los participantes en el estudio. De este modo podremos sortear la controversia que genera el entendimiento de la A/MGF como un cuidado cultural y confrontar sus justificaciones.

Por lo tanto, la A/MGF como sistema de cuidados genéricos tradicionales, es comprendida como todos aquellos puntos de vista y valores regidos por modelos dinámicos de interrelación de factores que estructuran las justificaciones de esta PTP.

De esta forma y como se puede ver en la ilustración 5, se crea un tejido de factores perpetuadores interrelacionados de la A/MGF, que conforman un Sistema de Cuidados Genéricos, fundamentado en la concepción de relaciones construidas principalmente a partir de premisas androcéntricas de cuidado imperantes en la amplia mayoría de sociedades vinculadas a esta y otras muchas prácticas que jerarquizan las relaciones entre géneros.

Ilustración 5. A/MGF como Sistema de Cuidados Genéricos



4.1. Factores Relacionados con la Salud. La A/MGF entendida como un Cuidado Cultural

Según la concepción de Madeleine Leininger podemos entender el término “*Cuidados Culturales*” como todos aquellos actos cuyo fin es la prestación de cuidados construidos culturalmente y centrados en las necesidades evidentes o anticipadas para la salud o el bienestar con el fin de afrontar discapacidad, la muerte u otras condiciones humanas. En este sentido, la A/MGF se presenta como un cuidado cultural, sinónimo de custodia de la salud holista de las mujeres y las niñas de la comunidad.

“Depende del sitio en el que se haga, pero nosotros los padres

hacemos lo mejor por ellas porque sabemos que les conviene para ser mujeres” IMG.F.2

“Es algo de cultura porque lo vienen haciendo generaciones porque lo hacía de antiguamente y dicen que para proteger a la mujer” GMGF.8

De este modo vemos como en muchas culturas partidarias de esta práctica, el momento de realizarla supone un punto de inflexión, como una marca en la vida de una niña, a partir de la cual será vista como una mujer a ojos de la comunidad a la que pertenece. Así es entendido también por los hombres que pertenecen a estas sociedades.

“Para saltar de lo pequeño a lo adulto, tiene que pasarlo”
IMG.F.1

En este sentido, se establece un paralelismo entre el corte o circuncisión masculina y el corte, ablación o mutilación femenina.

“Es como en el hombre, a todos los hombres coge el pellejo y se corta, entonces es igual para que las mujeres sean mujeres”
PMGF.14

Pero además de percibir esta costumbre como prueba de identidad cultural también es entendida como una condición de salud física, sexual, reproductiva, y de limpieza.

“Por salud, ellas están más limpias.” PMGF.5

“También hay gente que dice que es bueno para parir.”
PMGF.7

“Sin la circuncisión le va a crecer el clítoris y va a tener muchas infecciones.” PMGF.9

En definitiva, si tenemos en cuenta la diversidad de la argumentación, la A/MGF es comprendida como una anticipación de las supuestas necesidades de las mujeres, y por tanto como un cuidado femenino relativo a tradiciones y costumbres propias de la cultura.

“Si en nuestra familia decimos hacerlo es por el bien de ellas”
PMGF.7

Por lo tanto, podemos entender que la A/MGF sea interpretada por ellos como un requisito necesario para cuidar la salud social, física, sexual y reproductiva de las mujeres, dado que es tratada como acto de facilitación y apoyo a la salud sexual, espiritual y física de las mismas.

La A/MGF para la sociedad masculina que la ampara es un cuidado cultural enfocado al enfrentamiento de diversas condiciones humanas prescritas por unos roles de género muy marcados.

4.2. Factores Socio-Culturales

La A/MGF, es comprendida socialmente como el paso a la primera etapa de la adultez. Supone el reconocimiento público de las niñas como adultas, al mismo tiempo que se les asigna un rol en la sociedad. De esta forma, la A/MGF se convierte en un ritual necesario para que las niñas sean consideradas mujeres en todas sus facetas vitales, un punto de inflexión, una marca en la historia de su vida, a partir de la cual será vista como una mujer a ojos de la comunidad a la que pertenece. Así es entendido también por los hombres que pertenecen a estas sociedades.

“Si no lo hacen no están completas” IMG.F.1

“Ya ha pasado de niña a mujer” IMG.F.1

“Cuando la haces es como si tú ya eres una mujer de verdad, para los hombres también, eres hombre, eres adulto” IMG.F.2

También se hace alusión a la A/MGF como parte del mecanismo comunitario de herencia cultural. Supone pues una carga tradicional con la que las mujeres nacen y viven.

“Es algo hecho por mis padres y sus padres antes, se hace siempre. No es normal que se haga algo mucho años si es malo”
PMGF.7

Este hecho confiere a los hombres, y posiblemente al conjunto de la comunidad, una definición preconcebida de lo que es o debe ser una mujer.

Tabla 48. Definición de mujer

Mujeres cortadas	Mujeres no cortadas
<i>“Una mujer tiene para ser buena mujer tiene que tener hecho”</i> PMGF.5	<i>“Las mujeres que no hace eso no se casa bien porque no es buena como musulmana y no es buena porque no puedes confiar”</i> PMFG.7
<i>“Esa chica ya será respetada en la sociedad”</i> PMGF.14	<i>“No voy a confiar en ella, no estoy seguro de que sean hijos míos”</i> GMGF.6

Definición, que al no ser satisfecha puede suponer duras repercusiones sociales a las mujeres no mutiladas, pasando de ser deseables y respetadas a

indecentes y poco elegibles. Prima pues la estigmatización de la diferencia, en cuanto a que la A/MGF es considerada como rasgo de identidad cultural normalizado. De esta forma encontramos diversos mecanismos de marginación y control social para fomentar el mantenimiento de la práctica, estableciendo una relación directa entre los factores socio-culturales y la problemática social derivada de la no A/MGF.

“Por ejemplo mi hija que no la ha hecho, no puede entrar en la selva cuando la están haciendo, porque no la ha hecho”

IMGF.1

“Las mujeres que no hace eso no se casa bien porque no es buena como musulmana y no es buena porque no puedes confiar.” PMGF.7

La falta de idoneidad de las mujeres que no han sido mutiladas, es un claro ejemplo de mecanismo de marginación social para el mantenimiento de esta tradición puesto que una mujer no cortada suele ser privada, en muchas ocasiones, de la posibilidad del matrimonio.

“No lo sé pero yo personalmente si no tiene hecha la circuncisión no voy a casarme con ella.” PMGF.10

“Es muy importante, cuando encuentro una mujer que la ha hecho me casaré con ella.” PMGF. 2

“Si me pides matrimonio y no estás mutilada no te voy a aceptar.” PMGF.11

Estas afirmaciones unidas a la amplia gama de injurias y reproches que pueden recibir las mujeres no mutiladas, convierte a este factor de perpetuación

en un componente de gran importancia y muy común durante las conversaciones.

“Cuando no lo haces van a hablar de esa mujer, le van a decir puta y que no tiene higiene.” PMGF.13

Otro elemento beneficioso, empleado para comprender y apoyar la normalización de la práctica para los hombres entrevistados, es el hecho de que se realiza en ambos sexos, extrapolarlo de este modo las consecuencias y significados de la práctica en los hombres y las mujeres.

“Es que allí es costumbre, ahí las mujeres como los hombres, sabe que si se nace lo vamos a hacer” IMG2.

4.3. Factores Sexuales

A lo largo de las diferentes conversaciones y entrevistas, la justificación de índole sexual se presenta como un factor multifacético y de gran magnitud, puesto que prácticamente la totalidad de la muestra, tanto de hombres a favor como de hombres en contra, han nombrado, criticado o alabado la A/MGF refiriéndose a esta temática.

La aceptación y defensa de esta tradición, comienza ante el miedo del inicio prematuro de las relaciones sexuales femeninas. De esta manera, la remoción del clítoris, es primordial para proteger la virtud de las mujeres al mismo tiempo que la familiar. Nos sumimos pues, en premisas falsas imbuidas en el androcentrismo más paternalista, donde las propias inseguridades familiares y masculinas se reflejan en la vagina de las mujeres en forma de corte.

“Una manera de celo, una manera de proteger la dignidad de la mujer. Por ejemplo, no irse con hombres, y quedarse con su

marido. No acostarse con un hombre que no era su marido. La gente estaba muy conservadora y el honor de la familia no quería que la mujer hiciera daño a la familia, a la etnia, entonces son la educación suya que tenía que hacer para preservar honor de la familia y algo sexual” PMGF.8

“[...] hay otros que lo hacen para que no tengan relaciones sexuales antes del matrimonio.” PMGF.9

“Si ella pierde la virginidad no va a encontrar marido. La noche de bodas si no encuentras sangre es que no era virgen y te vas a divorciar” PMGF.14

Si ahondamos en estas premisas, se establece una evidente conexión entre los factores sexuales y los sociales, de modo que una mujer que no cumpla las expectativas de autocontrol sexual y virtud tanto familiar como femenina, no podrá ser elegible para el matrimonio.

“Si no eres virgen no vas a esposarte, asique las chicas con 14-15 años se van a casar. Yo no aceptaría a una no virgen” PMGF.14

Aun así y a pesar de toda esta argumentación, el razonamiento más persistente y abalado por los hombres, es la fuerte convicción de que las mujeres tienen una sexualidad más voraz y acentuada que los hombres. Según podemos extraer de los datos obtenidos, esto les impide autocontrolarse ante la tentación de una relación sexual. Por lo tanto, uno de los argumentos para justificar la práctica reside en los “beneficios” de reducir ese “descontrolado” deseo sexual que radica, principalmente en el clítoris.

“Porque los dos se quedan satisfechos, después de la relación los dos se quedan satisfechos. Pero una, la mujer, si no está

hecha esta práctica el hombre se puede quedar satisfecho pero la mujer no se puede quedar satisfecha. Él puede satisfacerla pero es difícil. Entonces no se puede quedar bien si tú la haces una vez, una solo vez. Con una te puede sobrar a un hombre, pero por la mujer no se puede sobrar. Si un hombre necesita una vez, las mujeres van a necesitar dos o tres veces, la mujer que ha hecho esa práctica” IMG.F.2

“[...]y con esto aunque no haya llegado su noche ella puede controlarse [...] porque no se pone muy nerviosa” PMGF.1

“Y ella querría hacerlo 2 veces por día ¿es que eso es lógico?. Yo no voy a poder satisfacerla, si lo hace yo podré satisfacerla” PMGF.10

“Cuando se hace se sabe [...] es más difícil que tengan ganas que no aguante para hacerlo.” PMGF.5

De este modo, mediante la disminución del “descontrolado” deseo sexual de las mujeres, se reduce, al parecer, la obsesión de estos hombres con las posibilidades de una infidelidad por parte de las mismas. La infidelidad femenina se repite a lo largo del discurso, volviendo pues al ensalzamiento de la virtud femenina y olvidando las infidelidades masculinas. El hombre, de esta forma se asegura la fidelidad antes y durante el matrimonio, y con ello la continuidad de su linaje familiar, a través del control de la supuesta promiscuidad sexual femenina.

“Es para disminuir el placer de las mujeres. Se hace para disminuir las necesidades de las mujeres si el hombre tiene que viajar para buscar la vida de la familia. Yo pienso que es el principal motivo” PGMGF.8

“Porque una mujer, normalmente, con una vez sola, una mujer busca a otro hombre que no sea su marido, su hombre” IMG.F.2

“Si, si lo cortas bien, ella va a tener ganas cuando tu estés y no va a ser infiel.” PMGF.5

“Claro, si no las mujeres no serían fieles. Saldrían a buscar a otros hombres” PMG.7

Así, se convierte la lucha por la defensa de la fidelidad y la continuidad de la estirpe familiar, en una chuchilla afilada que debe extirpar el miembro más pecaminoso del cuerpo femenino.

“Porque va a serle fiel. En nuestro país hace calor y el clítoris se excita rápidamente, es por eso que estoy a favor de cortarlo. Beneficio para los hombres es la fidelidad” PMGF.12

“Sobre todo para poder vivir más tiempo sin el hombre. Para menos deseo” GMGF.6

Reduciendo de este modo, la vida sexual de las mujeres, a la faceta reproductiva de la misma.

“Su vida sexual casi deja de existir porque ella no va a querer solo para tener hijos” PGMGF.9

La defensa de la A/MGF por parte de los hombres, en este aspecto, se tiñe con tonos pseudoparternalistas, mediante los que se intenta mantener un control de la sexualidad de las mujeres a fin de protegerlas y preservar la fidelidad en el matrimonio. Aunque este matrimonio no es único para el hombre, ya que para estos participantes, la A/MGF, al mitigar el deseo sexual

femenino y garantizar la fidelidad de las mujeres, repercute directamente la preservación y favorecimiento de los matrimonios polígamos.

“Por ejemplo si se ha casado con tres mujeres, está un día aquí, un día descansando, otro día con otra mujer, otro día de descanso y al final al acabar el turno al mes ha estado unas tres veces al mes más o menos con sus mujeres. Entonces es una forma para que las mujeres no tienen... no me sale la palabra en español, para que no tienen ganas de hacer el amor tan frecuentemente” IMG.F.1

“Sería imposible que un hombre se casara con cuatro mujeres, porque las mujeres siempre buscarían hombres diferentes. Un hombre no puede saciar a cuatro mujeres que no tienen hecho esto. Se va por ahí a buscar otros hombres. Entonces esto.... La religión va a castigar a ti también como hombre porque no has podido satisfacer a tu mujer. La parte del hombre de matrimonio tiene que dárselo como le da de comer también. Si tú tienes ganas la mujer tiene que hacerlo también. Si tú no estás de acuerdo te lo da, es una cosa que hay que hacerlo” IMG.F.1

“¿Cómo puede hacer un hombre muchas veces con sus mujeres? Nosotros podemos tener en Senegal hasta cuatro mujeres, pero no podemos pasar la noche con todas la misma. Ellas no pueden aguantar esa tiempo.” PMGF.7

De este modo, dentro de los factores sexuales podemos identificar opiniones en los que la defensa de la poligamia es entendida como algo sumamente positivo, y en los que la protección de la misma supone un acto de opresión de las mujeres y segregación sexual. Para ambos grupos las argumentaciones tienen una temática sexual y de género, pero la única

diferencia que reside en ellas, es por un lado, la comprensión de las mujeres como sujetos pasivos de los actos masculinos; y por otro, el entendimiento de las mujeres como sujetos activos y no subordinados a la vida y sexualidad masculina. Esta faceta de los factores sexuales favorecedores de la práctica, no hace más que ejemplificar un interés marcadamente masculino por la conservación de la A/MGF, oculto tras el velo de una sociedad imperantemente androcentrista.

Por otro lado, se admite también que la práctica puede favorecer la vida sexual de los matrimonios, ya que gracias al estrechamiento del introito vaginal, el placer sexual del hombre fundamentalmente, pero también el de la mujer se ve maximizado según sus creencias.

“[...] es bueno para los dos, porque si está bien cortada está mas estrecho y los dos lo sentimos mejor.” PMGF.5

“Porque los dos se quedan satisfechos, después de la relación los dos se quedan satisfechos. Pero una, la mujer, si no está hecha esta práctica el hombre se puede quedar satisfecho pero la mujer no se puede quedar satisfecha.” IMG.F.2

“Y cuando haces la circuncisión la vagina va a quedarse pequeña y tendré más placer sexual” PMGF.10

Convirtiéndose la A/MGF en una forma de cuidado de la salud matrimonial y convivencia.

“Yo pienso que si no tiene hecha la circuncisión, a la hora de casarse y tener relaciones sexuales va a haber muchos problemas entre ellos, no va a ser bueno para la pareja” PMGF.10

En esta misma línea, pero con una argumentación diferente, los participantes de Yibuti, temen el crecimiento excesivo del clítoris, lo que puede causar un taponamiento de la vagina e imposibilidad de penetración

“Si no se corta crece el clítoris y no podré mantener sexo con mi mujer, por eso la prefiero circuncidada” PMGF.11

El último aspecto extraído de las entrevistas relativo a este factor, está relacionado con la comparación entre el comportamiento de las mujeres españolas, y por tanto de las mujeres a las que no se les ha realizado la práctica, con las mujeres a las que sí se les ha practicado. Como podemos ver en los siguientes ejemplos, los participantes partidarios de la A/MGF, defienden su realización aludiendo a comportamientos “indecentes” de las españolas, y de nuevo, al aumento de las infidelidades de las que son agente las mujeres a las que no se les ha realizado la A/MGF.

“Las chicas más jóvenes aquí yo veo que se comportan muy ligeras, son más fáciles que las de mi país” PMGF.6

“Aquí las mujeres andan con más hombres y si tienes mujer, aquí se ve como engañan más a sus maridos y no los respetan como hombres. Antes han dicho que tienen más ganas y no pueden controlarse, yo creo que es verdad.” PMGF.6

“yo creo que es importante que lo hacen, porque yo veo aquí que las mujeres engañan mucho a los hombres más que lo... que los hombres a las mujeres. Engañan más las mujeres porque tienen mucho ganas”. IMG.F.1

4.4. Factores Religioso-Espirituales

Dentro del grupo de participantes que apoyan la A/MGF, la dimensión religiosa de la práctica, es fundamental para conocer el posicionamiento de los mismos. Como muestran los *verbatim*, los factores religiosos se presentan como un acicate para el mantenimiento y realización de la práctica. Es necesario precisar, que por las características de la muestra, únicamente puede ser extrapolable a población musulmana similar.

“Nuestra religión dice que tenemos que hacerlo” IMG.F.2

“Una mujer que no hace esa práctica, no puede practicar al cien por cien la religión” IMG.F.2

“Siempre hemos tenido un conflicto sobre eso aunque algunos hemos estado seguros de que la religión lo dicta y solo podemos ser buenos musulmanes siguiendo las enseñanzas.” PMGF.11

En este aspecto, su interpretación de la ley musulmana es tajante en cuanto a la circuncisión tanto femenina como masculina, asumiendo sin cuestionar las motivaciones de dicha decisión.

“Si eso no se hace los musulmanes no podemos rezar” PMGF.4

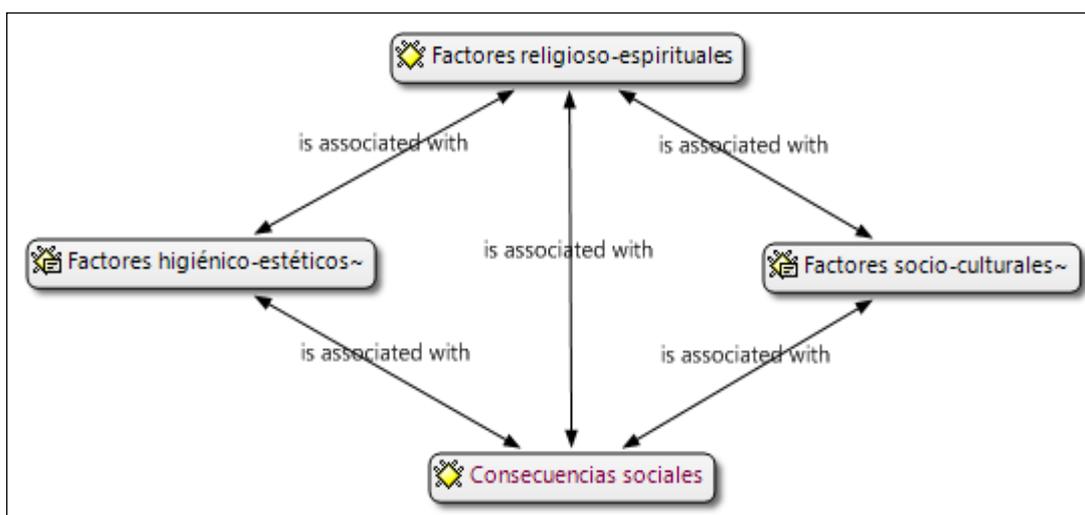
“Yo estoy de acuerdo con toda cosa que musulmán hace. Tooodo cosa que musulmán hace” GMGF.4

También se hace hincapié en la necesidad de realizar la práctica para ser aceptada socialmente como mujer musulmana, puesto que le honra por la pureza de su fe.

“Una mujer que no hace la práctica, pues con nosotros no puede rezar, porque... no eres musulmán” IMG.F.2

Por último, cabe destacar, la estrecha relación que existe entre factores religiosos, higiénicos y sociales, además de las consecuencias que el no cumplimiento de estos requisitos conlleva en su vida social.

Ilustración 6. Relación entre factores religiosos, higiénicos y sociales



Tal y como revelan los siguientes ejemplos, la limpieza y la pureza son requisitos necesarios para poder rezar y, como veremos en la siguiente categoría, la realización de la A/MGF es entendida como una condición indispensable de limpieza femenina. Se crea pues al mismo tiempo, una triple relación entre los factores higiénicos, religiosos y sociales, puesto que una mujer no cortada, es vista como una mujer sucia, y una mujer sucia no es digna de entrar en la mezquita.

“Nosotros rezamos cinco veces al día, y si una mujer no se le ha realizado esto, está todo el día sucia y mojada no se puede limpiar bien después de mear” IMG.F.2

“Nosotros, los musulmanes creemos una mujer que no ha hecho ablación no está lo bien limpia para rezar y ser musulmana.”

PMGF.5

“[...] no es sano, ni limpio, ni puede ser con la religión [...]”

IMGF.2

“La religión dice que es así, nosotros lo hacemos igual que ellas, y por eso podemos rezar todos. No puedes entrar sucio a una mezquita y no puedes ducharte cada vez” PMGF.7

4.5. Factores Higiénico-Estéticos

La limpieza y la higiene son dos factores que se muestran de forma sistemática como motivos para la realización de la A/MGF.

“[...] es una mujer sucia.” IMGF.1

“Cuando se va al servicio, se ducha, o al mear, ahí siempre algo se queda [...]” IMGF.1

Los participantes establecen, en este sentido, una relación entre la presencia del clítoris y labios vaginales, y la dificultad que su existencia genera en el aseo íntimo de las mujeres. De esta forma podemos hallar diversos ejemplos de un convencimiento sobre la imposibilidad de realizar una correcta higiene personal sin efectuar la remoción de estas partes del cuerpo femenino. En esta línea, el factor higiénico como elemento protector, cobra peso al establecer una relación entre extirpación del clítoris y el cuidado cultural de la limpieza femenina.

