

Guia per a professionals

**MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA: PREVENCIÓ
I ATENCIÓ**

En fase de publicaci3n por el Institut Catal3 de la Salut

Mutilació genital femenina: (contraportada)

Prevenició i atenció

Guia per a professionals

GRUP DE RECERCA GIPE/PTP

Dpt. Antropologia Social i Cultural

Universitat Autònoma de Barcelona

www.mgf.uab.es

Coordinació Científica:

Adriana Kaplan Marcusán, Investigadora Principal

Bonaventura Bolibar Ribas - Metge Salut Pública

Pere Torán Montserrat - Metge de família

Investigadores:

Maria Hena Bedoya Muriel - Jurista

Kira Bermúdez Anderson - Pedagoga Social

Maria Jose Castany Fábregas - Metgessa de Família

Montse Danés Roca - Infermera

Marisol Fernández del Rio - Infermera

Juana Moreno Navarro - Infermera pediàtrica

Palmira Paulo Bruguete - Metgessa de família

Maria Jose Pérez Jarauta - Metgessa Salut Pública