“Está siempre lleno de mierda, no se puede limpiar bien”

PMGF.1

“Para lavar es más sencillo que no esté eso. [...] porque si no se hace esa práctica no puede estar limpia.” IMG.F.2

“[...] no se puede limpiar bien” IMG.F.2

“Si no te cortas eso siempre va a estar al mojado porque es más difícil limpiarlo todo.” PMGF.5

Del mismo modo, dentro del marco de un sistema de cuidados, se establece un nuevo vínculo entre factores perpetuadores. Pero esta vez, la hiperexcitación que se les presupone a las mujeres no cortadas, genera un problema de salud cuando esta entraña un exceso de flujo vaginal.

“El deseo también y también la religión, porque te ponen para duchar, para lavar más sencillo que no esté eso, porque siempre.... Porque tú sabes que si no haces la práctica, siempre se puede tener ganas y si tienes ganas se sale el espermatozoide. Entonces siempre va a estar mojada y tiene que duchar, para que no esté sucia, es por limpieza.” IMG.F.2

En este sentido, algunos de los participantes también hacen alusión a la importancia que tiene para la salud masculina, la limpieza y la higiene de la zona genital de la mujer.

“Por los hombres, no disminuye la gana ni aumenta la gana, pero en la mujer para la suciedad, siempre están sucias si no lo tienen hecho. Entonces para los hombres también es importante que lo tengan hecha” PMGF.1

Por otro lado, los factores estéticos únicamente han sido tratados

durante las entrevistas de los participantes de nacionalidad yibutiense. Estos sostienen que es totalmente necesario cortar el clítoris, de lo contrario crecerá sin límite, obstruyendo la apertura vaginal e imposibilitando las relaciones sexuales.

“Para mi es bueno. Cuando ella no hace la circuncisión le va a crecer el clítoris y va a tener muchas infecciones. Y cuando haces la circuncisión la vagina va a quedarse pequeña y tendré más placer sexual” PMGF.10

“Si no está cortada será un problema porque hace falta cogerle el clítoris para poder ver la vagina” PMGF.12

Esta misma falacia es mantenida y ejemplificada por uno de los participantes a través de la interpretación analógica del clítoris como el pene femenino, al mismo tiempo que demuestra un desconocimiento de la anatomía femenina mediante la confusión de lo que seguramente eran los labios mayores de una mujer con un pene.

“El clítoris se habrá hecho grande. Yo vi una mujer italiana, era gorda y el clítoris era como un pene, se le marcaba en la ropa cuando caminaba. Yo vi que se le marcaba. .Ella te tocara con el clítoris. Cerrará la vagina, la tapara” PMGF.11

4.6. Factores Económicos

La A/MGF, además de ser una tradición cultural, se erige como un sector económico, puesto que las circuncidoras son remuneradas por ello.

“Llama a la mujer que lo hace, le paga. Cogen a la chica fuerte porque no hay anestesia. Ella va a llorar porque es muy doloroso. Entre los 4-5 años se hace. Para curar hay agua caliente y leche” PMGF.14

Pero no solo la mujer que lleva a cabo la intervención se beneficia económicamente de esta práctica, sino que la propia niña y familia, en algunas comunidades son dotadas con dinero y regalos.

“Es una gran ceremonia, los padres serán orgullosos de ella, porque esta con la escisión. La gente va a darle dinero a la niña” PMGF.14

“La niña le regalan ropa y joyas” IMG.F.1

“Siempre hay regalo para la niña” GMGF.6

Además, si vinculamos el factor económico con el socio-cultural vemos como existe un relación íntima entre la posibilidad de acceder al matrimonio y la realización de la A/MGF, generando riqueza a través de la recepción de la dote por parte de los padres de la niña y propiciando el acceso a la tierra a las mujeres en aquellas comunidades en las que es necesario el matrimonio con un hombre para ello.

Por último, el acompañamiento de la ceremonia con celebraciones comunitarias supone de forma indirecta la generación de ventajas económicas para la comunidad, puesto que se hacen grandes inversiones, en comidas y ornamentos para llevar a cabo la festividad.

“Cuando la haces es como si tú ya eres una mujer de verdad, para los hombres también, eres hombre, eres adulto. El día que se corta se hace una fiesta y el día que se cura hace otra fiesta.

También depende de las personas, unas personas se curan en una semana y otras en tres o en un mes. Depende de los sitios se hacen en grupo o uno por uno” IMG.F.2

“Después se mata a un cordero y se celebra porque la tradición dice que tienes que hacerla” PMGF.13

5. FACTORES OBSTACULIZADORES DE LA PRÁCTICA

Del análisis de las entrevistas realizadas, además del sistema de justificaciones para el mantenimiento de la A/MGF, derivan una serie de creencias y argumentos, que pueden dificultar el sustento de dicha costumbre, o que pueden servir de guía para la implementación de las labores preventivas de la misma. Estos factores obstaculizadores, conforman el inicio de la segunda parte del modelo teórico para la fundamentación de A/MGF y consta de tres apartados.

5.1. Consecuencias negativas para la mujer identificadas por los hombres

La percepción de las consecuencias asociadas a la A/MGF, está íntimamente relacionada con el posicionamiento de los hombres con respecto a la práctica. De este modo, podemos afirmar que los participantes que están en contra del corte son conscientes de la diversidad de complicaciones que puede llegar a tener la realización de la misma. Sin embargo, los hombres que tienen un posicionamiento favorable, muestran generalmente un desconocimiento de los problemas secundarios a la práctica, y/o una carencia a la hora de establecer los nexos de relación necesarios entre A/MGF y sus consecuencias. De este modo cuando se les pregunta si conocen la existencia de algún caso en el que tras realizar el corte una mujer haya tenido algún problema, ellos responden de

manera diferente según su posicionamiento.

Tabla 49. Comparativa de reconocimiento de complicaciones según posicionamiento

Posicionamiento en contra de la A/MGF	Posicionamiento favorable a la A/MGF
<p><i>“Muchas, muchas mujeres tienen muchos problemas que yo haya visto, que estén relacionados con eso. Algunas tienen suerte, pero alguna puede no tener suerte para eso”</i> PMGF.4</p> <p><i>“Estoy en contra porque no es bueno para su salud y para su placer”</i> PMGF.10</p>	<p><i>“Si está bien hecho beneficia a los dos”</i> IMG.F.2</p> <p><i>“No causa ningún problema. Es bueno en cuanto a que no va a estar insatisfecha por su marido y va a buscar a otro y va a hacer la infidelidad”</i> PMGF.11</p>

No obstante, parte de las complicaciones, por lo menos en lo referente al conjunto de las consecuencias sexuales, sí que son reconocidas por los hombres partidarios del mantenimiento de esta práctica, pero lejos de ser comprendida como un problema, pasa a ser un efecto deseado.

“Es bueno en cuanto a que no va a estar insatisfecha por su marido y va a buscar a otro y va a hacer la infidelidad”
PMGF.11

Además, y a pesar del posicionamiento, los participantes que muestran una inclinación favorable hacia la A/MGF, sí reconocen la existencia de una serie de complicaciones relacionadas a la profundidad y tipo de corte, al mismo tiempo que minimizan y no relatan problemas derivados de salud del tipo I o clitoridectomía. Apuntar que ninguno de los participantes en el estudio defiende la infibulación.

“Nosotros no hemos visto, pero es posible, pero no lo hemos

visto de momento. Hay que hacerlo bien, hay una manera de hacerlo, porque si tú lo haces... si tú lo cortas todo también es malo porque la mujer no puede tener ningún sentimiento.... Porque tienes que cortar donde tienes que cortar, así puede tener ganas pero no del todo, no siempre. Pero si tú no lo haces bien no puede tener ganas nunca.” IMG.F.2

“Si cortas poco no pasa nada, si se cuándo hay cortas mucho puede haber infecciones” PMGF.3

“Si lo hacen superficial va a ser muy bueno para las mujeres también. No van a tener problemas. Cuando es profunda puede haber problemas y cuando hacen sexo va a sangrar mucho”
PMGF.10

“Hay gente a la que se lo quitan todo y la cosen y no estoy de acuerdo porque para hacer el amor va a perder mucha sangre, pero el clítoris hay que quitarlo para que no estén buscando”
PMGF.11

Otro factor a tener en cuenta es la evocación del nexo existente entre las complicaciones, las condiciones higiénicas y formas de curación aplicadas a la A/MGF. En este sentido son los informantes más críticos con esta tradición, los que hacen especial mención a ello.

“[Haciendo referencia al corte] Y luego para curarlo... no hay medicina, que se cure, que se cure sólo... No hay nada para curar, se tiene que curar sólo y se infecta y todo... Porque yo no vea a ninguna médico entrar ahí. Entonces quién me dice como se trata, que medicina se usa... medicina tropical... tradicional... que lo coge del árbol, lo mueve y ya con el agua se echa y... es muy complicado” IMG.F.1

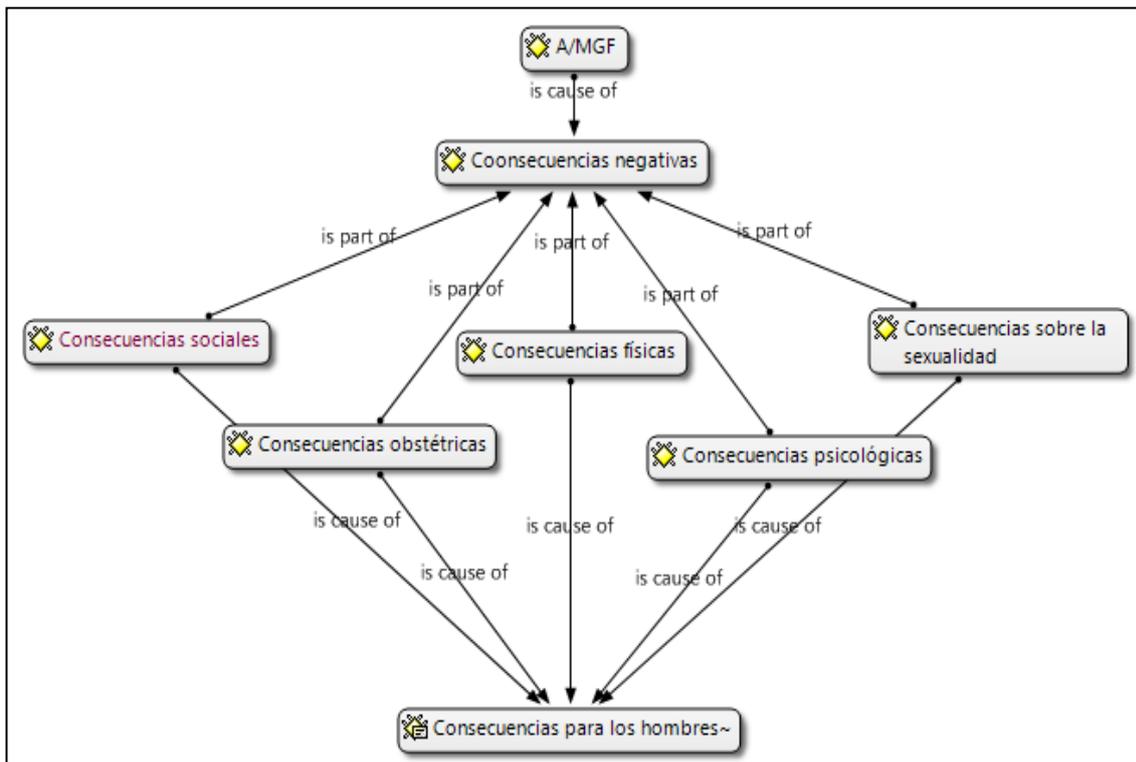
¿Y para curar? Agua y leche. PMGF.14

“Esto se le hace con herramientas rudimentarias, sin desinfección. Alguna mujer sufría, porque no había centro médico y se le curaba la herida con medicina tradicional, con remedios naturales. Algunas sobrevivían, la mayoría por supuesto, pero otras, lo pasaban mal” PMGF.8

“Sin anestesia, lo hacen a escondidas sin medicamentos, es peligroso” PMGF.13

De este modo, a lo largo de las sucesivas conversaciones y entrevistas fueron apareciendo alusiones a las diversas complicaciones que se le atribuye a la práctica y que fueron conformando el esquema que podemos ver en la ilustración 7.

Ilustración 7. Red de complicaciones



5.1.1. Consecuencias físicas

De la amplia gama de las patologías físicas asociadas a la ejecución del corte, los participantes muestran un gran conocimiento de las más comunes (Tabla 50), principalmente los hombres que han abandonado la defensa de la práctica. De hecho es el conocimiento del alcance de las complicaciones lo que les motiva para abandonar y criticar duramente la A/MGF. En este sentido es la muerte de las niñas y la proyección de la muerte de una niña allegada a ellos lo que provoca más miedo y rechazo hacia el mantenimiento de la tradición.

“Si fuera mi hija, con eso la podría matar, yo ver a mi hija desangrándose así, la muerte... Hacerle eso...” PMGF.8

“Sangrar así por razones que no sirven para nada, absolutamente nada. No tiene excusa para mí. La escisión de la mujer no tiene sentido” PMGF.4

Tabla 50. Complicaciones físicas reconocidas por los hombres

Sintomatología	Verbatim
Dolor	<i>“Cogen a la chica fuerte porque no hay anestesia. Ella va a llorar porque es muy doloroso”</i> PMGF.14
Hemorragia	<i>“Si no se hace bien va a perder mucha sangre”</i> GMGF.5
Infecciones	<i>“No es buena, a veces es causa de enfermedades o infecciones”</i> PMGF.14
Enfermedades de transmisión por vía sanguínea como Hepatitis B y C	<i>“Si como una cuchilla para afeitar, lo coge y corta, y si el otra está enferma puede afectar al otro y así hay muchas enfermedades que se transmiten... y lo que conozco mucho es de la hepatitis B y C, muchísimas de mi pueblo han cogido de ahí”</i> IMGF.1
Micción dolorosa	<i>“Se oyen cosas, pero muy pocas, le dicen que duele cuando orinas, pero sólo al principio”.</i> PMGF. 4
Incapacitación	<i>“Yo he oído eso, algunas mujeres se mueren y otras cuando le duele no puede cuidar de hijos”</i> PMGF.4
Muerte	<i>“Mucha gente de África está muriendo por eso”</i> PMGF.4

Señalar que las patologías más destacadas y relatadas están enmarcadas dentro del grupo de las complicaciones físicas inmediatas, obviando o no reconociendo las pertenecientes a la clasificación de consecuencias a largo plazo, a excepción de los casos de la Hepatitis.

5.1.2. Consecuencias obstétricas

Las complicaciones durante el embarazo, parto y puerperio, no son narradas con tanta fluidez, y se basan en algunos casos en lo que han oído en la televisión o en lo que han escuchado decir:

“Yo si he visto en la televisión, el otro día echaron un programa y decía que era un problema para las madres, yo nunca lo he visto, solo he podido escuchar lo que decían los mayores”

GMGF.5

Aun así son varios los relatos que nos hablan de las complicaciones sufridas durante el parto y sobre el o la recién nacida.

“muchísimas mujeres cuando están embarazadas cuando tienen bebe tienen muchas dificultades o alguno se muere” IMGF.1

“Sí, sí, alguna mujeres si corta capullo, se tienen problemas para tener hijos, mucha gente de África está muriendo por eso, se corta tienes muchos problemas para parir” PMGF.4

“Cuando este cosida tendrá problemas para tener el niño con el espacio” PMGF.13

Es por tanto destacable que las conversaciones no han relatado problemas para concebir ni patologías durante el embarazo. No se hace alusión a las complicaciones obstétricas por parte de los participantes afines a la práctica.

5.1.3. Consecuencias psicológicas

Únicamente, a lo largo de todas las entrevistas, las alusiones al sufrimiento como dolor psicológico, la tristeza reactiva a las complicaciones físicas y el conocimiento del miedo de algunas mujeres son narradas para este código. Nuevamente, solo algunos de los hombres sensibilizados con esta práctica han conseguido detectarlo.

Tabla 51. Complicaciones psicológicas

Sintomatología	Verbatim
Dolor psicológico	<i>“Es algo que se sufre, el sufrimiento, el sufrimiento es fuerte...”</i> IMGF.1
Tristeza	<i>“Pierden su alegría por hacer en favor de los hombres, una mujer sin salud no puede vivir. No tiene sentido”</i> PGMGF.8
Miedo	<i>“Puede que el miedo, cuando te cortan yo pase miedo, y ellas también pasan miedo”</i> GMGF.5

5.1.4. Consecuencias sobre la sexualidad

Para este código, y a pesar de la carga de suspicacia relativa al tratamiento de temas de índole sexual, la patología asociada a este tipo de intervenciones se presenta bien definida y ejemplificada tanto por los hombres posicionados favorablemente como por los varones detractores de la práctica (tabla 52).

Tabla 52. Complicaciones sobre la sexualidad reconocidas por los hombres

Sintomatología	Verbatim
Dolor durante el coito Dispareunia	<i>“alguna le duele y le duele de verdad cuando está haciendo el amor con ella”</i> PMFG.1;
Dolor en el primer coito	<i>“visto también alguna mujer que es muy amiga mía que me ha contado su historia de su primer relación sexual y ha sufrido mucho cuando se ha casado”</i> IMGF.1
Disminución del placer sexual femenino	<i>“Disminuye el orgasmo”</i> PMGF.14 <i>“No, yo espero no casarme con una que no lo haya hecho porque si hace sunna no va a tener mucho placer”</i> PMGF.9
Dificultad en la excitación	<i>“Puede tardar en excitarse. Las mujeres no sienten de la misma manera, y tarda para sentir”</i> PMGF8
Reducción del deseo sexual	<i>“en mujeres que realizan esta práctica disminuyen las ganas de hacer el amor”</i> IMGF.2

No obstante, la reducción del deseo sexual de las mujeres a través de la extirpación del clítoris como complicación sexual, es entendida por los hombres afines a la tradición como un factor de protección para el mantenimiento de la virtud y fidelidad. Por lo que las complicaciones de índole sexual son entendidas como el efecto buscado y deseado, como un factor de proteccionismo androcéntrico. Se establece aquí un desdoblamiento de los argumentos puesto que las mismas ejemplificaciones funcionan como crítica y defensa según la lente de posicionamiento desde la que se observe la A/MGF.

Tabla 53. Reconocimiento de complicaciones sexuales según posicionamiento

Posicionamiento en contra de la A/MGF	Posicionamiento favorable a la A/MGF
<i>“No quiero, no es bueno porque la mujer no va a tener sentimientos cuando hace el amor”</i> PMGF9 <i>“Va a perder una parte de sensibilidad sobre su vida”</i> PMGF:8	<i>“Porque los dos se quedan satisfechos, después de la relación los dos se quedan satisfechos. Pero una, la mujer, si no está hecha [la A/MGF] el hombre se puede quedar satisfecho pero la mujer no se puede quedar satisfecha”</i> IMGF:2

5.1.5. Consecuencias sociales

La exclusión, el rechazo social, la marginación y los agravios hacia el honor de las mujeres son problemas sociales reconocidos por los participantes, que derivan de la no realización de la A/MGF.

Tabla 54. Consecuencias sociales reconocidas por los hombres

Problemática	Verbatim
Rechazo social y marginación de la vida pública	<p><i>“Una mujer que no hace, pues nosotros no puede rezar, porque... no eres musulmán, en una palabra no eres musulmán, no consideramos como una musulmana, hasta que no se le ha realizado la práctica”</i> IMG.F.2</p> <p><i>“Por ejemplo mi hija que no la ha hecho, no puede entrar en la selva cuando la están haciendo, porque no la ha hecho no sabe”</i> IMG.F.1</p>
Rechazo como mujer	<i>“Mira, yo no me voy a casar con una mujer que no sea musulmana. Y todo musulmán hace. Yo soy musulmán yo casa con mujer limpia”</i> GMGF.4
Agravios hacia la honorabilidad de las mujeres no cortadas	<i>“Cuando no lo haces van a hablar de esa mujer, le van a decir puta y que no tiene higiene”</i> PMGF.14

De nuevo se establece una duplicación del sentido de los argumentos según el posicionamiento, de modo que la problemática social que acarrea la no mutilación supone la normalidad y es una cuestión fundamental para el posicionamiento favorable sobre la práctica. Se asume pues la A/MGF como un factor de protección social, siempre amparado por premisas propias de estructuras patriarcales.

5.2. Consecuencias negativas para los hombres reconocidas por ellos

Como se establece en la red de relaciones reflejada en la ilustración 7 (pág.212), las consecuencias negativas para los hombres de la A/MGF son un efecto secundario del resto de complicaciones descritas con anterioridad. El entrelazado de complicaciones en este sentido, está construido en base a la salud integral de las mujeres. La perturbación que produce el corte en la vida de las mujeres repercute en la relación con parejas masculinas, ya que de forma indirecta, la vivencia plena de una convivencia saludable se ve alterada por dichas perturbaciones.

En este sentido, de entre todos los informantes, IMGF.1 y GIMGF.8, son los únicos que estuvieron casados con una mujer mutilada y tras su ruptura volvieron a emparejarse, esta vez con una mujer no cortada. Del relato de las diferencias a la hora de mantener relaciones sexuales con una y con otra, trascienden sentimientos encontrados en cuanto a la percepción del sentimiento y disfrute femenino. Así lo relatan:

“En realidad te lo digo en serio, yo me enamoró con ella pero resulta que cuando he tocado otra, yo me siento que esto es mejor que la otra, esa es la realidad de lo que siento yo, de mi sentimiento. Lo notas, el cómo se mueve, el cómo lo siente, el cómo se siente... tú viendo la cara de la mujer, vas a ver que está disfrutando más que el otro porque le falta algo. [...] Porque el placer si no existe, la mujer no siente el amor como el ser, no puede disfrutar, pero cuando tú estás con una mujer que tiene placer, disfrutas más que si no lo tiene. Es una parte del cuerpo... que es muy importante, es una parte que tiene más importancia de sexo, es un elemento, no sé si me explico, es un elemento fundamental del sexo de las mujeres, para disfrutar de la sexualidad” IMGF.1

“Yo prefiero casarme con una mujer que no lo tenga para que pueda vivir todo con ella” GMGF.8

“Pierden su alegría por hacer en favor de los hombres, una mujer sin salud no puede vivir. No tiene sentido” GMGF.8

Como podemos apreciar, la satisfacción tanto a nivel sexual como de entendimiento íntimo y afectivo, juega un papel fundamental a la hora de poder establecer una buena relación marital. Por lo tanto, los hombres sensibilizados en la no realización de la A/MGF prefieren a una mujer no cortada para evitar estos problemas de establecimiento de vínculos a través de relaciones sexuales satisfactorias.

“No, yo espero no casarme con una que no lo haya hecho porque si hace sunna no va a tener mucho placer. No lo voy a pasar bien” PMGF.9

Por otra parte, los factores sexuales para la perpetuación basados en falacias sobre el apetito sexual femenino a los que hacíamos mención con anterioridad propician, que los hombres defensores de la A/MGF no experimenten estas sensaciones y prefieran a mujeres cortadas.

“Está todo bien para los hombres, las mujeres no se van a ir con otro” PMGF.2

5.3. Actitud ante la legislación contra la A/MGF

La divergencia de actitudes con respecto a la legislación contra la A/MGF, se vuelve a sustentar en la diversidad de posicionamientos sobre la práctica. Así como podemos ver en la siguiente tabla los participantes afines a la práctica, utilizan enunciados de corte relativista para justificarla y refutar los impedimentos legales para realizar la A/MGF de la mayoría de países

industrializados. Mientras que los varones sensibilizados contra esta PTP, avalan las tesis más universalistas de legislar contra este tipo de costumbres.

Tabla 55. Posicionamiento con respecto a la legislación contra la A/MGF

Posicionamiento en contra de la A/MGF	Posicionamiento favorable a la A/MGF
<i>“Está bien que lo prohíban porque no es bueno para las mujeres, hay consecuencias para el placer y muchas cosas” PMGF.9“</i>	<i>“Para mí no tendría que ser ilegal, es una cosa que si te gusta hacerlo, lo haces y si eso te gusta aquí tienes que hacerlo igual” IMGF.2</i>
<i>“Por supuesto, yo cuando he llegado allí y he escuchado las noticias [referentes a la ilegalidad de la A/MGF] estoy satisfecho, y he dicho ojala se termine” IMGF.1</i>	<i>“Si cada uno hace lo que piensa le parece bien a su vida, entonces tu puedes tomar esa decisión también” IMGF.2</i>
<i>“Es importante pararla, con esto [la ley] cuando veo a alguien que la practica voy a decírselo a la policía” PMGF.13</i>	<i>“No es algo que sea muy justo, en cada país hay unas leyes pero son para delitos no para costumbres, nosotros tenemos nuestra cultura y parecen que no la respetan.” PMGF. 6</i>

De estos enunciados podemos deducir la importancia que ostenta el pronunciamiento favorable a la legislación contraria a la A/MGF, como factor dificultador del mantenimiento de la práctica, y por lo tanto el papel que desempeña esta herramienta para lograr su erradicación.

Pero la pregunta que cabe lanzar en este sentido, es si desde las sociedades en las que no es habitual la realización de esta costumbre, la mera creación e implantación de medidas punitivas sin una labor de sensibilización y empoderamiento en cuestiones de equidad de género y derechos humanos, pueden llegar a generar sentimientos de opresión y de dignificación de lo propio, causando así un efecto rebote en el proceso de abolición de prácticas culturales y tradicionales que afectan al derecho a la vida, la libertad y seguridad de millones de mujeres y niñas en todo el mundo.

“Las culturas no hablan, sino los ciudadanos, y con el diálogo de culturas le estábamos robando espacio a la ciudadanía y a la libertad”

Wassyla Tamzali

Carta de una mujer indignada.

Desde el Magreb a Europa

6. REORIENTACIÓN O REESTRUCTURACIÓN DE A/MGF COMO CUIDADO CULTURAL

Una vez llegados a este punto, conociendo los factores obstaculizadores, los factores perpetuadores y sus interrelaciones, y a través de la comparación entre los diálogos de hombres a favor de la A/MGF y hombres en contra, se extraen una serie de claves para la prevención, confrontación y reorientación de esta tradición.

La reorientación de los cuidados culturales, en este caso la A/MGF, se basa en la creación, dentro de la estructura mental masculina, de los factores obstaculizadores expuestos con anterioridad, mediante la utilización de argumentaciones desmitificadoras de factores de mantenimiento con el fin de facilitar la prevención del corte genital.

6.1. Claves para la abolición de la A/MGF

De los razonamientos de los hombres contrarios a la A/MGF surge, a modo de hoja de ruta, este decálogo de claves para la eliminación de la A/MGF. Este conjunto de recomendaciones se basa principalmente en la escucha activa de las personas implicadas y conocedoras en primera instancia de la práctica y sus fundamentaciones. Personas que provienen de familias donde se realiza o realizaba la A/MGF, hombres que han experimentado las

complicaciones de esta tradición y personas que han vivido procesos de sensibilización y concienciación.

- **Sensibilización y concienciación.** Las acciones dirigidas a conocer la realidad de la A/MGF y la creación de conciencia de la problemática biopsicosocial derivada de ella, es vital para la generación de diálogos reflexivos sobre el mantenimiento o no de esta práctica.

“Con la cocientización, decir que la ablación, que dejar la ablación, deja la enfermedad que genera en África. Todavía en África tenemos mucho que hacer, entonces cosas para concientizar a la gente de una manera sanitaria, y luego en segundo plano de una manera comunitaria. Explicar que con lo que tú vas a hacer vas a quitar una parte de su vida. Va a perder una parte de sensibilidad sobre su vida. Puede tardar en excitarse. Las mujeres no sienten de la misma manera, y tarda para sentir. Si Dios no lo ha dicho hay que quitar para siempre”
PMGF.8

“Si la sensibilización, si nadie se lo explica no estarán de acuerdo. Y ahora no hay explicación ni sensibilización y la gente continua haciéndola” PMGF.14

Sensibilizar fomenta el reconocimiento de las complicaciones y patologías asociadas a la realización de la práctica, suponiendo un extraordinario instrumento para facilitar el paulatino abandono de la A/MGF

Tabla 56. Hombre sensibilizado VS Hombre no sensibilizado

Hombre sensibilizado	Hombre no sensibilizado
<p><i>“Si fuera mi hija, con eso la podría matar, yo ver a mi hija desangrándose así, la muerte... Hacerle eso... la educación sexual, es lo que le puede salvar. Es algo que no teníamos y cada vez más” PMGF.8</i></p>	<p><i>“No, no, no a una mujer a se le hace bien, se queda bien y no hay ningún problema. En mi país hay gente que dice que tiene problemas con cosas, pero no es cierto que sea así. También hay gente que dice que es bueno para parir. No hay problemas si se hace bien. Cada uno opinan lo que quiere pero yo sé que lo que pensamos está bien y no hace daño a nadie porque es nuestra decisión y hay que respetarla” PMGF.7</i></p>

Además, mediante la concienciación y educación en salud a padres y madres se favorece el traspaso a su descendencia, de actos coherentes con la de protección del derecho a la vida y a la integridad física y mental de las mujeres y las niñas.

“Cuando hablo con mi hija de eso le digo, no lo intenta por favor, y ella ya tiene la edad de una mujer y le digo: mira, ¿tú sabes cómo sufre esto la mujer...?” IMGF.1

De esta forma el diálogo promueve el conocimiento, el conocimiento propicia la crítica; y la crítica la abolición de la A/MGF.

“Si lo digo, yo sé que me hija si yo se lo hago yo puedo matarla. La puedo matar si se lo hago. Yo y yo por ejemplo a mi mujer le digo que yo jamás voy a hacer esta cosa. Nunca jamás. Entonces otra cosa, no puedo hacer lo que hace ella. A las hijas de las demás le puedo decir que eso mejor no hacerlo porque es dañino. Hablar con la gente” GMGF.8

- **Actuación en Equipo.** La abolición de la A/MGF pasa por una actuación conjunta de gobiernos, comunidades, familiares y medios externos, como ONGD o Asociaciones dedicadas a esta causa. Esta actuación en equipo conforma el sistema de cuidados de la comunidad al completo, por lo que se hace capital, la concienciación y coordinación de dicho equipo para la planificación y ejecución de actividades facilitadoras de la erradicación de esta PTP.

Tabla 57. Actuación en Equipo

Problemática	Verbatim
Gobiernos y medios externos	<i>“Hay muchos medios, como la publicidad, explicárselo a la gente de los pueblos. El gobierno está luchando en contra y es él el que va a hacer la publicidad para esto. También hay ONG que luchan contra esto y asociaciones de mujeres. Es importante trabajar todo” PMGF.9</i>
Familias	<i>“El padre y la madre van a decir de hacerlo, porque es una cosa tradicional. Pero las familias ahora no son como antes, están estudiando y sabiendo las consecuencias del sunna y después la gente lo dejara” PMGF.9</i>
Comunidad y Gobiernos	<i>“Entonces la gente del pueblo, los gobiernos, también hacen algo moviéndose, y con esto la gente toma conciencia, es algo que tiene que llegar que tiene que cambiar” PMGF.8</i>

- **Centrar la atención en áreas rurales.** La intensificación de las labores de prevención y concienciación deben realizarse con mayor fuerza en lugares rurales. Puesto que la incomunicación, propicia el mantenimiento de tradiciones de estas características.

“las chicas, que viven en una aldea muy lejos de la ciudad capital, viene a pasar la estación seca, es cuando ella le toca hacerle la ablación y tiene que marchar y no puede porque está muy lejos. Por eso en los pueblos lejanos es donde hay que concienciarse” PMGF.8

“En la ciudad es más difícil por eso se van al pueblo y allí se hace” PMGF.4

- **Medios para la abolición.** Es primordial la realización de talleres con medios gráficos como videos y diversos folletos donde se represente la realidad de la A/MGF. De este modo se puede realizar una confrontación de ideas, un acercamiento cultural mutuo cuyo fin último es el bienestar de las mujeres y las niñas vinculadas a sociedades pro-mutilación.

“A mí me enseñaron todo lo que provoca en el colegio y además con fotos que me decían mira esto es la vagina y esto el clítoris, así aprendemos y evitamos que muchas mujeres pierdan su vida y puedan tener su salud y su vida sexual” GMGF.8

“Si tu vienes yo voy a escucharte, y luego van a hacer una confrontación de ideas, lo que pasa es que para concienciar a la gente hay que llevar vídeo, lo que puede pasar, papeles y ver los problemas y enfermedades que pueden generar” PMGF.8

En este sentido el lado humano y cultural de la globalización juega un papel fundamental. Ya que el proceso de sensibilización por comparación se ejecuta a través del conocimiento de prácticas culturales ajenas, desmintiendo o reafirmandolas.

“Yo creo que antes de 15 o 20 años ya está, la gente de África no es como antes, la gente está mucho viajando, mucho contacto, mucho televisión. Ahora vemos las cosas no como antes, no había televisión no había luz, nada” PMGF.8

- **“Hay que sensibilizarla primero, después prohibir.” PMGF.12.** La población sensibilizada conoce y apoya las medidas impositivas para su erradicación, sin embargo premia y prefieren otras vías, que aunque más lentas son de más amplio calado y menos represivas con las comunidades.

“Hay etnias que no quieren dejarlo porque dicen que es nuestra costumbre anciana, que es tradicional, y el gobierno está quitando eso con ley. Puede ser bien pero es mejor sensibilizando a la gente diciendo que el sunna tiene muchas consecuencias [...] pienso que el gobierno no debe pararlo por la fuerza sino a través de la sensibilización y poco a poco hasta que todo el mundo lo comprenda. A través de la fuerza la gente no va a pararlo porque sería como un dictador y la gente no va a parar sus costumbres, pero si lo explicas por qué la gente cambiara. [...]” PMGF.9

6.2. Desmitificación de factores de mantenimiento. La A/MGF a debate

La desmitificación como confrontación de los mitos que rodean a los factores de mantenimiento masculino de la A/MGF, pueden suponer una herramienta adecuada para la desargumentación de la práctica y por lo tanto para conseguir el abandono de la misma.

En este caso, presentamos una serie de argumentaciones contrapuestas para los factores en los que hemos encontrado controversia y manifestaciones contradictorias en función al posicionamiento con respecto a esta tradición. De forma que en la mayor parte de las ocasiones descubrimos que las argumentaciones empleadas tanto en la defensa como en la lucha contra la A/MGF tienen temáticas similares con sentidos enfrentados (ver tabla 59, pág. 231).

- **Mito 1. La A/MGF es buena para la salud de las mujeres y las niñas**

El reconocimiento y asociación de complicaciones relacionadas con la intervención por parte de los hombres sensibilizados demuestra que la A/MGF no funciona como un cuidado, sino más bien como una gran carga para las mujeres y las niñas que las lastra, en el peor de los casos, para el resto de su vida. Por este motivo los *verbatim* expuestos a lo largo de los resultados pueden ser utilizados para contradecir y esclarecer la verdadera relación entre la A/MGF y sus influencias sobre la salud integral.

- **Mito 2. Los hombres prefieren casarse con mujeres cortadas**

La inclinación masculina por desposarse con una mujer cortada está íntimamente ligada al posicionamiento y a elecciones marcadas por un componente de género. De este modo, y para los partidarios de la A/MGF, esta elección se vincula a falsas creencias sobre una excesiva voracidad sexual femenina y sobre la idoneidad de una mujer más sumisa y complaciente para el hombre.

- **Mito 3. La A/MGF protege la virginidad y la virtud de las mujeres**

Al mismo tiempo, y muy relacionado con el mito anterior, existe la creencia masculina de que esta práctica protege la virginidad femenina. Como explicábamos con anterioridad, existe el convencimiento de que este excesivo deseo sexual, residente en clítoris, aboca a las mujeres a una vida de desenfreno, promiscuidad e infidelidades matrimoniales. Mientras tanto, los hombres detractores cambian su preferencia a mujeres no cortadas debido al conocimiento de las vinculaciones negativas de género asociadas a la A/MGF y a la comprensión de las inexactitudes de las premisas anteriores.

- **Mito 4. La A/MGF aumenta el placer masculino y femenino**

De las conversaciones con los dos únicos hombres de la muestra, que han mantenido relaciones sexuales con mujeres cortadas y con mujeres no cortadas, se define esta última experiencia como más placentera. Estos hombres, hacen referencia a una mayor compenetración y feedback sexual, además afirman que su excitación es mayor. Por lo que sus ejemplos y argumentaciones pueden ser utilizados para la refutación de este mito.

- **Mito 5. La religión Islámica dice que la A/MGF es obligatoria**

La A/MGF se asume como un precepto religioso islámico amparándose en un *hadiths* o dicho del profeta Mahoma, pero bien es cierto que tal y como demuestran los participantes de origen marroquí que participan en el estudio, esta práctica no es universal dentro del mundo musulmán, puesto que principalmente se adscribe a los países subsaharianos.

Tabla 58. Comparación de musulmanes de diferentes países

Musulmán de Mali	Musulmán de Marruecos
<i>“Pero ellos no saben, Marruecos es muy grande, me entiendes. ¿Cómo sabes que en todos lados de Marruecos no se hace? (Se dirige a GMGF.1)” GMGF.4</i>	<i>“En ningún sitio. Ningún sitio de Marruecos tiene eso” GMGF.1</i> <i>“A Marruecos jamás le podrás decir eso, allí no conocemos eso, solo por la televisión” GMGF.2</i>

De este modo, es normal ver como los partidarios de la práctica utilizan las creencias religiosas islámicas como sustento para su defensa,

mientras los detractores usan las escrituras coránicas para demostrar la poca rigurosidad de los argumentos anteriores.

- **Mito 6. Con la A/MGF los genitales femeninos son más limpios**

La limpieza de los genitales no depende de la A/MGF. De nuevo se hace preciso exponer los diálogos masculinos relativos a las complicaciones que repercuten en la salud femenina, derivadas de esta práctica. Esta forma de realizar la desmitificación, cuando las argumentaciones son las mismas pero con sentidos enfrentados, cobra mayor importancia, puesto que alguna de las dos justificaciones acabará por no mantenerse, especialmente cuando se utiliza material externo a la conversación.

- **Mito 7. El clítoris crece hasta convertirse en un pene**

Estas afirmaciones facilitadas por los participantes de Yibuti, son fácilmente desmontables con los argumentos y conversaciones que aportan los hombres en contra de la A/MGF y que han mantenido relaciones sexuales con mujeres a las que no se les ha realizado el corte.

- **Mito 8. Equivalencia entre circuncisión masculina y A/MGF**

El establecimiento del paralelismo entre circuncisión masculina y circuncisión femenina es habitual en la justificación de la práctica. Sin embargo, esta extrapolación deja de ser utilizada por los participantes que están en contra de la A/MGF a pesar de mantener una defensa férrea sobre la circuncisión masculina. Se reconoce por tanto que las consecuencias y funciones de ambas técnicas son distintas, evitando de este modo dicha analogía.

- **Mito 9. La A/MGF es buena para la economía**

Las creencias relativas a este mito se exponen de forma muy indirecta en el contenido de las entrevistas, pero por su novedad e importancia precisa de un breve análisis. Durante la exposición de los factores masculinos de mantenimiento y en la tabla 59, podemos ver como, por un lado la celebración supone un incremento del gasto económico en la comunidad, además de la recepción de regalos por parte de la familia y de la niña en cuestión; por el otro, tal y como hace alusión PMGF.4, se puede vislumbrar e interpretar las repercusiones que puede llegar a tener sobre la economía local y/o africana el hecho del menoscabo continuo de la salud de las mujeres y las incapacidades funcionales o de rendimiento que puede llegar a causar dicha costumbre.

Tabla 59. Ejemplos para desmitificación

Mito	Argumentación a favor de la A/MGF	Argumentación en contra de la A/MGF
La A/MGF es buena para la salud de las mujeres y las niñas	<i>“Sin la circuncisión le va a crecer el clítoris y va a tener muchas infecciones.”</i> PMGF.9	<i>“Muchas, muchas mujeres tienen muchos problemas que yo haya visto, que estén relacionados con eso. Algunas tienen suerte, pero alguna puede no tener suerte para eso”</i> PMGF.4
Los hombres prefieren casarse con mujeres cortadas	<i>“Mira, yo no me voy a casar con una mujer que no sea musulmana. Y todo musulmán hace. Yo soy musulmán yo casa con mujer limpia”</i> GMGF.4	<i>“Yo prefiero casarme con una mujer que no lo tenga, que pueda vivir todo con ella”</i> GMGF.8:
La A/MGF aumenta el placer masculino y femenino	<i>“[...] es bueno para los dos, porque si está bien cortada está más estrecho y los dos lo sentimos mejor.”</i> PMGF.5	<i>“Para mí si no siento a mi mujer no disfruto e igual yo siento pero ella no hace nada”</i> GMGF.8
La religión Islámica dice que la A/MGF es obligatoria	<i>“Nuestra religión dice que tenemos que hacerlo”</i> IMGF.2	<i>“Fuimos a hablar con el Imán, y nos dijo que no es algo de la religión. Así que la más pequeña no está mutilada.”</i> PMGF.12
Con la A/MGF los genitales femeninos son más limpios	<i>“Para lavar es más sencillo que no esté eso. [...] porque si no se hace esa práctica no puede estar limpia.”</i> IMGF.2	<i>“No es buena, a veces es causa de enfermedades o infecciones”</i> PMGF.14
El clítoris crece hasta convertirse en un pene y tapar la vagina	<i>“Si no está cortada será un problema porque hace falta cogerle el clítoris para poder ver la vagina”</i> PMGF.12	<i>“Ella es normal, no tiene cortado y puede sentir, todo está bien, yo disfruto a mi novia”</i> IMGF.1
La A/MGF es buena para la economía	<i>“Siempre hay regalo para la niña”</i> GMGF.6	<i>“Yo he oído eso, algunas mujeres se mueren y otras cuando le duele no puede cuidar de hijos”</i> PMGF.4
La A/MGF y la circuncisión masculina son lo mismo	<i>“En mujer es igual que en los hombres también lo hacemos siempre cortamos nosotros”</i> PMGF.7	<i>“Yo lo entiendo en los hombres porque tenemos más salud en el sexo, pero a las mujeres le quita el sentimiento”</i> GMGF.9
La A/MGF protege la virginidad y la virtud de las mujeres	<i>“Es difícil que un hombre quiera una mujer que haya hecho sexo, yo no me caso con ella, no es buena para mí”</i> GMGF.6	<i>“Si le enseñas a tu hija que confíe en ti, le puedes decir lo que está bien y lo que está mal, yo le enseñaré a ser buena mujer”</i> GMGF.5

7. INTERPRETACIÓN DEL MODELO DEL SOL NACIENTE: A/MGF COMO CUIDADO CULTURAL

Mediante la reconstrucción del entramado que conforman los 4 puntos anteriores relativos al pensamiento masculino sobre la A/MGF, y a partir de la interpretación y adaptación del Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger, se conforma una estructura teórica que nos proporciona un mapa cognitivo multifactorial e interrelacionado. La finalidad del mismo es ejercer de herramienta para la valoración e indagación de factores fiables de perpetuación que pueden alegar los hombres protectores de esta costumbre, con el fin último de planificar y realizar una labor preventiva a partir de dicha información.

Como podemos ver en la ilustración 8, y tal como lo concibió Leininger, el modelo consta de dos partes, una mitad superior, que se corresponde con el primer nivel de abstracción, en la que se representa los componentes y factores que crean la red de perpetuación de la práctica, a partir de la etnohistoria, el contexto y el lenguaje. Y una mitad inferior, dividida a su vez en tres niveles, que muestran la relación interna entre las personas implicadas y los modelos de actuación para crear un cuidado enfermero coherente con la cultura pero al mismo tiempo, congruente con los derechos humanos y la dignidad de las mujeres y las niñas. De esta forma enfermería actúa como nexo entre los cuidados populares y los profesionales adaptándolos hacia la salud integral de las mismas

Los cuatro niveles de abstracción se describen dentro de la adaptación del modelo de la siguiente forma:

- **I Nivel.** Es el más abstracto, y se basa en el estudio del origen y naturaleza de la A/MGF como un cuidado. En él se representa el papel de esta tradición en la cosmovisión masculina de las culturas que la llevan a cabo. De esta forma se puede indagar y comprender la A/MGF

desde una microperspectiva, a través de las fundamentaciones individuales, únicas para cada individuo de la cultura; una perspectiva media, a través de los factores complejos de una estructura cultural específica, y/o una macroperspectiva mediante el estudio y comprensión de los fenómenos transversales a diferentes culturas y que fundamentan las PTP.

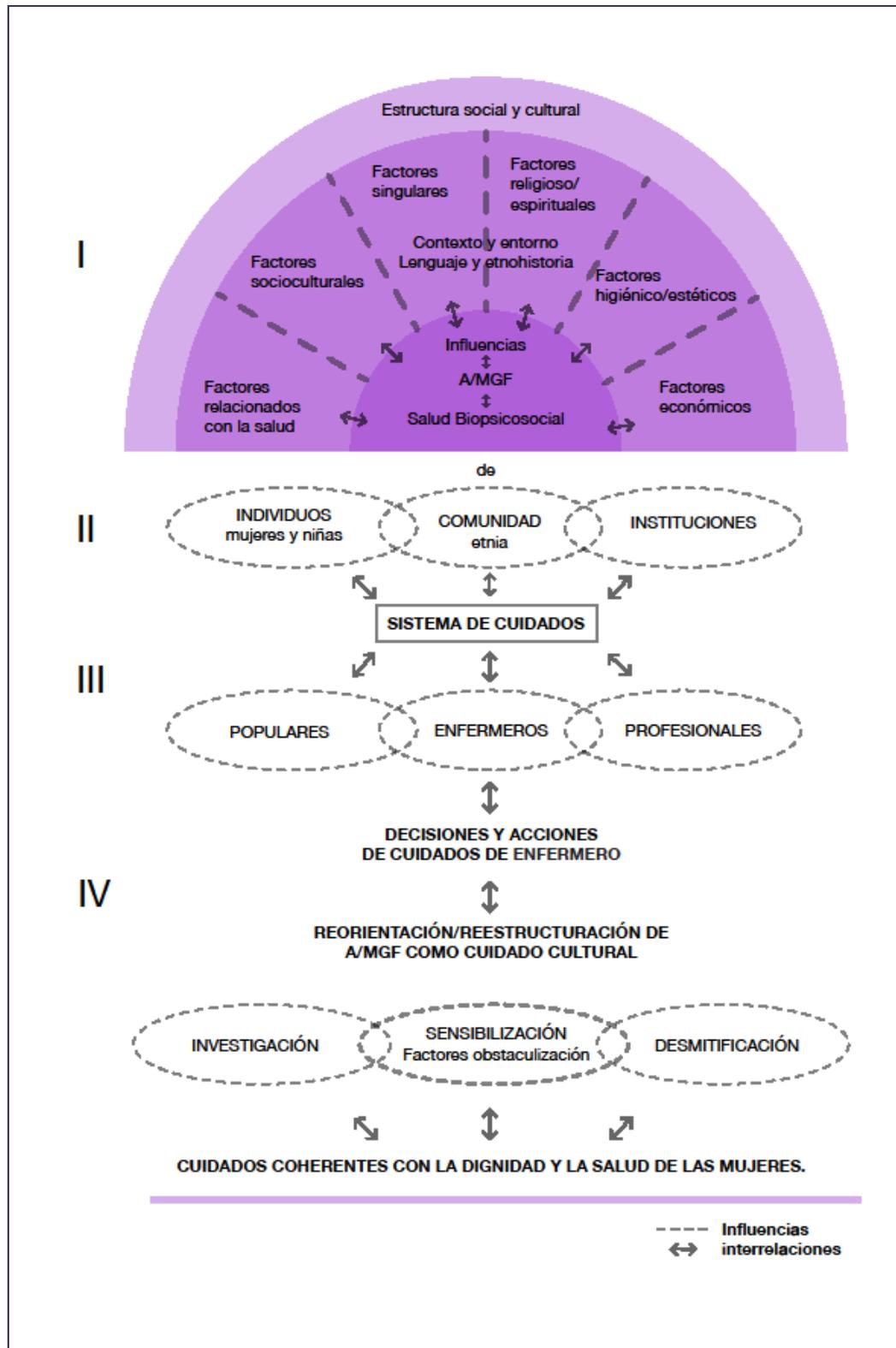
- **II Nivel.** Nos proporciona información acerca de las personas individuales, miembros de la comunidad y de las instituciones que la conforman y que entienden la A/MGF como un factor protector de alguna de las facetas vitales de las mujeres y/o las niñas.
- **III Nivel.** Se trata del conjunto de sistemas, tradicionales y profesionales que trabajan para la identificación de la diversidad en el cuidado y que promueve y permite el trabajo interdisciplinar tanto a nivel profesional como a nivel comunitario.
- **IV Nivel.** Es el nivel menos abstracto. Y abarca el momento de decisión sobre los cuidados de enfermería que se adoptan para, en este caso, conseguir una reorientación o reestructuración de la A/MGF como cuidado cultural, a partir de la utilización de los factores obstaculizadores y los sistemas de desmitificación para conseguir unos cuidados coherentes con la cultural, la dignidad y la salud de las mujeres y las niñas.

Este modelo, además incorpora los cuatro conceptos del paradigma enfermero, persona, entorno, salud y enfermería, todos ellos adaptados a la concepción de la A/MGF como un cuidado cultural. De esta forma vemos como el entorno, aunque Leininger no lo define explícitamente, es concebido como la visión del mundo, la estructura social y el contexto ambiental, situándose de este modo en la parte superior del modelo dentro del nivel I de abstracción. Continuando en un sentido descendente encontramos el concepto

de salud. Salud considerada como estado completo de bienestar pero que a pesar de ser universal para todas las culturas se define de forma distinta en cada una de ellas, expresándose los cuidados de forma diferente y en consonancia con creencias específicas. En cuanto a la persona, la encontramos reflejada en el segundo nivel y se crea este concepto como un ser comunitario y social que expresa sus cuidados en función a su concepción interior y cultural. Por último, el concepto de Enfermería aparece en el nivel III, formando parte del sistema de cuidados, y en el IV a través de las decisiones enfermeras que se deberán adoptar para la reorientación de la A/MGF de un cuidado cultural dañino para la salud de las mujeres, hacia un cuidado coherente con la dignidad y derechos de las mismas.

De este modo, la Disciplina Enfermera, dentro de los Sistemas de Atención Primaria, representa un eje primordial en la participación en los procesos de cambio social para la abolición de esta práctica, estableciendo un equilibrio entre el respeto cultural y la consideración de los derechos humanos de las mujeres y niñas a las que afecta de forma directa esta tradición.

Ilustración 8. Interpretación del Modelo del Sol Naciente: A/MGF como cuidado cultural



8. LA ABOLICIÓN DE LA A/MGF, UNA REALIDAD FACTIBLE

Para finalizar, es fundamental señalar la trascendencia positiva de las declaraciones que manifiestan una continua, pero lenta concienciación sobre la problemática de la práctica y de sus connotaciones sexistas por parte de la población masculina. Las reflexiones que guían estos argumentos, no son más que el resultado de una educación en valores igualitarios de las personas críticas con la A/MGF.

“[...] ya los jóvenes empiezan a pensarlo así como yo, porque mucha gente que he hablado yo con ellos de este tema cuando le das ejemplos, dice siempre es verdad, y ve la realidad [...]”
IMGF.1

“Hace ya tiempo que eso se está parando de hacer. De cada muchos hay uno que quiere y hace” PGMGF.9

“[...] pero ya estamos, ya justo para quitarlo” PMGF.4

“Yo creo que tarde o temprano esto va a terminar, África hay prácticas que están cambiando porque se tiene conciencia de que tiene que cambiar” PMGF.8

De este modo, apreciamos como el camino hacia la abolición pasa por el entendimiento de la práctica como una problemática de género, que denigra y somete la libertad de las mujeres al deseo de los hombres, siendo ellos mismos los que se alejan del tabú de la A/MGF para criticarla.

“Eso no vale, hay que quitarlo, tienen que quitarlo para dejar a todas las mujeres libres, cada una que se vaya a lo que quieres porque obligar a quitar eso es una tontería, ya la gente está

oyendo, está oyendo, se va del colegio de la iglesia, yo pienso que antes que el año que viene, esto ya va estar fuera” PMGF.4

“La mujer no es una persona que el hombre tenga que hacer daño. La ablación es una catástrofe para mi” PMGF8

Esta concienciación también llega en ocasiones a la esfera de la sexualidad, aunque son pocas las alusiones que aventuran la necesidad de erradicar la A/MGF para disfrutar de una sexualidad igualitaria entre mujeres y hombres.

“No quiero, no es bueno porque la mujer no va a tener sentimientos cuando hace el amor.” PMGF.8

“Yo no quiero estar con una mujer que no me sienta” GMGF.9

Igualmente vemos como la transformación sociocultural relativa a la A/MGF, viene siendo amparada, en mayor o menor medida, por la acción de los gobiernos locales estimulados y avalados por organismos internacionales pro derechos humanos.

“África mismo está quitando, eso, porque el gobierno ya todos, las mujeres se han juntado y todas han hablado para quitarlo todo la tontería esa. Yo he oído eso, algunas mujeres se mueren y otras cuando le duele no puede cuidar de hijos” PMGF.4

Pero esta persecución legislativa como herramienta única puede propiciar el ocultamiento e invisibilización del procedimiento, además de respuestas autoproteccionistas de las personas favorables a la A/MGF. De este modo, la tendencia imperante de los últimos años es la precipitación del corte, lo que conlleva su realización a edades más tempranas para aumentar la predisposición de las niñas a la par que rehuir una posible negativa de las adolescentes que hayan podido conocer las consecuencias de la práctica.

Tabla 60. Ocultamiento y precipitación de la A/MGF

Problemática	Verbatim
Ocultamiento de la A/MGF	<p>“Ahora se hace a escondida porque ya no hay muchos como antes” PGMGF.8</p> <p>“El estado la ha prohibido pero la gente sigue practicándolo, es estado no sabe lo que tú haces en tu casa, y como todo el mundo está contento por esto, nadie se lo dice al estado” PMGF11</p>
Precipitación de la A/MGF	<p>“Antiguamente se les hacía a los catorce años o a los quince años, pero ahora resulta que como la gente empieza a decir que no [...] te cogen a tu niña a los cuatro años o por ahí” IMGF.1</p>

Esta nueva inclinación a realizar la A/MGF a edades tan tempranas, no hace más que evidenciar un cambio en el significado de la práctica, lo que implica una pérdida de las atribuciones originales de rito de paso iniciático a la edad adulta y una desvirtuación de parte de los motivos de su realización.

“Pero ahora no, a los cinco años te la hacen, entonces eso... ¿qué significa?, ya no tiene significado, ya no marca la niñez ni la madurez” IMGF.1

Así, la A/MGF pasa, dentro del esquema mental que la ampara, de un cuidado cultural y una condición necesaria para formar parte de la comunidad, a un modo de dominación sexual y de violencia contra las mujeres, perdiendo de este modo los valores en que se erige y por lo tanto el sustento principal de la estructura.

“Y entonces he dicho no soy yo el único persona que ha dicho que no a este maltrato, yo considero como uno maltrato de las mujeres” IMGF.1

“Es para dominar a las mujeres, es una tontería” IMG.F.1

“Yo mi teoría es que es para controlar a las mujeres, ellas se quedan ahí y listo, no tienen sentimientos así que no buscarán hombres si el hombre no está” GMGF.8



**CAPÍTULO VII. DICUSIÓN
DE LOS RESULTADOS**

“Los hombres feministas son el primer caso en la historia de la humanidad en que un grupo opresor decide voluntariamente y sin violencia, dejar de serlo”

Celia Amorós

A través del análisis comparativo e interpretativo del discurso de los hombres, tanto de los que están a favor como de los que están en contra de la A/MGF, y en base al modelo teórico Enfermero aplicado, se conforman los resultados del estudio que proporcionan una base de información sobre la interpretación del conocimiento y la comprensión de la realidad compleja, multifactorial y subjetiva de la práctica desde un punto de vista masculino.

De este modo, el análisis de las perspectivas masculinas sobre la A/MGF, a través de los métodos de investigación propios de la Enfermería Transcultural, muestra una serie de posicionamientos que se adhieren e interrelacionan formando un mapa cognitivo y esquematizado que plasma esta PTP como un cuidado cultural.

Así, la presencia de un modelo centrado en los factores androcéntricos de perpetuación de la A/MGF crea un conocimiento para la exploración, guía y desarrollo de actividades de prevención y reorientación de la A/MGF como cuidado cultural. Generando de este modo, un hilo conductor para la creación de actuaciones preventivas positivas favoreciendo el conocimiento de los procesos de defensa de la práctica entre los y las profesionales socio-sanitarios, y facilitando algunas pinceladas de las herramientas a utilizar para la reestructuración de estos modelos de perpetuación a través de la investigación, la sensibilización en los factores obstaculizadores y desmitificación de los factores de mantenimiento. Con el fin último de actuar, consistente y razonadamente sobre los individuos, comunidades y/o instituciones protectoras de esta tradición, a través de la preservación de aquellos cuidados ligados a la cultura que son favorables al desarrollo integral tanto de la comunidad como de las mujeres y las niñas implicadas, y reorganizando aquellos que infieran o puedan interferir en el desarrollo pleno de la salud, derechos y oportunidades de las mujeres y las niñas afectadas por la A/MGF.

Cabe destacar, que debido a lo novedoso de contextualizar la A/MGF en la Teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger; y a la originalidad de incluir en el estudio, las perspectivas masculinas sobre la A/MGF desde un enfoque cualitativo, hace que esta investigación sea diferente a las encontrados durante la revisión de la literatura, en cuanto al planteamiento conceptual; y peculiar, en cuanto a su temática. Del mismo modo, estas particularidades, nos impiden realizar una contrastación íntegra de los resultados e interpretaciones obtenidas, con trabajos anteriormente publicados. Sin embargo, intentaremos comparar algunos de los resultados del presente estudio, con los argumentos utilizados para la defensa de la práctica que aparecen en otros estudios relativos a la A/MGF, aunque utilicen metodologías distintas y no estén centrados únicamente en las perspectivas masculinas.

1. COMPARACIÓN DE LOS RESULTADOS CON PUBLICACIONES PREVIAS

Partiendo de la problemática que justifica el estudio y sus objetivos, podemos establecer comparaciones entre los resultados obtenidos y los de otros trabajos de investigación, confirmando, refutando y/o matizándolos.

1.1. La decisión de cortar

La decisión de cortar parece estar vinculada al género, aunque dependiendo de la zona y origen de procedencia puede variar. Según los resultados del presente estudio la asunción de la decisión puede ser del hombre o de la mujer. Como afirma un estudio realizado en 2012 por Bjälkander et al, existe un 28% de ocasiones en las que es el hombre el que toma la decisión de mutilar, dato que es matizado por Kaplan et al (2013), quien afirma que los hombres suelen participar en el proceso de decisión aunque sea casi siempre la mujer quien haga el mandato final. En este sentido, UNICEF (2013), aporta una evidencia adicional y afirma que los hombres desempeñan un papel importante en la toma de la decisión puesto que en las familias en las que los padres deciden no cortar, sus hijas son más propensas a no ser mutiladas.

De un modo u otro, detrás de la decisión se suele esconder una motivación regida por el miedo al rechazo social o por la necesidad de ser elegible por el hombre. En este aspecto los resultados se sitúan en la misma línea de Amnistía Internacional (1998) y de un estudio realizado en 2002 por Briggs en el que la mayoría de los hombres afirmaban no querer casarse con una mujer no circuncidada. Tendencias que como veremos en secciones posteriores están cambiando favorablemente tal y como demuestra Almroth et al en 2001.

1.2. Factores justificadores de la A/MGF

Los estudios explorados para realizar la discusión de los factores de mantenimiento de la práctica muestran conformidad con la información que deriva del análisis de las entrevistas.

De este modo, vemos como los hombres conciben la A/MGF como una forma de protección ante diferentes situaciones vitales (Nawal, 2008), pudiéndose definir como un cuidado cultural y estructurándose los factores en función a esta premisa.

A lo largo de las conversaciones se le atribuye a esta práctica la capacidad de prevenir infecciones, de facilitar el parto y de fomentar la cohesión social de la comunidad. Estas afirmaciones se corroboran con diferentes publicaciones que avalan la A/MGF como un cuidado; un acto que favorece la fertilidad de las mujeres (UNAF, 2012), que facilita la penetración al impedir que el clítoris crezca (Amnistía Internacional, 1998), e incluso existen creencias en Egipto de que la A/MGF protege del consumo de drogas (Castañeda Reyes, 2003) y la transmisión del VIH/SIDA (Jirovsky, 2010; Sequi, Touray, & Zuleyka, 2013). De esta forma la A/MGF se presenta como un acto positivo y favorecedor de salud, creándose pues un mito beneficioso para su justificación a través de factores relacionados con la salud.

Directamente relacionado con la comprensión de la A/MGF como un factor de protección de la salud, es necesario destacar que el clítoris suele ser visto como algo sucio y antihigiénico tanto por las mujeres como por los hombres adscritos a esta PTP (Nawal, 2008). Por lo tanto, el mantenimiento íntegro de los genitales femeninos supone una complicación a la hora de realizar un aseo adecuado de los mismos y por ende una limitación de la salud. Este supuesto, ampliamente descrito en la bibliografía (Sequi, Touray, & Zuleyka, 2013; Jiménez, Pastor, Almansa, & Ballesteros, 2014), también es aducido por los informantes del estudio.

En cuanto a los razonamiento estéticos, existe la creencia de la progresiva extensión del clítoris hasta alcanzar el tamaño de un pene (Medicusmundi Andalucía, 2008; UNAF, 2013), en este caso únicamente son los participantes originarios de Yibuti los que esgrimen este tipo de argumentaciones, y puntualizan, al igual que las participantes del estudio realizado por María del Mar Pastor en 2012, que los genitales no cortados son más feos y voluminosos.

Volviendo a la premisa imperante en el estudio de la A/MGF como cuidado cultural, esta protección no alcanza únicamente el componente físico dentro de la definición de salud, sino que también trasciende al ámbito de lo social. Así la A/MGF, según nuestros participantes, supone una marca en la historia personal de cada una de las niñas mutiladas, una huella que las convierte en mujeres a los ojos de la comunidad o grupo social al que pertenecen, marca que a su vez crea un sentimiento de pertenencia y cohesión dentro de dicha comunidad (Gallego & López, 2010). Esta aseveración es igualmente interpretada por Adriana Kaplan y María Helena Bedoya (2004), quienes además describen tres fases para este proceso de paso hacia la edad adulta.

Del mismo modo, datos extraídos de la tesis doctoral de María del Mar Pastor Bravo (2014), apoyan la concepción de la A/MGF como un mecanismo comunitario de herencia cultural que convierte esta práctica en un acto transmitido de generación en generación. De modo, que como afirma esta autora, se trata de una antigua tradición que se asocia al mantenimiento de una cultura, siendo este uno de los motivos por los que se encuentra tan fuertemente afianzada en África.

Pero además, la A/MGF es inherente a la definición de mujer y por lo tanto a los roles que se le asignan en la comunidad, tal y como sostiene Amnistía Internacional (1998). De modo que en comunidades en las que se le otorga gran importancia a la A/MGF, su no realización le confiere un estatus de mujer poco deseable para el matrimonio (Briggs, 2002) y se ponen en marcha los mecanismos de marginación social ejemplificados en insultos y reproches tal y como describen los participantes del estudio y avalan publicaciones como las de Adriana Kaplan (2004), Medicus Mundi (2008), o UNAF (2013). Por el contrario, un estudio realizado en 2010 por Jirovky, muestra como la A/MGF le confiere a las mujeres un estatus de respeto en la vida.

Por lo tanto, y siguiendo a Adriana Kaplan (2004), podemos decir que los factores socio-culturales contribuyen en gran medida al mantenimiento de la práctica, siendo, la asignación del rol de mujeres y el reconocimiento del contenido simbólico que se le atribuye, como rito de paso hacia la edad adulta, algunos de los puntos más conflictivos a la hora de abordar una mediación cultural que modifique el punto de vista de quien defiende la A/MGF.

Otro de los factores que conforman el andamiaje de justificaciones de la A/MGF, y en el que coinciden tanto los participantes del estudio como la amplia mayoría de autores y autoras consultadas son los factores sexuales.

Los factores sexuales conforman la fundamentación más recurrida por los hombres para explicar el mantenimiento de la A/MGF. Pero no solo los hombres hacen alusión a este tipo de justificaciones, tal y como demuestra un estudio realizado en 2010, en Bobo-Dioulasso, Burkina Faso, por la investigadora Elena Jirovky, en el que tanto hombres como mujeres argumentan que la escisión es buena porque disminuye la sexualidad de las mujeres y por lo tanto las protege de coitos prematrimoniales, futuras infidelidades e insatisfacciones sexuales maritales. De esta forma, vemos como la protección de la virtud de las mujeres y por tanto la honorabilidad de la familia, se convierte en una argumentación recurrente para extirpar parte de los

genitales femeninos, con el fin de frenar la presunta promiscuidad sexual que las conducirá a la infidelidad marital y a la deshonra familiar, mediante la reducción del deseo sexual. De este modo los resultados se sitúan en la misma línea que los concebidos por Rahman (2000), Briggs 2002 y Berg (2014).

La dominación sexual, supone pues un pilar fundamental para la perpetuación de esta PTP, que cobra un sentido adicional en sociedades polígamas como es el caso de Mali o Senegal. De este modo, podemos ratificar el marcado carácter androcentrista de la práctica en cuanto a la defensa de la poligamia, mediante la reducción del deseo sexual de las mujeres. Y cuya finalidad primera es garantizar el mantenimiento de la fidelidad en los matrimonios polígamos mediante el control de la sexualidad femenina (Sequi, Touray, & Zuleyka, 2013). En esta misma línea se sitúan los hallazgos de Elena Jirovsky en 2010.

A pesar de todas estas creencias, estudios como los de Carmen Ballesteros (2014), o María del Mar Pastor (2014), evidencian como la A/MGF no es una garantía para la custodia de la virginidad hasta el matrimonio, puesto que un amplio porcentaje de sus muestras mantuvieron relaciones prematrimoniales.

Para finalizar la discusión de los factores sexuales, mencionar otra de las facetas aludidas durante las entrevistas por los participantes del estudio y que están amparadas por la bibliografía. Esta es la falacia de que el estrechamiento del introito vaginal aumenta el placer masculino, premisa utilizada por el género masculino para la preservación de la A/MGF que es confirmada por autores como Bénédicte (2007)

Por otro lado y en relación con motivaciones religiosas, los hombres le otorgan una gran importancia a esta dimensión de la A/MGF, presentándose como condición necesaria para practicar el Islam, creencia que es potencialmente cuestionable desde un punto de vista teológico, ya que la

relación existente entre la A/MGF y el islamismo se basa en unos *hadices* de validez cuestionable (WISE, 2010). Sin embargo, en el Sagrado Corán sí que existen principios contrapuestos como el precepto de no dañar al prójimo (Rouzi, 2013).

En este sentido cabe destacar que aquellos hombres que no apoyan el mantenimiento de esta tradición son tajantemente contrarios a vincular la A/MGF con cualquier mandato religioso, en esta misma línea se sitúan los hallazgos de Alcaráz, González y Solano (2014).

Dentro de los factores religiosos también encontramos como justificación la alusión al paralelismo entre circuncisión fememina y la masculina. Estas hipótesis también se pueden advertir en un estudio relizado en Gambia por Adriana Kaplan et al (2013b).

Por último, los factores de índole económica también son tratados por algunos estudios consultados. Estos factores, aunque tratados de forma indirecta en el estudio, forman parte de los elementos por los que la A/MGF se mantiene vigente en la actualidad por tres motivos. El primero de ellos es la generación de gasto y compraventa de comida y artilugios de ornamentación para las celebraciones (Sequi, Touray, & Zuleyka, 2013), el segundo es el acceso al matrimonio, el cual le confiere, en la mayor parte de las sociedades en las que se realiza la práctica, acceso al patrimonio o a la tierra (Pastor, 2014). El tercero y último de los motivos, pese a estar presente en la voz de un único participante (PMGF.11), cobra importancia en cuanto a que supone un sector económico, ya que las circuncidadoras reciben una remuneración ya sea en especie o en dinero (Sequi, Touray, & Zuleyka, 2013).

1.3. Factores obstaculizadores

En contraposición a los factores justificadores de la A/MGF, encontramos un conjunto de 2 elementos que dificultan la argumentación en

defensa de esta tradición. Estos elementos son el conocimiento de las consecuencias que derivan de la A/MGF y el entendimiento de la legislación en contra de esta práctica como un apoyo, coincidiendo en este sentido con los datos encontrados en una revisión bibliográfica realizada por Rigmor Berg y Eva Denison en 2013.

- **Reconocimiento de las consecuencias para la salud de las mujeres por parte de los hombres**

El reconocimiento de las patologías asociadas a la A/MGF está altamente ligado a la sensibilización y orientación hacia esta práctica. De este modo podemos apreciar que únicamente los participantes contrarios a ella supieron enumerar algunas de dichas complicaciones. Aunque en este listado se detectaron principalmente secuelas enmarcadas dentro del grupo de las complicaciones físicas inmediatas, obviando o no reconociendo las pertenecientes a la clasificación de consecuencias a largo plazo, a excepción de los casos de la hepatitis. En relación con estos hallazgos un estudio realizado en Egipto, con alumnos y alumnas de la Facultad de Medicina, evidencia porcentajes bajos en cuanto al conocimiento de complicaciones inmediatas como dificultad para orinar (33.3%), o complicaciones durante el parto (37,5%). Mientras que un 78,2% fue capaz de relacionar la A/MGF con la predisposición a sufrir infecciones o con el aumento del riesgo de transmisión del VIH en los casos en los que se utilizan los mismos instrumentos o materiales para realizar las intervenciones (Abolfotouh, Ebrahim, & Abolfotouh, 2015). Estas diferencias pueden deberse a que Egipto se muestra como país prominentemente favorable a la A/MGF y en el que la medicalización de la práctica es habitual, lo que demostraría cómo la falta de conocimiento favorece el mantenimiento de esta PTP.

Además, tal y como muestran las tablas comparativas utilizadas a lo largo de los resultados, vemos como únicamente los hombres contrarios a la práctica conocían a grandes rasgos las complicaciones derivadas de la A/MGF.

Destacar en este sentido que un estudio realizado por Adriana Kaplan et al (2013b) en Gambia, muestra como el 72% de los hombres encuestados desconocían que esta tradición pudiera tener efectos negativos sobre la salud y el bienestar de las mujeres y la niñas. Estos resultados también vienen amparados por otro estudio, realizado en Amhara, Etiopía y publicado en 2015 por Moges et al, donde expone cómo el escaso conocimiento de los efectos sobre la salud por parte de las madres, está vinculado directamente con actitudes favorables hacia el mantenimiento de la A/MGF.

Por lo tanto, el conocimiento de las complicaciones derivadas de la A/MGF puede funcionar como una buena medida para obstaculizar la realización de la práctica, tal y como ha quedado demostrado en diversos estudios, donde se muestra como la experimentación de dichas complicaciones por parte de las mujeres crea una conciencia de cambio para exonerar a sus hijas de esta pesada carga física y psicológica (Lundberg & Gereziher 2008; Pastor, 2014).

En el caso de los hombres, el proceso de sensibilización a través del conocimiento es similar, tal y como demuestran los *verbatim* de los hombres contrarios a esta tradición. En este aspectos nuestros resultados se sitúan nuevamente en la línea argumental de la WHO (2010b). Esta organización realizó un estudio en tres comunidades egipcias, donde la mayoría de las mujeres y hombres expresaron su apoyo hacia la A/MGF, aunque los participantes que habían estado expuestos a programas de sensibilización sobre los problemas sexuales que puede suponer su realización, se mostraron menos propensos a imponer ésta tradición a sus hijas.

- **Reconocimiento de consecuencias negativas para los hombres admitidas por ellos**

En la investigación, además de la preocupación de los hombres sensibilizados contra la A/MGF por las consecuencias para la salud de las

mujeres, también se recogen muestras de su desasosiego ante los efectos negativos que esta práctica puede tener en su propia vida sexual. En esta línea, la WHO (2010b) revela que la mayoría de los hombres otorga a la satisfacción sexual un papel principal en la felicidad del matrimonio, mostrando su intranquilidad ante las posibilidades reales de que la A/MGF suponga una disminución de su disfrute sexual.

Además de las preocupaciones interpersonales por el sufrimiento de la mujer durante el acto sexual y la disminución de la calidad de la intimidad conyugal, Almoth et al (2001) y Medicusmundi Andalucía (2008), describen otras complicaciones para los hombres no descritas en nuestros resultados, como son la dificultad para la penetración, principalmente en mujeres con tipo III, el aumento del riesgo de infecciones, y problemas psicológicos, de alcoholismo, y el aumento de las infidelidades, secundarios a la imposibilidad de mantener relaciones sexuales y al miedo a causar dolor a su pareja durante la penetración.

Todos estos hallazgos nos hacen pensar en las posibilidades reales de refutación de algunas premisas que justifican la realización de la A/MGF para aumentar el placer masculino durante el coito.

- **Legislación contra la A/MGF**

La A/MGF expresada como cuidado cultural, muestra la gran diversidad de costumbres y modos de vida que conviven en el mundo. Esto genera gran controversia a la hora de aplicar una legislación multinacional que sancione esta tradición. El universalismo cultural en este caso hace una valoración de corte absolutista moral o ética que criminaliza una acción de cuidado. Ahora bien, ahondando en la práctica y en el sistema de creencias que la rodea y envuelve, y conociendo las complicaciones de salud integral que conlleva, unido a la conformación de sistemas androcéntricos inequitativos que genera su mantenimiento, hace que aceptar una verdad que unifique la realidad de la

A/MGF puede suponer un grave error de universalizar una práctica tan heterogénea como ésta. Pero, también lo es incurrir en relativismos culturales estrictos, que disocian la libertad cultural de la igualdad sexual y el derecho a la vida, ya que admitir una práctica de segregación sexista, como la A/MGF, en beneficio de la libertad y el respeto cultural, es dar un paso muy peligroso hacia la desvalorización de la libertad, la dignidad y los derechos fundamentales de las mujeres y niñas de todo el mundo.

De esta forma, vemos cómo los participantes en el estudio que critican la A/MGF, ven con buenos ojos la instauración de leyes para penar este tipo de acciones. Del mismo modo, autores como Berg y Underland (2013) señalan que pueden actuar como elemento disuasorio, además de ser una herramienta de apoyo para la decisión de no mutilar en los casos en los que la población esté sensibilizada y tema las represalias de su comunidad. Ahora bien, tal y como afirma Leye et al (2007), y a partir de la experiencia de los informantes, la legislación como medida disuasoria, en sí misma, supone una medida incompleta y necesita de la introducción de medidas de prevención de la A/MGF y protección de estas niñas en las comunidades donde se practica.

Otros autores como Berggren et al (2006) y Gele et al (2012), suscriben que el entorno social, la cultura y la legislación de los países de acogida de población migrante, suponen en sí mismo, un factor de cambio en las actitudes de hombres y mujeres con respecto a la A/MGF.

“La única salvación posible estriba en dos palabras: educación y cultura”

Arturo Pérez-Reverte

1.4. Reorientación o reestructuración de A/MGF como cuidado cultural

Desde la óptica de la Enfermería Transcultural, y analizados los resultados en relación con la bibliografía específica, podemos señalar que de entre los tres modelos de decisión que facilita Madeleine Leininger para aplicar cuidados realmente coherentes con la cultura y la salud de las mujeres, el más apropiado y acertado de ellos es la reorientación o reestructuración del cuidado.

Una vez conocida la justificación de la práctica, y una vez exploradas las complicaciones y la pérdida de vida que supone la A/MGF; la actuación de Enfermería debe ir encaminada a la detección de hombres y/o familias con factores de riesgo para el mantenimiento de esta tradición. Para después intervenir, mediante el establecimiento de una relación de confianza enfermera/o usuario, explorando primero las perspectivas y actitudes de los mismos, a través del modelo presentado, para después tratar de trabajar en la sensibilización de los hombres y el empoderamiento de las mujeres.

1.4.1. Claves para la abolición

Además de este esquema mental enfocado en la forma de actuar desde Enfermería, los resultados expuestos en el capítulo anterior, proporcionan una serie de medios y recomendaciones para la abolición, y algunos puntos débiles de las justificaciones más comunes de la A/MGF que pueden favorecer la erradicación de la práctica mediante labores de capacitación y refutación de creencias fácilmente desmontables.

1. Sensibilización y concienciación

Durante la exposición de los resultados, queda patente cómo los hombres sensibilizados y que han participado en programas de concienciación y educación para la salud, pueden cambiar su perspectiva con respecto a esta práctica, demostrando que ningún convencimiento es inmutable. En esta dirección apunta un estudio publicado en 2015 por Abolfotouh et al, donde apoya y defiende la necesidad de una mejor comunicación y educación sobre la A/MGF, para cambiar las actitudes de los hombres y las mujeres hacia la suspensión de esta nociva práctica. Al mismo tiempo, otros estudios muestran como el nivel de educación de los hombres repercute directamente en la preferencia de mujeres circuncidadas, de modo que mientras los hombres que tienen mayor nivel académico las prefieren sin cortar, los de nivel educativo más bajo se inclinan por mujeres cortadas. (Sakeah, Beke, Doctor, & Hodgson, 2006). Del mismo modo ocurre en la órbita femenina, donde las mujeres con un nivel educativo mayor son menos propensas a aceptar una forma de A/MGF más severa que las mujeres con un menor nivel educativo (UNICEF, 2005).

Por lo tanto, se postulan como factores clave para la eliminación de la A/MGF, herramientas como la educación para la salud (Simonelli, Barbieri, Beraldo, & Simonelli, 2013) y el establecimiento de mecanismos de empoderamiento y desarrollo a través de campañas de concienciación y de intervenciones educativas (Isman, Ekéus, & Berggren, 2013), ya que fomentan la recepción de un mayor nivel de información y el establecimiento de mapas cognitivos para favorecer la comprensión de la peligrosidad potencial de las diferentes formas de esta práctica, repercutiendo así positivamente al abandono paulatino de la A/MGF.

2. Actuación en Equipo

Los informantes del estudio que han abandonado la práctica, nos hablan de la importancia que tiene la actuación conjunta de familias, comunidades y gobiernos. De este modo vemos como autores como Abdulcadir, Margairazb, Boulvaina, y Iriona (2011) hacen llamamientos al compromiso político para el establecimiento de medidas legales combinadas con la facilitación de recursos educativos para el desmontaje de los conceptos erróneos que rodean la A/MGF.

En este sentido sin la voluntad política internacional para la reversión de las desigualdades socioeconómicas imperantes en el mundo actual, se verá obstaculizada la tarea de abolición de la práctica, puesto que como demuestran los estudios, existen más probabilidades de ser mutilada en zonas y familias que viven por debajo del umbral de la pobreza y que por tanto tienen menos acceso a la educación y a la cultura (Fosu, Nyarko, & Anokye, 2014).

3. Centrar la atención en áreas rurales

Estudios previos han demostrado como la A/MGF se realiza a mujeres en todos los estratos sociales y zonas de residencia. Aunque bien es cierto que vivir en áreas rurales supone un mayor riesgo de ser cortada, además de sufrir una modalidad más cruenta de mutilación. Estas afirmaciones son amparadas por estudios como los de UNICEF (2013) y Abolfotouh et al (2015), encontrando de esta forma, concordancia con las afirmaciones facilitadas por los participantes del estudio y las investigaciones citadas.

4. Medios para la abolición

Los resultados del análisis de las conversaciones confirman como los medios gráficos favorecen el acercamiento de la realidad de la A/MGF a la población. Pero además, otros estudios incluyen como medios para la abolición: la educación pública, la difusión de información a través de la prensa escrita y programas de radio o de televisión de la comunidad, además de la discusión con miembros de la familia, amigos y los líderes religiosos locales (Dalal, Lawoko, & Jansson, 2010; Alcaráz, González, & Solano, 2014). Todos estos mecanismo de exposición unidos a los programas de salud y de erradicación de la A/MGF contribuyen a la creación de crítica hacia el mantenimiento de esta tradición (Masho & Matthews, 2009; Abdulmajid Al-Khulaidi, Nakamura, Seino, & Kizuki, 2013).

5. “Hay que sensibilizar primero, después prohibir” PMGF.12

Aunque los hombres retractores de la práctica defienden la legislación contra la A/MGF, prefieren la anteposición de medios menos agresivos con la cultura y que tengan más recorrido que las medidas legislativas. Esta dimensión también existe dentro de la bibliografía consultada, en las que autores y autoras como Nawal (2008) o Pastor (2014), llegan a la conclusión de que el desarrollo de medidas legales no es eficaz para la reducción de la prevalencia y hacen hincapié en la necesidad de organizar programas de intervención efectivas con grupos locales, nacionales e internacionales, basadas en el conocimiento de los derechos humanos y en el esclarecimiento de las complicaciones de la A/MGF.

1.4.2. Desmitificación

La desmitificación como herramienta de sensibilización para la erradicación de la A/MGF viene avalada por entidades como UNAF, Fundación CEPAIM o Médicos del Mundo. En este sentido, amparándonos en los *verbatim* de temática contradictoria hallados durante la investigación, y contrastándolos con las publicaciones de estas organizaciones en materia de desmontaje de mitos (tabla 61), podemos cuestionar, a partir de hechos, el orden impuesto en estas culturas que han postergado durante siglos a las mujeres a creencias basadas en preceptos androcéntricos. De este modo vemos como las experiencias de los hombres con mujeres circuncidadas pueden contribuir a la erradicación de la práctica, conjetura también expresada por Abolfotouh, Ebrahim, y Abolfotouh (2015).

Tabla 61. Hechos para la desmitificación

Mito	Argumentación a favor de la A/MGF	Argumentación en contra de la MGF	Hechos
La A/MGF es buena para la salud de las mujeres y las niñas	<i>“Sin la circuncisión le va a crecer el clítoris y va a tener muchas infecciones.”</i> PMGF.9	<i>“Muchas, muchas mujeres tienen muchos problemas que yo haya visto, que estén relacionados con eso. Algunas tienen suerte, pero alguna puede no tener suerte para eso”</i> PMGF.4	La realidad acerca de la A/MGF, muestra como lejos de suponer un incremento para la salud de mujeres y niñas, las condena a padecer una serie de complicaciones biopsicosociales. Por lo tanto para la desmitificación se hace fundamental incidir en las consecuencias negativas de la realización de la práctica, relativizando de esta forma la idea de que la A/MGF es beneficiosa para las niñas (UNAF, 2013).
Los hombres prefieren casarse con mujeres cortadas	<i>“Mira, yo no me voy a casar con una mujer que no sea musulmana. Y todo musulmán hace. Yo soy musulmán yo casa con mujer limpia”</i> GMGF.4	<i>“Yo prefiero casarme con una mujer que no lo tenga, que pueda vivir todo con ella”</i> GMGF.8:	El desmontaje de este mito se puede llevar a cabo a través de la comparativa de opiniones y mostrando como no todos los hombres prefieren a una mujer cortada. También se puede utilizar como argumento las complicaciones que esta práctica puede tener sobre la salud de los hombres. De este modo vemos como por lo general los hombres jóvenes y formados prefieren a mujeres no mutiladas (Almroth, y otros, 2001; Sakeah, Beke, Doctor, & Hodgson, 2006).
La A/MGF aumenta el placer masculino y femenino	<i>“[...] es bueno para los dos, porque si está bien cortada está mas estrecho y los dos lo sentimos mejor.”</i> PMGF.5	<i>“Para mi si no siento a mi mujer no disfruto e igual yo siento pero ella no hace nada”</i> GMGF.8	El placer sexual masculino no reside únicamente en el disfrute del mismo. El placer femenino juega un papel primordial en el disfrute masculino debido a la existencia de un feedback a la hora de recepción de respuesta a los estímulos promovidos por el hombre (UNAF, 2013). En cuanto al placer de las mujeres, es preciso incidir en que el clítoris juega un papel fundamental a la hora de la estimulación sexual y por lo tanto su extirpación puede ocasionar la disminución o anulación del placer sexual (Ballesteros , Almansa, Pastor, & Jiménez, 2014)

<p>La religión Islámica dice que la A/MGF es obligatoria</p>	<p><i>“Nuestra religión dice que tenemos que hacerlo”</i> IMG.F.2</p>	<p><i>“Fuimos a hablar con el Imán, y nos dijo que no es algo de la religión. Así que la más pequeña no está mutilada.”</i> PMGF.12</p>	<p>Los versos del Corán no hacen referencia a la A/MGF. Esta creencia es el resultado de la tergiversación de las palabras escritas en dicho libro sagrado (Sequi, Touray, & Zuleyka, 2013).</p> <p>El debate de este mito se pone de manifiesto utilizando la comparación de países de religión musulmana que no realizan la práctica como es el caso de Marruecos o Argelia, con países donde sí se realiza como Egipto o Ghana. O preguntando porqué existen practicantes cristianos que sí lo realizan como sucede en Nigeria y Camerún (UNAF, 2013).</p> <p>En cualquier caso, no existen datos que avalen la A/MGF en ninguna religión (CEPAIM, 2014).</p>
<p>Con la A/MGF los genitales femeninos son más limpios</p>	<p><i>“Para lavar es más sencillo que no esté eso. [...] porque si no se hace esa práctica no puede estar limpia.”</i> IMG.F.2</p>	<p><i>“No es buena, a veces es causa de enfermedades o infecciones”</i> PMGF.14</p>	<p>La A/MGF desprotege los genitales femeninos, favoreciendo el riesgo de desarrollar infecciones genitourinarias (CEPAIM, 2014)</p> <p>UNAF (2013), a través de Médicos del Mundo apunta a que la idea de que el mantenimiento del clítoris implica suciedad, es una forma de infundir temor entre las mujeres y niñas, de modo que puede ser desmontable a través de la explicación de las funciones de clítoris y labios en la anatomía femenina.</p>
<p>El clítoris crece hasta convertirse en un pene y tapar la vagina</p>	<p><i>“Si no está cortada será un problema porque hace falta cogerle el clítoris para poder ver la vagina”</i> PMGF.12</p>	<p><i>“Ella es normal, no tiene cortado y puede sentir, todo está bien, yo disfruto a mi novia”</i> IMG.F.1</p>	<p>El desmontaje de este mito se basa en la presentación de fotografías de las zonas genitales femeninas de mujeres no mutiladas con el fin de mostrar el verdadero aspecto de esta zona (UNAF, 2013).</p> <p>Del mismo modo, sería oportuna la explicación a los hombres de las estructuras anatómicas de una vagina sana y las funciones fisiológicas del clítoris y labios genitales.</p>

<p>La A/MGF es buena para la economía</p>	<p><i>“Siempre hay regalo para la niña” GMGF.6</i></p>	<p><i>“Yo he oído eso, algunas mujeres se mueren y otras cuando le duele no puede cuidar de hijos” PMGF.4</i></p>	<p>Pasando a una temática de índole puramente económica, la preservación de la A/MGF supone el mantenimiento de un sector como es el de las circuncidoras, además del incremento de gasto en la comunidad debido a las celebraciones y regalos que rodean a la práctica. A pesar de ello, un estudio de WHO en 2010 muestra como el mantenimiento de esta tradición supone una pérdida de vida humana seguido de una menor producción debido a las incapacidades físicas y psíquicas que produce esta tradición en las mujeres y niñas. Este estudio también hace hincapié en el gasto económico que suponen las consecuencias negativas sobre las salud de las mujeres que acuden a los centros sanitarios para paliarlas.</p> <p>De modo que esta mito puede ser rebatido con datos fiables obtenidos de una fuente certera como es la Organización Mundial de la Salud.</p>
<p>La A/MGF y la circuncisión masculina son lo mismo</p>	<p><i>“En mujer es igual que en los hombres también lo haces siempre cortamos nosotros” PMGF.7</i></p>	<p><i>“Yo lo entiendo en los hombres porque tenemos más salud en el sexo, pero a las mujeres le quita el sentimiento” GMGF.9</i></p>	<p>Tanto su significado como sus funciones son muy distintos, y desde un punto de vista puramente anatómico la comparación no es correcta. Tampoco el paralelismo con las repercusiones biopsicosociales es el más adecuado, ya que mientras que una circuncisión masculina efectuada de una forma correcta puede ser inocua y menos traumática, la A/MGF puede acarrear una serie de daños graves sobre la salud integral de las mujeres y las niñas (CEPAIM, 2014).</p>
<p>La A/MGF protege la virginidad y la virtud de las mujeres</p>	<p><i>“Es difícil que un hombre quiera una mujer que haya hecho sexo, yo no me caso con ella, no es buena para mi”GMGF.6</i></p>	<p><i>“Si le enseñas a tu hija que confíe en ti, le puedes decir lo que está bien y lo que está mal, yo le enseñaré a ser buena mujer”GMGF.5</i></p>	<p>Como explica UNAF (2013), las mujeres no cortadas también son fieles, ya que la fidelidad no depende del clítoris si no de la transmisión familiar de los valores de fidelidad. La educación cobra un papel primordial para el traspaso de estos valores comunitarios y además no genera sufrimiento en las mujeres y las niñas.</p>

1.5. Idoneidad de la Enfermería Transcultural para la reorientación de la A/MGF e interpretación del Modelo del Sol Naciente

Estudios como el de Martínez y Turetsky (2014), apuntan a que la Enfermería transcultural es una teoría válida para gestionar el conocimiento relativo a la A/MGF. Esto se debe principalmente a que promueve el conocimiento y el respeto hacia las diferentes creencias y costumbres que conforman la visión del mundo de las diversas comunidades que pueblan la tierra. A través de esta teoría, se debería poder explorar, en colaboración con los usuarios, las perspectivas y factores justificadores que cobran importancia para dotar a sus hijas de las condiciones sociales idóneas para formar parte del mundo adulto y de la comunidad. En esta misma línea se sitúa Priscila Limbo Sagar (2012), pero exponiendo en su libro el papel general de la Enfermería Transcultural en el estudio de los cuidados interculturales.

En este sentido, la etnoenfermería o la investigación en Enfermería Transcultural como bien defienden McFarland, Mixer, Wehbe-Alamah, y Burk (2012), no se debe centrar únicamente en generar conocimiento en general, sino que también está obligada a proporcionar recomendaciones para aplicar estos conocimientos a la práctica. Así vemos como a través de la reconstrucción y la adaptación del Modelo del Sol Naciente a la interpretación de la A/MGF como un cuidado cultural, podemos gestionar estos cuidados tradicionales a través de intervenciones enfermeras que minimicen o prevengan los daños físicos, sociales y psicológicos de la realización de esta práctica.

Dichas intervenciones son factibles y deben estar orientadas a los tres modelos de acción que propone esta teoría, otorgando de este modo a los y las investigadoras un marco para diseñar enfoques dinámicos y creativos para la prestación de asistencia sanitaria integral y específica a individuos, grupos, comunidades e instituciones. En este sentido, en el nivel 4 de la interpretación del modelo se plasma la reorientación o reestructuración de la A/MGF como una solución posible a este dilema a través de la sensibilización utilizando los

factores obstaculizadores y mediante la desmitificación de los factores justificadores.

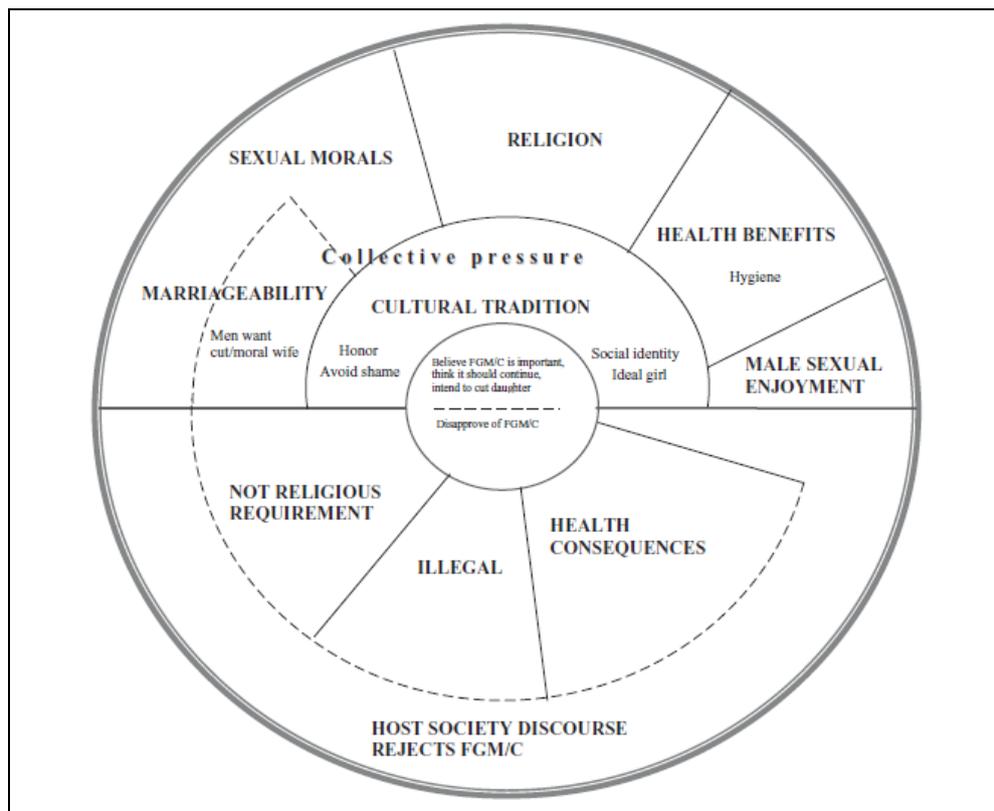
Por otro lado, en la misma línea de la necesidad de explorar los factores justificadores de la práctica, vemos como Rigmor C Berg y Eva Denison en 2014, crean un modelo conceptual de los factores de perpetuación y obstaculizadores de la A/MGF. Este modelo, al igual que el nuestro, muestra en un nivel superior, los factores clave para el mantenimiento de la práctica además de sus interrelaciones, tal y como podemos ver en la ilustración 9. Destacar que todos los factores extraídos de las narraciones de nuestros participantes vienen reflejados y justificados en este modelo, si bien se utiliza otra terminología para designarlos. Precisar también que el factor económico es el único que no viene plasmado en el modelo de Berg y Deninson.

Como indica su nombre, este modelo también presenta en una mitad inferior la identificación de los factores que pueden ejercer de obstaculo y de punto de reflexión para la erradicación de la práctica. Berg y Deninson (2014), muestran estas argumentaciones a través de la revisión de publicaciones en las que se toma en cuenta el discurso comunitario. En este discurso, sobresale la importancia que se le ortorga a las consecuencias nocivas para la salud, la desvinculación de los preceptos religiosos y la ilegalidad de la práctica como puntos incipientes de reflexión y discrepancia entre quienes la defienden y quienes la critican. Lo cual no hace más que evidenciar que la A/MGF es una tradición en transición hacia su desaparición.

Comparándolo con nuestro modelo, podemos decir que coincidimos en estos factores obstaculizadores aunque ellos le conceden una mayor importancia a la desvinculación de los preceptos religiosos de la A/MGF, cosa que nosotros no hemos podido apreciar en nuestros resultados.

Para finalizar, con este apartado de discusión del modelo, en nuestro caso, a través de la interpretación del modelo de Leininger, damos un paso más y además de presentar un modelo de interpretación del mapa cognitivo de las justificación de la práctica y los factores que la dificultan, proponemos una serie de recomendaciones para la intervención mediante la reorientación y la sensibilización con el fin de favorecer esa transición de la que hablan los autores del modelo representado en la ilustración 9. De modo que en cierta forma, completamos el modelo de Berg y Deninson gracias a las posibilidades que nos concede el modelo de Leininger.

Ilustración 9. Modelo conceptual de los factores de perpetuación y obstaculizadores de la A/MGF



Fuente: Ilustración extraída de Berg & Denison (2014)

1.6. La abolición de la A/MGF, una realidad factible

El aumento de la visibilidad de las cruentas consecuencias de la A/MGF a cargo de programas internacionales y locales para la prevención y erradicación de la A/MGF, la implantación de legislación y el auge del mundo de la comunicación, está favoreciendo el abandono lento pero progresivo de esta tradición. Así lo ven nuestros participantes más críticos con esta costumbre y lo ratifica un informe de 2013 de UNICEF, en el que se muestran datos alentadores que certifican que la mayoría de hombres y mujeres piensan que esta práctica debe desaparecer. De este informe también se desprende que los datos positivos varían mucho en función del país y de la edad de los participantes, siendo los más jóvenes más propensos a no continuar con la práctica y viceversa. Además durante el informe, estas opiniones con respecto a la A/MGF se ven reflejadas en la tendencia al descenso de la incidencia en más de la mitad de los 29 países donde se realiza de forma habitual, aunque hay claras variaciones en función del país.

Otra inclinación, que deriva de las conversaciones y que apunta hacia el inicio del fin de la A/MGF, es la desvirtuación de parte de las argumentaciones originales. Esta práctica en muchos países ha comenzado a dejar de significar un paso hacia la edad adulta, ya que cada vez el corte se realiza a edades más tempranas para facilitar el ocultamiento a las autoridades y minimizar la resistencia de las menores. En esta misma línea de afirmaciones se sitúan autores como Bénédicte (2007) o UNICEF (2013).

2. IMPLICACIONES DEL ESTUDIO

Con relación a las implicaciones del estudio, se puede considerar que dentro del contexto sanitario de Atención Primaria, los hallazgos que derivan de este, pueden contribuir de manera eficaz a establecer las condiciones necesarias para favorecer la construcción de diálogos interculturales capaces de romper las fronteras de la defensa identitaria que perpetúan la A/MGF, en pos

de los derechos a la vida, la integridad física y la igualdad de género.

Podemos decir que estudios de este tipo, apuntan hacia metas humanistas dentro de la Disciplina Enfermera, además de ayudar a confeccionar herramientas y modelos de desarrollo integral centrados en las personas y en la protección de sus derechos humanos, en los que la integración de perspectivas de género favorece la consecución de objetivos como la erradicación de prácticas perjudiciales como la A/MGF.

De este modo, durante todo el desarrollo de la presente tesis, vemos como Enfermería hace un guiño a la Antropología, demostrando su complementariedad y reafirmando la vocación transcultural de nuestra disciplina, además de su capacidad y pertinencia como mediadora para la adaptación de los cuidados perjudiciales para la salud ligados a la cultura o la tradición. En el caso de la A/MGF, este guiño se hace a través de la creación de un modelo centrado en la exploración de los factores androcéntricos de perpetuación de la A/MGF. Modelo que pretende servir de guía y desarrollo de actividades de prevención y reorientación, a través de las sucesivas visitas, principalmente de atención primaria, que conformaría la actividad preventiva general, y cuyo fin último es la capacitación y sensibilización de los hombres adscritos a ella para la disuasión de su protección.

Así, a través del proceso de realización de la tesis y mediante la conformación de los resultados, se han ido creando una serie de iniciativas originarias del trabajo multidisciplinar y cooperativo.

- El desarrollo de esta tesis, junto a la presentada el año pasado por la Doctora María del Mar Pastor Bravo, y a la coordinación de la Doctora Pilar Almansa Martínez, ha impulsado la creación de la Asociación DEMUSA, una entidad sin ánimo de lucro fundada en 2014, cuya finalidad es la promoción de la igualdad real entre mujeres y hombres, y la lucha por el disfrute de los derechos humanos de las mujeres,

contribuyendo de este modo al desarrollo global de una sociedad más equitativa.

- Gestión y organización de diversas jornadas en la Región de Murcia para la formación de profesionales y personal sensibilizado en materia de prevención de la A/MGF. Además de las diferentes aportaciones en los Colegios de Enfermería y Medicina, y la formación en diversos equipos de atención de primaria en la región.
- Creación de la base para el desarrollo e implantación de un protocolo a nivel regional, incluyendo un algoritmo de detección temprana y actuación en toda la red de atención socio-sanitaria de la Región de Murcia.
- Presentación a NANDA-I, de un diagnóstico enfermero de riesgo con la etiqueta diagnóstica: *Riesgo de Mutilación Genital Femenina (MGF)* definido como “*riesgo de sufrir la extirpación total o parcial de los genitales externos femeninos u otras lesiones de los órganos genitales, ya sea por motivos culturales, religiosos o por cualquier otra razón no terapéutica*”. Situado en el dominio 11, Seguridad/Protección y posicionado en la Clase 3: Violencia.
- Creación de materiales de divulgación, sensibilización y concienciación tanto para profesionales como para población implicada. Además de diversas publicaciones científicas relacionadas con la temática de la tesis.
- Identificación de las bases para reafirmar la Disciplina Enfermera como pieza clave y parte activa de la primera línea de acción en la Cooperación para el Desarrollo.

En este sentido, y desde el punto de vista del reconocimiento de la

dignidad intrínseca y de los derechos iguales e inalienables de todos los seres humanos, podemos afirmar que la práctica enfermera orientada en la planificación de cuidados transculturales, puede ayudar a profundizar en diversos razonamientos relativos a la A/MGF; a través de la generación de investigaciones orientadas a la creación de intervenciones específicas mediante enfoques creativos y prácticos con el fin de reorientar algunos de los cuidados culturales justificadores de las PTP.

3. SOBRE LAS LIMITACIONES Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN Y ACCIÓN

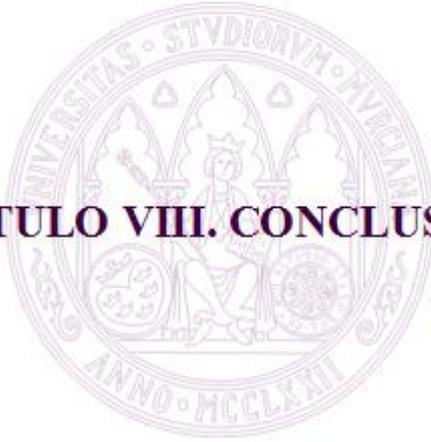
Este estudio solo muestra una fotografía fija en medio de una sociedad dinámica sometida a continuas transformaciones. Esto genera la necesidad de profundizar, ampliar y reenfocar las investigaciones para generar unos resultados realmente eficaces para la promoción de la reorientación de la A/MGF como cuidado.

Por ello, una vez plasmado este modelo de significados, símbolos e interpretaciones elaboradas a través de los propios sujetos, es necesaria su aplicación además de la investigación de su eficacia y utilidad. De todos modos y a pesar de estas limitaciones, el modelo masculino de los factores de justificación de la práctica, cimienta una base para la creación de intervenciones específicas con este grupo poblacional. Intervenciones que deberán ser evaluadas, ratificadas, adaptadas y/o derogadas hasta la confección de acciones realmente eficaces para la erradicación de la A/MGF.

También, partiendo de la premisa de que la abolición de la A/MGF pasa por la concienciación del conjunto de la población, se hace imprescindible la realización de investigaciones con metodología similar, para comprobar y comparar si es acertada y completa esta perspectiva masculina, o es necesaria la creación de un modelo mixto para la implementación de los factores de

mantenimiento, factores obstaculizadores y herramientas para la abolición de la A/MGF.

De modo que encontramos una doble limitación que nos guía hacía nuevas perspectivas de estudio, pero también de acción y trabajo sobre el terreno, labor que ya ha comenzado.



CAPÍTULO VIII. CONCLUSIONES

*"Si eres neutral en situaciones de injusticia,
has escogido el lado del opresor"*

Desmond Tutu

Premio Nobel de la Paz 1984

Tras el análisis y discusión de los resultados obtenidos, estamos en posición de poder responder a la pregunta de investigación a partir de la consecución tanto del objetivo general, como los objetivos específicos del estudio. De esta forma podemos concluir que:

1. Este estudio proporciona una perspectiva masculina sobre la A/MGF, poco estudiada y sin embargo, esencial para su erradicación, puesto que la A/MGF es una tradición presente en sociedades marcadamente androcentristas en las que los hombres participan en el mantenimiento de esta práctica perjudicial para la salud a través de diferentes argumentos.
2. Estas justificaciones, derivadas del análisis del conocimiento y comprensión de la realidad compleja y subjetiva de la A/MGF, se

clasifican y agrupan en función a su contenido en seis factores interrelacionados, llamados factores de perpetuación o mantenimiento, que a su vez conforman y definen la A/MGF como un sistema de cuidados, convirtiéndola de este modo, en una acción de cuidado cultural, en cuanto a que anticipa supuestas necesidades de las mujeres y de la comunidad.

3. Estos seis factores de perpetuación son: factores relacionados con la salud, higiénico-estéticos, sexuales, factores socio-culturales, religioso-espirituales, y económicas de las mujeres y las comunidades.
4. Aunque la justificación de la práctica dependa de la correlación de estos factores; los sexuales, socio-culturales y religioso espirituales cobran un mayor protagonismo dentro del análisis de las entrevistas realizadas.
5. Estos factores suelen estar enfocados a concepciones fuertemente androcéntricas, jugando un papel primordial en el mantenimiento de la poligamia.
6. De la defensa a ultranza de los factores socio-culturales, se puede deducir que se produce una sobrestimación de los derechos culturales subestimando, al mismo tiempo, los derechos a la vida, la libertad y la seguridad de las niñas y de las mujeres a las que se le realiza la práctica.

Así vemos, como la inclusión de las perspectivas masculinas sobre la A/MGF proporciona un punto de vista diferente que reafirma las argumentaciones más utilizadas para defender la práctica, pero además aporta un nivel más de reflexión sobre la compleja trama cultural que engloba a la A/MGF.

Además, de la exploración de las actitudes y opiniones de los participantes del estudio, podemos extraer dos factores obstaculizadores que dificultan el mantenimiento de la práctica. Estos factores son el conocimiento de las complicaciones femeninas y masculinas que derivan de la práctica, y una

reacción positiva ante la legislación prohibitiva de la A/MGF. Esta afirmación se deduce de las siguientes conclusiones:

1. Los hombres que están a favor de la A/MGF, no relacionan los problemas derivados de la práctica con su etiología o presentan dificultad para establecer dicha relación, lo que produce una infravaloración de las consecuencias negativas sobre las mujeres.
2. Los hombres que están en contra de la A/MGF son capaces de relacionar ciertos problemas secundarios a la práctica, por lo que se demuestra que el conocimiento de las complicaciones derivadas de la A/MGF, ayuda a concienciar a la población de la sinrazón de la misma.
3. El conocimiento de las patologías asociadas a la práctica fomenta el abandono de la misma y evidencia la refutabilidad de la creencia de que es un cuidado cultural.

Mediante la indagación de las perspectivas masculinas sobre la A/MGF y a través de la conceptualización a través de la teoría de la Diversidad y de la Universalidad de los Cuidados Culturales, se consigue adaptar el Modelo del Sol Naciente de Madeleine Leininger configurando un mapa cognitivo compuesto por estos factores interdependientes. De modo que en respuesta a los tres primeros objetivos específicos planteados podemos decir que:

1. A través de la adaptación del modelo, los y las profesionales de Enfermería pueden explorar los factores de mantenimiento de la práctica, pudiendo anticiparse en todo momento, a parte de las posibles respuestas para justificar la A/MGF
2. Este mapa proporciona una forma de actuación a partir de la creación de intervenciones reorientativas basadas en la sensibilización en factores obstaculizadores y en el desmontaje de las falsas premisas que rodean la justificación de la A/MGF.

3. Conocer, ver y actuar contra la A/MGF partiendo de la premisa de que es un cuidado cultural amparado en roles de género marcadamente androcéntricos, facilita la labor preventiva ya que mejora el entendimiento intercultural con el fin de establecer la reorientación de hábitos inequitativos y denigrantes para las mujeres y que perturban la paz social y las relaciones personales e íntimas de las personas, tanto mujeres como hombres, por esta ancestral y cruenta práctica.

Asimismo, a través del análisis de estas perspectivas, y en respuesta al último de los objetivos específicos planteados en ésta investigación, se han detectado una serie de claves para la erradicación y de puntos débiles del entramado de justificación masculina fácilmente refutables mediante la confrontación con la realidad. De esta forma podemos concluir que:

1. Las intervenciones de reorientación deben basarse en la desmitificación de los factores de mantenimiento de la práctica, para ello se facilita una tabla con las argumentaciones de los hombres y los hechos que las desmontan.
2. La sensibilización y concienciación a través del trabajo conjunto de familias, comunidades y gobiernos, junto con el fomento de los programas de educación para la salud centrados en la demostración de las complicaciones sobre las mujeres y los hombres que derivan de la práctica juegan un papel clave en la erradicación de la A/MGF.
3. Se valora positivamente la utilización de medios gráficos para mostrar la realidad de las complicaciones que produce la A/MGF.
4. Los hombres en contra de la A/MGF se muestran favorables a la implantación de legislación contra esta tradición pero prefieren otras vías de más amplio calado y menos represivas para su erradicación, como lo es la educación para la salud.

5. La realización de la A/MGF a edades cada vez más tempranas muestra una desvirtuación de algunos preceptos justificadores socio-culturales, esto unido a los procesos de ocultación muestran el principio del fin de la A/MGF.

En definitiva, la investigación que aquí se presenta, no hace más que evidenciar las posibilidades reales de refutar la mayor parte de los razonamientos que se utilizan para defender la A/MGF. Por lo que se pone de manifiesto, no solo la necesidad de crear intervenciones que garanticen la participación activa de las mujeres en el recorrido hacia su propio autoempoderamiento, sino también la necesidad de involucrar a los hombres en dichos procesos, mediante la participación dinámica en los mismos. Ya que, consciente o inconscientemente, contribuyen a mantener las estructuras y sistemas patriarcales en los que se arraiga y afianza la subordinación de las mujeres y las relaciones de poder entre los sexos que jerarquizan los conflictos subyacentes a las relaciones de género.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdulcadir, J., Margairazb, C., Boulvaina, M., & Iriona, O. (2011). Care of women with female genital mutilation/cutting. *The European Journal of Medical Sciences*, 1-8.
- Abdulmajid Al-Khulaidi, G., 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). Obtenido de <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0083140>
- Abolfotouh, S., Ebrahim, A., & Abolfotouh, M. (2015). Awareness and predictors of female genital mutilation/cutting among young health advocates. *International Journal of Women's Health*, 7, 259-269. Obtenido de http://www.dovepress.com/front_end/awareness-and-predictors-of-female-genital-mutilationcutting-among-you-peer-reviewed-fulltext-article-IJWH#
- ACNUR. (2009). *Guías sobre las solicitudes de asilo relativas a la mutilación genital femenina*. Obtenido de ACNUR: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/7139.pdf?view=1>
- Adam Muñoz, M. (2004). *La mutilación genital femenina y sus posibles soluciones desde la perspectiva del derecho internacional privado*. Córdoba: Universidad de Córdoba. Servicio de Publicaciones.
- Agirregomezkorta Ibarluzea, R., & Fuertes Cabrera, I. (2011). *La Ablación o Mutilación Genital Femenina. Guía práctica*. Obtenido de Paz y Desarrollo ONGD: http://pazydesarrollo.org/pdf/guia_mgf_web.pdf
- Alcaráz, M., González, S., & Solano, C. (2014). Attitudes towards female genital mutilation: an integrative review. *International Nursing Review*, 61(1), 25-34. Obtenido de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/inr.12070/pdf>
- Almroth, L., Almroth-Berggren, V., Hassanein, O., Al-Said, S., Hasan, S., Lithell, U., & Bergstrom, S. (2001). Male complications of female genital mutilation. *Social science & medicine*, 54(11), 1455-1460.
- Almroth, L., Bedri, H., El Musharaf, S., Satti, A., Idris, T., M SIR K, H., . . . Bergstrom, S. (2005). Urogenital Complications among Girls with Genital Mutilation: A hospital-Based Study in Khartoum. *African Journal of Reproductive Health*, 9(2), 118-123.
- Álvarez Degregori, M. (2001). *Sobre la mutilación genital femenina y otros demonios*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Amin, M., Rasheed, S., & Salem, E. (2013). Lower urinary tract symptoms following female genital mutilation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 123, 21-23.

- Amnistía Internacional. (1998). *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación*. Londres: EDAI.
- Andersson, S., Rymer, J., Joyce, D., Momoh, C., & Gayle, C. (2012). Sexual quality of life in women who have undergone female genital mutilation: a case-control study. *An International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 119(13), 1606-11.
- Annan, K. (1997). *Informe del Secretario General. Renovación de las Naciones Unidas: un programa de reforma (A/51/950)*. Asamblea General de las Naciones Unidas.
- Arias Valencia, M. (2000). La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones. *Investigación y Educación en Enfermería*, XVIII(1), 13-26. Obtenido de redalyc.org: <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105218294001.pdf>
- Asamblea Nacional Constituyente francesa. (26 de Agosto de 1789). *Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano*. Obtenido de Declaración de los Derechos del Hombre y del Ciudadano: <http://www.juridicas.unam.mx/publica/librev/rev/derhum/cont/30/pr/pr23.pdf>
- Asociación Española de Pediatría de Atención Primaria. (2009). *Programa de salud infantil (PSI)*. Exlibris Ediciones, S.L.
- Ballesteros, C., Almansa, P., Pastor, M., & Jiménez, I. (2014). La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 287-291. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S0213-91112014000400005&script=sci_arttext
- Bayo, A., González, I., Román, A., Rodríguez, A., Grau, S., Marina, S., & Tarancón, I. (2003). La mutilación genital en la mujer del siglo XXI. *Progresos de Obstetricia y Ginecología*, 46(6), 257-266.
- Beauvoir, S. d. (1949). *El segundo sexo* (3 Edición ed.). (A. Mortorell, Trad.) Madrid: Ediciones Cátedra.
- Behrendt, A., & Moritz, S. (2005). Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems After Female Genital Mutilation Female Genital Mutilation. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 1000-1002.
- Bénédicte, L. (2007). *La ablación genital femenina: una práctica inaceptable desde la perspectiva de los derechos humanos. Balance de la situación y recomendaciones para su erradicación*. Madrid: Instituto de Derechos Humanos "Bartolomé de Las Casas". Universidad Carlos III de Madrid.
- Berg, R., & Underland, V. (2013). The Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obstetrics and Gynecology International*, 1-15.

- Berg, R., & Denison, E. (2014). A Tradition in Transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review. *Health Care for Women International, 34*(10), 837-859.
- Berggren, V., Bergstrom, S., & S. & Edberg, A. (2006). Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *Journal of Transcultural, 17*(1), 50-57.
- Berggren, V., Gottvall, K., Isman, E., Bergström, S., & Ekéus, C. (2012). Infibulated women have an increased risk of anal sphincter tears at delivery: a population-based Swedish register study of 250 000 births. *Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica, 1-8*.
- Bermejo Hernández, O., del Pozo Gallardo, A., & Moreno Díaz, J. (2013). *Inmigración, extranjería y asilo*. Madrid: Ediciones GPS.
- Bjälkander, O., Bangura, L., Leigh, B., Berggren, V., Bergström, S., & Almroth, L. (2012). Health complications of female genital mutilation in Sierra Leone. *International Journal of Women's Health, 4*, 321-331.
- Boada, A. (2011). Género, estereotipos y la enseñanza de la Administración de Empresas. Una breve introducción a la problemática de Género en las Ciencias Empresariales. *Poliantea, 9-31*.
- Briggs, L. (2002). Male and Female Viewpoints on Female Circumcision in Ekpeye, Rivers State, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health, 6*(3), 44-55. Obtenido de <http://www.bioline.org.br/pdf?rh02034>
- Carrera Macià, J. (2010). La salud en la mujer inmigrante. El concepto de salud en su contexto cultural. En C. d. SEGO, *Mujer inmigrante y asistencia sanitaria (MIAS)* (págs. 19-33). Saatchi & Saatchi Healthcare.
- Casajoana Guerrero, M., Caravaca Nieto, E., & Martínez Madrigal, M. (2012). Una visión global de la mutilación genital femenina. *Matronas profesión, 13*(3-4), 76-82.
- Castañeda Reyes, J. (2003). *Fronteras del placer, fronteras de la culpa. A propósito de la mutilación genital femenina en Egipto*. Mexico DF: El Colegio de México. Centro de Estudios de Asia y África.
- CEPAIM. (2014). *Mujeres Plenas. Notas sobre Mutilación Genital Femenina*. Obtenido de Fundación CEPAIM: <http://cepaim.org/wp-content/uploads/2014/06/GUia-MGF-Definitiva-1.pdf>
- Checa, F., Checa, J., & Arjona, A. (2004). *La inmigración y derechos humanos. La integración como participación social*. Barcelona: Icaria Editorial S.A.
- Chibber , R., El-Saleh , E., & El Harmi, J. (June de 2011). Female circumcision: obstetrical and psychological sequelae continues unabated in the 21st century. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine, 24*(6), 833-836.

- Chibber, R., El-Saleh, E., & El Harmi, J. (2010). Female circumcision: obstetrical and psychological sequelae continues unabated in the 21st century. *Journal of Maternal-Fetal and Neonatal Medicine*, 24(6), 833-836.
- Cisneros Laborda, G., Rodríguez De Miñon, M., Pérez-Llorca Rodrigo, J., Fraga Iribarne, M., Peces-Barba Martínez, G., Roca i Junyent, M., & Solé Tura, J. (1978). *Constitución Española*. Obtenido de Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1978/BOE-A-1978-31229-consolidado.pdf>
- Comisión de Estados Americanos. (1948). Declaración Americana de los Derechos y Deberes del Hombre. *IX Conferencia Internacinal Americana*. Bogotá.
- Comité Interafricano sobre las Prácticas Tradicionales y GAMCOTRAP. (1998). *Declaración de Banjul sobre Violencia*. Banjul.
- Comité para el Desarrollo. (1 de abril de 2005). *Declaración de París sobre la Eficacia de la Ayuda al Desarrollo*. Obtenido de Banco Mundial: <http://siteresources.worldbank.org/DEVCOMMINT/Documentation/20451909/DC2005-0002%28S%29-Paris%20Decl.pdf>
- Commission on the Status of Women. (10 de march de 2010). *Ending female genital mutilation*. Obtenido de United Nations: http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing15/outcomes/L%208_FGM_Advance%20unedited.pdf
- Consejería de Sanidad. (2007). http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/109845-109845-guia_pediatras_todo.pdf. Obtenido de murciasalud: http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/109845-109845-guia_pediatras_todo.pdf
- Consejo de Europa. (3 de mayo de 1996). *Carta Social Europea (Revisada) spanish version*. Obtenido de Council of Europe: https://www.coe.int/t/dghl/monitoring/socialcharter/Presentation/ESCR_Booklet/Spanish.pdf
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2006). *Código Deontológico del CIE para la Profesión de Enfermería*. Obtenido de <http://www.ee.lafe.san.gva.es/pdfs/icncodesp.pdf>
- Consejo Internacional de Enfermeras. (2010). *Declaración de posición del CIE: Eliminación de la mutilación genital femenina*. Obtenido de CIE: http://www.icn.ch/images/stories/documents/publications/position_statements/A04_Eliminacion_mutilacion_genital_femenina-Sp.pdf
- Dalal , K., Lawoko, S., & Jansson, B. (2010). Women's attitudes towards discontinuation of female genital mutilation in Egypt. *Journal of Injury and Violence Research*, 2(1), 41-47.

- De Luis Moreno, E. (2009). Marco de referencia: igualdad de género. En C. Fernández Aller, *Marco Teórico para la aplicación del enfoque basado en los derechos humanos en cooperación para el desarrollo*. (págs. 181-204). Madrid: Catarata.
- De Luis Romero, E. (2009). Antecedentes. En C. Fernández Aller, *Marco Técnico para la aplicación del Enfoque Basado en Derechos Humanos en la Cooperación para el Desarrollo*. (págs. 15-30). Madrid: Catarata.
- Declaración Universal de los Pueblos (Carta de Argel)*. (1976). Obtenido de Boletín N°. 1 del Tribunal Permanente de los Pueblos. Capítulo México 2011-2014.: <http://www.tppmexico.org/wp-content/uploads/2011/12/Bolet%C3%ADn-2-revisado.pdf>
- Denzin , N. (1970). *Sociological Methods: a Source Book*. Chicago: Aldine Publishing Company.
- Devillard, M., & Baer, A. (2010). Antropología y Derechos Humanos: multiculturalismo, retos y resignificaciones. *Antropología Social*, 25-51.
- Diouf, K., & Nour, N. (2012). Female Genital Cutting and HIV Transmission: Is There an Association? *American Journal of Reproductive Immunology*, 45-50.
- Dirie, W. (1998). *Flor del Desierto*. Harper Collins Publishers Inc.
- Eisner, E. (1998). *El ojo ilustrado. Indagación cualitativa y mejora de la práctica*. Barcelona: Paidós Educador.
- El País. Internacional. (24 de Julio de 2014). *La ONU asegura que el Estado Islámico ordenan la ablación de las mujeres en Irak*. Obtenido de El País.: http://internacional.elpais.com/internacional/2014/07/24/actualidad/1406208684_979309.html
- Elnashar, A., & Abdelhady, R. (2007). The impact of female genital cutting on health of newly married women. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*(97), 238-244.
- Escalona Barrera, A. (2014). *El delito de la MGF: una primera aproximación jurisprudencial. Trabajo Fiin de Grado*. Obtenido de dipòsit digital de documents de la UAAB: https://ddd.uab.cat/pub/tfg/2014/119176/TFG_aescalonabarrera.pdf
- European Parliament. (2009). *European Parliament resolution of 24 March 2009 on combating female genital mutilation in the EU*. Bruselas.
- Fazari , A., Berg , R., Mohammed, W., Gailii, E., & 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), 2861-2865.

- Fernández Aller, C. (2009). Fundamentación y concepto del EBDH. En C. Fernández Aller, *Marco Teórico para la aplicación del enfoque basado en los derechos humanos en cooperación para el desarrollo*. (págs. 31-64). Madrid: Catarata.
- Fernández Juan, A. (2009). Marco de Referencia del Derecho a la Salud. En C. Fernández Aller, *Marco teórico para la Aplicación del Enfoque Basado en Derechos Humanos en la Cooperación para el Desarrollo* (págs. 143-165). Madrid: Catarata.
- Flick, U. (2012). *Introducción a la investigación cualitativa* (Tercera Edición ed.). Madrid: Ediciones Morata.
- Flick, U. (2014). *La gestión de la calidad de Investigación Cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata, S.L.
- Fosu, M., Nyarko, P., & Anokye, M. (2014). Female Genital Mutilation/Cutting among Ghanaian Women: The Determinants. *Research on Humanities and Social Sciences*, 4(18), 61-68. Obtenido de <http://www.iiste.org/Journals/index.php/RHSS/article/view/14881/15689>
- Fraisse , G. (24 de septiembre de 2001). *El concepto filosófico de género*. Obtenido de Sitio Web del Parlamento Europeo: http://www.europarl.europa.eu/transl_es/plataforma/pagina/celter/art2fraisse.htm
- Frega, A., Puzio, G., Maniglio, P., Catalano, A., Milazzo, G., 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(9), 513-519.
- Galao Malo, R., Lillo Crespo, M., Casabona Martínez, I., & Mora Antón, M. (2005). ¿Qué es la enfermería transcultural? Una aproximación etimológica, teórica y corporativista al término. *Evidentia*, 2(4).
- Gallego, M., & López, M. (2010). Mutilación genital femenina: revisión y aspectos de interés médico legal. *Cuadernos de Medicina Forense*, 16(3), 145-151. Obtenido de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3419104>
- Gauges, O. (26 de Agosto de 1791). *Declaración de los Derechos de la Mujer y de la Ciudadana*.
- Gele, A., Johansen, E., & Sundby, J. (2012). West: attitudes toward the practice among Somali immigrants in Oslo. *BMC Public Health*, 12(1), 697. Obtenido de <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/697>
- González, A. (2013). Los conceptos de patriarcado y androcentrismo en el estudio sociológico y antropológico de las sociedades de mayoría musulmana*. *Papers*, 98(3), 480-504.
- Gordon-Chipembere, N. (2006). Carving the Body: Female Circumcision in African Women's Memoirs. *Identity and Marginality*, 6(2), 1-20.

- Grande Gascón, M. (2000). Todos contra la mutilación genital femenina. *Index de Enfermería*(30), 7-8. Obtenido de http://www.index-f.com/index-enfermeria/31revista/31_articulo_7-8.php
- Grande Gascón, M., Ruiz Seisdedos, S., & Hernández Padilla, M. (2013). El Abordaje Social y Político de la Mutilación Genital Femenina. *Portularia*, XIII(1), 11-18. Obtenido de http://rabida.uhu.es/dspace/bitstream/handle/10272/6742/El_abordaje_social_y_politico.pdf?sequence=2
- Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales . (Julio de 2006). *Mapa de la mutilación genital femenina en España*. Obtenido de Fundación Wassu-UAB: http://www.mgf.uab.cat/esp/publicaciones_cient% C3% ADficas.html
- Guerra Palmero, M. (junio de 2008). Culturas y género: prácticas lesivas, intervenciones feministas y derechos de las mujeres. *ISEGORÍA. Revista de Filosofía Moral y Política*(38), 61-76.
- Hanly, M., & Ojeda, V. (1995). Epidermal inclusion cysts of the clitoris as a complication of female circumcision and pharaonic infibulation. *Central African Journal of Medicine*, 41(1), 22-24.
- Hearst, A., & Molnar, A. (June de 2013). Female Genital Cutting: An Evidence-Based Approach to Clinical Management for the Primary Care Physician. *Mayo Clinic Proceedings*, 88(6), 618-629.
- Herrera Flores, J. (2000). Hacia una visión compleja de los derechos humanos. En J. Herrera Flores, F. Hinkelammert, D. Sánchez Rubio, & G. Gutiérrez, *El vuelo de Anteo. Derechos Humanos y Crítica de la razón liberal* (págs. 19-78). Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Iavazzo, C., Gkegkes, I., & Sardi, T. (2013). Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. *Archives Gynecology Obstetrics*, 287, 1137-1149.
- International Organization for Migration. (6 de February de 2011). *IOM Celebrates International Day of Zero Tolerance against FGM*. Obtenido de IOM Gender and Migration News: https://www.iom.int/files/live/sites/iom/files/What-We-Do/docs/gender_bulletin_Dec2011.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*, 4(3), 93-98.
- Jefatura de Estado. (2005). *Ley Orgánica 3/2005*. Obtenido de Boletín Oficial del Estado: <http://www.boe.es/boe/dias/2005/07/09/pdfs/A24457-24457.pdf>

- Jefatura del Estado. (1996). *Ley Orgánica 1/1996*. Obtenido de Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/boe/dias/1996/01/17/pdfs/A01225-01238.pdf>
- Jefatura del Estado. (2003). *Ley Orgánica 15/2003*. Obtenido de Boletín Oficial del Estado: <http://www.boe.es/boe/dias/2003/09/30/pdfs/A35398-35404.pdf>
- Jefatura del Estado. (2014). *Código Penal y legislación complementaria*. Obtenido de Boletín Oficial del Estado: https://www.boe.es/legislacion/codigos/codigo.php?id=038_Codigo_Penal_y_legislacion_complementaria&modo=1
- Jefatura del Estado. (2014). *Ley Orgánica 1/2014*. Obtenido de Boletín Oficial del Estado: <https://www.boe.es/boe/dias/2014/03/14/pdfs/BOE-A-2014-2709.pdf>
- Jick, T. (1979). Mixing Qualitative and Quantitative Methods: Triangulation in action. *Administrative Science Quarterly*, *24*, 602-610.
- Jiménez Ruiz, I., Almansa Martínez, P., Pastor Bravo, M., & Pina Roche, F. (Octubre de 2012). Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural. Una revisión bibliográfica. *Enfermería Global*, 411-424.
- Jiménez Ruiz, I., Pastor Bravo, M., Almansa Martínez, P., & Ballesteros Meseguer, C. (2014). Men facing the Ablation/Female Genital Mutilation (A/FGM):. *Procedia - Social and Behavioral Sciences*, 631-638.
- 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.
- Kaplan, A. (2006). *Un estudio sobre la salud sexual y reproductiva en el proceso migratorio de las mujeres migrantes senegambianas*. Obtenido de Fundación Wassu-UAB: http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/articulo_Harresiak.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%
- Kaplan, A., & Bedoya, M. (2004). *Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica*. Obtenido de Fundación Wassu UAB: http://www.mgf.uab.es/eng/scientific_publications/MGF-Aprox.interdiscpl.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%
- Kaplan, A. (2001). Mutilaciones Genitales Femeninas: Derechos humanos, Tradición e Identidad. *Dirección General de Mujer*, *20*, 24-26.
- Kaplan, A. (2003). Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas. *Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos*(4), 23-30.

- Kaplan, A., & Bedoya, M. (2004). Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica. En J. D. Lucas, *Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to FGM*. Universitar de Valencia.
- Kaplan, A., & López, A. (2009). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona. Fundació Wassu-UAB.
- Kaplan, A., & López, A. (2013). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012*. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Kaplan, A., & Martínez, C. (2004). *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales*. Barcelona: Associació Catalana de Llevadoras.
- Kaplan, A., Cham, B., Njie, L., Seixas, A., Blanco, S., & Utzet, M. (2013b). Female Genital Mutilation/Cutting: The Secret World of Women as Seen by Men. *Obstetrics and Gynecology International*, 1-10. Obtenido de <http://www.hindawi.com/journals/ogi/2013/643780/>
- Kaplan, A., Hechavarría, S., Martín, m., & Bonhiure, I. (2011). Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into action. *Reproductive Health*, 8(26), 1-6.
- Kaplan, A., Torán, P., Bermúdez, K., & Castany, M. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales. *Migraciones*(19), 189-217.
- Khaled, K., Samy, S., Abed El-Aziz, E., & Haytham, H. (2012). Impacts of Female Genital Mutilation on Women's Reproductive Health. *Comumunity Medicine & Health Education*, 2(3), 1-4.
- Kinuthia, R. (2010). *The Association between Female Genital Mutilation (FGM) and the Risk of HIV/AIDS in Kenyan Girls and Women (15-49 Years)*. Georgia: Public Health Theses.
- Kitui, B. (7 de junio de 2012). *Female genital mutilation in South Africa*. Obtenido de AfricLaw. Advancing the rule and role of law in Africa: <http://africlaw.com/2012/06/07/female-genital-mutilation-in-south-africa/>
- 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*, LXV(2), 465-488. Obtenido de <http://rdtp.revistas.csic.es/index.php/rdtp/article/view/236/237>
- Leininger, M. (1978). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories and practices*. New York: John Wiley and Sons.

- Leininger, M. (1987). Importance and uses of ethnomethods: Ethnography and ethnosing research. En M. Cahoon, *Recent advances in nursing/research methodology* (págs. 12-35). London: Churchill Livingstone.
- Leininger, M. (1990). Ethnomethods: The philosophic and epistemic bases to explicate transcultural nursing knowledge. *Journal of Transcultural Nursing*, 1(2), 40-51.
- Leininger, M. (1991). Ethnosing: A research method with enablers to study the theory of culture care. En M. Leininger, *Culture care diversity and universality: A theory of nursing* (págs. 112-116). Nueva York: National League for Nursing Press.
- Leno González, D. (2006). Buscando un modelo de cuidados de enfermería para un entorno multicultural. *Gazeta de Antropología*(22).
- Leye, E., Deblonde, J., García-Añón, J., Johnsdotter, S., Kwateng-Kluytse, A., Weil-Curiel, L., & Temmerman, M. (2007). An analysis of the implementation of laws with regard to female genital mutilation in Europe. *Crime, Law and Social Change*, 47(1), 1-31. Obtenido de <http://link.springer.com/article/10.1007/s10611-007-9055-7>
- Ling, H., Mulki, O., O'Donnell, E., & Abdel-Aal, M. (2013). A rare case of a pilar cyst related to childhood female genital mutilation. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 505-505.
- Lundberg, P., & Gereziher, A. (2008). *Experiences from pregnancy and childbirth related to female genital mutilation among Eritrean immigrant women in Sweden*. Obtenido de <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0266613806001069>
- Martínez, G., & Turetsky, R. (2014). FGMReview: Design of a Knowledge Management Tool on Female Genital Mutilation. *Journal of Transcultural Nursing*, 1-8. Obtenido de <http://tcn.sagepub.com/content/early/2014/05/16/1043659614534447>
- Martsoff, D. (1999). Cultural Aspects of Orthopaedic Nursing. *Orthopaedic Nursing*, 65-71.
- Masho, S., & Matthews, L. (2009). Factors determining whether Ethiopian women support continuation of female genital mutilation. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics*, 107(3), 232-235.
- Mc Farland, M. (2010). Teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados culturales. En M. Raile Alligood, & A. Marriner Tomey, *Modelos y teorías en Enfermería* (Séptima Edición ed., págs. 454-479). Barcelona: ELSEVIER.
- Medicusmundi Andalucía. (2008). *Mutilación Genital Femenina. Más que un problema de salud*. Granada: Grupo Editorial Universitario.

- Medicusmundi Andalucía. (2009). *Mutilación Genital Femenina. Abordaje y Prevención*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Medicusmundi Andalucía. (2010). *Equidad en Salud*. Granada: Grupo Editorial Universitario.
- Moges, N., Mullu, G., Gedfew, M., Redi, M., Molta, M., Ayenew, S., . . . Dagnaw, Z. (2015). Knowledge, Attitude and Practice of Women Towards Female Genital Mutilation in Lejet Kebele, Dembecha Woreda, Amhara Regional State, Northwest, Ethiopia, 2014. *Journal of Gynecology and Obstetrics*, 3(2), 21-25. Obtenido de <http://article.sciencepublishinggroup.com/pdf/10.11648.j.jgo.20150302.11.pdf>
- Monjok, E., Essien, E., & Holmes, L. (2007). Female Genital Mutilation: Potential for HIV Transmission in sub-Saharan Africa and Prospect for Epidemiologic Investigation and Intervention. *African Journal of Reproductive Health*, 11(1), 34-42.
- Morse, J. (2003b). Criterios de evaluación y crítica de los estudios de investigación cualitativa. En J. Morse, *Asuntos críticos en los métodos de investigación cualitativa* (págs. 137-160). Alicante: Antioquía.
- Muñoz de Rodríguez , L., & Vásquez, M. (2007). Mirando el cuidado cultural desde la óptica de Leininger. *Colombia Médica*, 38(2), 98-104.
- Naciones Unidas. (26 de junio de 1945). *Carta de las Naciones Unidas*. Obtenido de United Nations: <http://www.un.org/es/documents/charter/>
- Naciones Unidas. (10 de Diciembre de 1948). Declaración Universal de los Derechos Humanos. París.
- Naciones Unidas. (1951). *Convención sobre el estatuto de los refugiados*. Obtenido de ACNUR: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/0005>
- Naciones Unidas. (21 de diciembre de 1965). *Convención Internacional sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación Racial (CEDR)*.
- Naciones Unidas. (16 de diciembre de 1966). *Pacto Internacional de Derechos Económicos Sociales y Culturales*. Obtenido de <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/0014>
- Naciones Unidas. (16 de diciembre de 1966). *Pacto Internacional sobre Derechos Civiles y Políticos* . Obtenido de ACNUR: <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/scripts/doc.php?file=biblioteca/pdf/0015>
- Naciones Unidas. (18 de diciembre de 1979). *Convención para la Eliminación de todas las Formas de Discriminación conta la Mujer* . Obtenido de United Nations: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>

- Naciones Unidas. (18 de diciembre de 1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Obtenido de United Nations: <http://www.un.org/womenwatch/daw/cedaw/text/sconvention.htm>
- Naciones Unidas. (20 de noviembre de 1989). *Convención sobre los derechos del niño*. Obtenido de un.org: <http://www.un.org/es/events/childrenday/pdf/derechos.pdf>
- Naciones Unidas. (1992). *CEDAW General Recommendation No. 19: Violence against Women*. Obtenido de refworld: <http://www.refworld.org/cgi-bin/texis/vtx/rwmain?docid=453882a422>
- Naciones Unidas. (1992). *Declaración de Río sobre el Medio Ambiente y el Desarrollo*. Obtenido de <http://www.un.org/spanish/esa/sustdev/documents/declaracionrio.htm>
- Naciones Unidas. (20 de diciembre de 1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. Resolución de la Asamblea General 48/104*. Obtenido de University of Minnesota. Human Rights Library: <http://www1.umn.edu/humanrts/instree/spanish/Se4devw.htm>
- Naciones Unidas. (1993). *Declaración y Programa de Acción de Viena. Conferencia Mundial de Derechos Humanos de 25 de junio*. Viena.
- Naciones Unidas. (1994). *Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo*. El Cairo. Obtenido de <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N95/231/29/PDF/N9523129.pdf?OpenElement>
- Naciones Unidas. (4-15 de septiembre de 1995). *Informe de la Cuarta Conferencia Mundial sobre la Mujer*. Obtenido de [www.un.org](http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf): <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20S.pdf>
- Naciones Unidas. (1995). *Informe de la Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social. Cumbre Mundial sobre Desarrollo Social*. Copenhague. Obtenido de <http://www.cinu.org.mx/temas/desarrollo/dessocial/cumbre/cumbredessocial1995.pdf>
- Naciones Unidas. (10 de septiembre de 1998). *Informe del Secretario General A/53/354. Prácticas tradicionales o consuetudinarias que afectan a la salud de la mujer y la niña*. Obtenido de United Nations: <http://daccess-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N98/264/86/PDF/N9826486.pdf?OpenElement>

- Naciones Unidas. (13 de Septiembre de 2000). *Declaración del Milenio*. Obtenido de United Nations: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>
- Naciones Unidas. (2003). *El Enfoque basado en los Derechos Humanos para la Cooperación del Desarrollo. Hacia un Entendimiento Común*. Nueva York: Naciones Unidas.
- Nawal, M. (2008). Female Genital Cutting: A Persisting Practice. *Reviews in Obstetrics and Gynecology*, 1(3), 135-139.
- Obermeyer, C. (2005). The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence. *Culture, Health & Sexuality*, 7(5), 443-461.
- Oduro, A., Ansah, P., Hodgson, A., Afful, T., Baiden, F., Adongo, P., & Koram, K. (2006). Trends in the prevalence of female genital mutilation and its effect on delivery outcomes in the Kassena-Nankana district of Northern Ghana. *Ghana Medical Journal*, 40(3), 87-92.
- Olaniran, A. (2013). The Relationship between Female Genital Mutilation and HIV Transmission in Sub-Saharan Africa. *African Journal of Reproductive Health*, 17(4), 156-160.
- OMS. (2002). *Integración de las perspectivas de género en la labor de la OMS*. Obtenido de World Health Organization: <http://www.who.int/gender/mainstreaming/ESPwhole.pdf>
- OMS. (Noviembre de 2013). *Derecho a la Salud*. Obtenido de Nota descriptiva N° 323: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs323/es/>
- OMS. (21 de noviembre de 1986). Carta de Ottawa para la promoción de la salud. *I Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud*. Ottawa.
- OMS. (6-12 de septiembre de 1978). Declaración de Alma-Ata. *Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud*. Almaty.
- Oppermann, M. (2000). Triangulation - A Methodological discussion. *International Journal of Tourism Research*, 4(2), 141-146.
- Organización de los Estados Americanos. (17 de noviembre de 1988). *Protocolo adicional a la Convención americana sobre derechos humanos en materia de derechos económicos, sociales y culturales. Protocolo de San Salvador*. Obtenido de Departamento de Derecho Internacional: <http://www.oas.org/juridico/spanish/firmas/a-52.html>
- Organización Mundial de la Salud. (Febrero de 2012). *Mutilación Genital Femenina*. Obtenido de Nota descriptiva N°241: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>
- Organización para la Unidad Africana. (11 de julio de 1990). *Carta africana sobre los Derechos y el Bienestar del niño*. Obtenido de ACNUR: <http://www.acnur.org/biblioteca/pdf/8025.pdf?view=1>

- Organización para la Unidad Africana. (27 de julio de 1981). Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul). *XVIII Asamblea de Jefes de Estado y Gobierno de la Organización de la Unidad Africana*. Nairobi.
- Pacquiao, D. (2003). “Cultura de los cuidados y género” y posterior debate. *Jornadas Internacionales de Cultura de los Cuidados* (págs. 9-11). Alicante: Consejo de Enfermería de la Comunidad Valencia (CECOVA).
- Pastor, M. (2014). *La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina : saberes para la disciplina enfermera*. Tesis Doctoral. Obtenido de TDR. Tesis Doctorales en Red: <http://www.tdx.cat/handle/10803/284894>
- Plaza del Pino, F. (30 de Julio de 2008). *Tesis Doctoral. Competencia Comunicativa Intercultural de los profesionales de Enfermería con pacientes inmigrantes musulmanes*. Almería: Universidad de Almería.
- RAE. (23 de marzo de 2014). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de Ablación: <http://lema.rae.es/drae/?val=ablaci%C3%B3n>
- RAE. (12 de marzo de 2014). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de Tortura: <http://lema.rae.es/drae/?val=tortura>
- RAE. (12 de enero de 2015). *Diccionario de la lengua española*. Obtenido de Poligamia: <http://lema.rae.es/drae/?val=poligamia>
- Rahman, A., & Toubia, N. (2000). *Female Genital Mutilation. A Guide to Laws and Policies Worldwide*. London & New York: Zed Books.
- Razzak, M. (2012). Sexual medicine: Pain and pleasure-reconstruction after female genital mutilation. *Nature Reviews Urology*, 9(9), 477.
- Rodríguez Luna, R., & Bodelón, E. (2011). *Las violencias machistas contra las mujeres*. Barcelona: Sevei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona.
- Rohrbach, C. (1998). Introducción a la Teoría de los Cuidados Culturales Enfermeros de la Diversidad y la Universalidad de Madeleine Leininger II. *Cultura de los Cuidados*, Año II(4), 1.
- Rouzi, A. (2010). Epidermal clitoral inclusion cysts: not a rara complication of female genital mutilation. *Human Reproduction*, 25(7), 1672-1674.
- Rouzi, A. (2013). Facts and controversies on female genital mutilation and Islam. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 18(1), 10-14.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. (2009). Green-top Guideline Female Genital Mutilation and its management. (53), 1-17.
- Rushwan, H. (2000). Female genital mutilation (FGM) management during pregnancy, childbirth and the postpartum period. *International Journal of Gynecology & Obstetrics*, 70, 99-104.

- Sagar, P. (2012). *Transcultural nursing theory and models: Application in nursing education, practice and administration*. New York: Springer Publishing Company.
- Sakeah, E., Beke, A., Doctor, H., & Hodgson, A. (2006). *Males' Preference for Circumcised Women in Northern Ghana*. Obtenido de <http://www.bioline.org.br/pdf?rh06025>
- Sequi, A., Touray, I., & Zuleyka, P. (2013). *La erradicación de la Mutilación Genital Femenina. Enfoques y perspectivas desde la cooperación internacional para el desarrollo*. Oviedo: O'DAM ONGD.
- Sharifa, A., Alsibiani, M., & Rouzi, A. (2008). Sexual function in women with female genital. *Fertility and Sterility*, 1.3.
- Simonelli, I., Barbieri, A., Beraldo, F., & Simonelli, F. (2013). Female genital mutilation between culture and health: a quanti-qualitative study. *Research and Best Practice*, 3(3), 90-97. Obtenido de http://clinhp.org/iframe/Vol3_Issue3_p90_97.pdf
- Spector, R. (2001). Valoración de la herencia cultural. *Cultura de los Cuidados*, V(9), 71-81.
- Teufel, K., & Dörfler, D. (2013). Female genital circumcision/mutilation: implications for female urogynaecological health. *International Urogynecology Journal*, 24, 2021-2027.
- The National Council for Childhood and Motherhood within the framework of Stop FGM campaign. (2003). *Cairo Declaration for the Elimination of FGM*. Obtenido de http://www.childinfo.org/files/fgmc_Cairodeclaration.pdf
- UNAF. (2012). *La MGF en España. Prevención e intervención*. Madrid: Unión de Asociaciones Familiares.
- UNAF. (2013). *Guía para Profesionales. La MGF en España. Prevención e Intervención*. Madrid: Unión Nacional de Asociaciones Familiares. Obtenido de UNAF- Unión Nacional de Asociaciones Familiares: <http://unaf.org/wp-content/uploads/2014/02/Guia-MGF.pdf>
- UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA. (2010). *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation*. Geneva: World Health Organization.
- UNESCO. (1990). Declaración Mundial sobre Educación para Todos y Marco de Acción para satisfacer las necesidades básicas de aprendizaje. *Conferencia Mundial sobre Educación para Todos*. Jomteín. Obtenido de http://www.unesco.org/education/pdf/JOMTIE_S.PDF

- UNESCO, OIC, ISESCO, ALECSO, the Danish Centre for Culture and Development and the Anna Lindh Euro-Mediterranean Foundation for the Dialogue between Cultures . (14-16 de June de 2005). *The Rabat Commitment*. Obtenido de UNESCO: http://www.unesco.org/dialogue/rabat/Rabat_Commitment.pdf
- UNICEF. (November de 2005). *Female Genital Mutilation/cutting. A statistical exploration*. Obtenido de United Nations Children's Fund: http://www.unicef.org/publications/files/FGM-C_final_10_October.pdf
- UNICEF. (30 de mayo de 2011). *Más de 6.000 comunidades en África abandonan la práctica de la mutilación genital femenina*. Obtenido de UNICEF: <http://www.unicef.es/sala-prensa/mas-de-6000-comunidades-en-africa-abandonan-la-practica-de-la-mutilacion-genital-femenin>
- UNICEF. (Julio de 2013). *Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. Obtenido de United Nations Children's Fund : http://www.unicef.org/media/files/FGCM_Lo_res.pdf
- Unión Africana. (2003). *Protocolo a la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Mujeres Africanas*. Maputo.
- United Nations. (1975). Report of the World Conference of the International Women's Year. *First World Conference*. Mexico. Obtenido de United Nations: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/otherconferences/Mexico/Mexico%20conference%20report%20optimized.pdf>
- United Nations. (1980). World Conference of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace. *Second World Conference*. Copenhagen. Obtenido de <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/otherconferences/Copenhagen/Copenhagen%20Full%20Optimized.pdf>
- United Nations. (1985). World Conference to review and appraise the achievements of the United Nations Decade for Women: Equality, Development and Peace. *Third World Conference*. Nairobi. Obtenido de <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/otherconferences/Nairobi/Nairobi%20Full%20Optimized.pdf>
- United Nations. (1995). Fourth World Conference on Women. *Fourth World Conference*. Beijing. Obtenido de <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/Beijing%20full%20report%20E.pdf>
- Utz-Billing, & Kentenich, H. (December de 2008). Female genital mutilation: an injury, physical and mental harm. *Journal of Psychosomatic Obstetrics & Gynecology*, 29(4), 255-299.

- 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*(6), 677-695.
- Wasunna, A. (2000). Towards Redirecting the Female Circumcision Debate: Legal, Ethical and Cultural Considerations. *McGill Journal of Medicine, 5*, 104-110.
- WHO. (2001). *Female Genital Mutilation. Integrating the Prevention and the Management of the Health Complications into the curricula of nursing and midwifery. A student's Manual*. Geneva: World Health Organization. Obtenido de World Health organization: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/RHR_01_17/en/
- WHO. (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet, 367*, 1835-1841.
- WHO. (2008). *Effects of female genital mutilation on childbirth in Africa*. Geneva: Department of Reproductive Health.
- WHO. (2010). Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries. *Bulletin of the World Health Organization, 88*, 281-288. Obtenido de Bulletin of World Health Organization: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/09-064808.pdf?ua=1>
- WHO. (2010b). *Men's and women's perceptions of the relationship between female genital mutilation and women's sexuality in three communities in Egypt*. Obtenido de Department of Reproductive Health and Research: http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.17_eng.pdf
- WISE. (July de 2010). *Female Genital Cutting: Harmful and Un-Islamic*. Obtenido de Women's Islamic Initiative in Spirituality and Equality: http://www.wisemuslimwomen.org/images/uploads/WISE-_Digest.pdf
- Wuest, S., Raio , L., Wyssmueller, D., Mueller, M., Stadlmayr, W., Surbek, D., & Kuhn , A. (2009). Effects of female genital mutilation on birth outcomes in Switzerland. *International Journal of Obstetrics and Gynaecology, 116*(9), 1204-1209.



DOCUMENTACIÓN ANEXA

ANEXO I

Cuestionario de información socio-demográfica.**• Datos socio-demográficos**

- Código:
- Edad: -Sexo:
- País de origen:
- ¿Práctica alguna religión? ¿Cuál?
- ¿Cuántos años lleva en España?
- Estado civil:
- Número de hijos/as. Sexo de hijos/as:
- Nivel de estudios:
- Situación laboral:

ANEXO II

Entrevista semiestructurada

Código:

Como le he explicado, este trabajo trata de explorar las preferencias y experiencias que los hombres procedentes de países en los que se realiza esta práctica, para conocer mejor el significado tanto cultural como religioso de la ablación. Por ello me gustaría poder hacerle una serie de preguntas a las que podrá responder libremente.

OPINIÓN LA SOBRE ABLACIÓN

- Me gustaría que comenzaran hablando sobre la Ablación o circuncisión femenina.
- Usted, como hombre de (país) ¿Qué piensa de la ablación/circuncisión femenina?
- ¿Qué significado tiene esta práctica para su cultura y para usted?
- ¿Qué motivos la justifican?
- ¿Esta mal vista que una mujer no sea circuncidada?
- ¿Conoces a alguna mujer que no tenga realizada la circuncisión? ¿Qué opinas sobre ella?
- ¿Cree que es buena para las mujeres? ¿Por qué?
- ¿Y para los hombres? ¿Por qué?
- ¿Qué papel cree que juega el hombre en esta práctica?
- ¿Es importante para usted?

TABÚ

- ¿Se podría decir que hablar de estos temas es tabú o está prohibido en el mundo de los hombres?

SEGUIR REALIZANDOLA

- ¿Se han planteado en su familia hacérsela a su hija? ¿Por qué?
- ¿Quién tomo esta decisión?
- ¿Cómo comprendió que la circuncisión era algo para las mujeres?
- ¿Cómo le explicarías a otro hombre que es mala para las mujeres?
- ¿Qué medios utilizarías?

CONOCIMIENTO DE LA ILEGALIDAD Y OPINIÓN SOBRE LA MISMA

- ¿Es legal realizar esta práctica en (país)?
- ¿Sabe que en España esta práctica es ilegal?
- ¿Qué piensa de que en España sea ilegal?
- ¿Cómo crees que la sociedad española tendría que responder ante esta práctica?

PREFERENCIAS

- ¿Preferiría casarse con una mujer circuncidada o sin circuncidar?
- ¿Y mantener relaciones sexuales? ¿Ha mantenido relaciones sexuales con una mujer que no estuviera circuncidada? ¿Qué diferencia existe?
- ¿Su mujer está circuncidada?

COMPLICACIONES

- Que su mujer esté circuncidada ¿le ha producido algún problema a la hora de mantener relaciones?
- ¿Conoce alguna mujer en su entorno a la que se le haya realizado?
¿Tiene algún problema de salud?
- ¿Conoce las complicaciones que puede tener una mujer a la que se le realiza esta práctica?

ANEXO III

UNIVERSIDAD DE
MURCIA

Vicerrectorado de Investigación
e Internacionalización



COMISIÓN DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN

INFORME DE LA COMISIÓN DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

Jaime Peris Riera, Catedrático de Universidad y Secretario de la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia

CERTIFICA:

Que D. Ismael Jiménez Ruiz ha presentado la tesis doctoral titulada "*Enfermería y Cultura: las fronteras del patriarcado en la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF)*", dirigida por la Dra. D^a. Pilar Almansa Martínez, a la Comisión de Ética de Investigación de la Universidad de Murcia.

Que dicha Comisión analizó toda la documentación presentada, y de conformidad con lo acordado el día 11 de marzo de 2013¹, por unanimidad se emite informe FAVORABLE desde el punto de vista ético de la investigación.

Y para que conste y tenga los efectos que correspondan, firmo esta certificación, con el visto bueno del Presidente de la Comisión, en Murcia 11 de marzo de 2013.

Vº Bº
EL PRESIDENTE DE LA COMISIÓN
DE ÉTICA DE INVESTIGACIÓN
DE LA UNIVERSIDAD DE MURCIA

Fdo.: Gaspar Ros Berruezo

¹ A los efectos de lo establecido en el art. 27.5 de la Ley 30/1992 de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del P.A.C. (B.O.E. 27-11), se advierte que el acta de la sesión citada está pendiente de aprobación

ANEXO IV

Carta de presentación del estudio.

Alumno/investigador responsable: Ismael Jiménez Ruiz, enfermero diplomado de Murcia y doctorando de la Universidad de Murcia.

Tutora y directora de Doctorado: Pilar Almansa Martínez, Profesora de la Facultad de Enfermería, Universidad de Murcia.

Con el siguiente estudio pretendemos comenzar a explorar las actitudes, preferencias y experiencias, que los hombres procedentes de países en los que se realiza la circuncisión femenina y que viven en España, tienen hacia esta práctica. El objetivo que buscamos con estas entrevistas es el de conocer más a fondo el significado tanto cultural como religioso de las mismas para poder llevar a cabo un dialogo más respetuoso entre ambas culturas. Para ello necesito su colaboración, mediante una entrevista de aproximadamente media 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, Ismael Jiménez Ruiz.

ANEXO V

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D., de años de edad, manifiesto que he sido informado, tanto en formato oral como en formato escrito, de los objetivos del estudio, así de cómo de la voluntariedad para participar en el estudio y de la confidencialidad y el anonimato con el que serán tratados los datos obtenidos en las entrevistas.

He sido también informado/a 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.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para que sean tratados y utilizados para cubrir los objetivos especificados en el proyecto.

Murcia, a ____ de _____ de 20__.

Fdo. D: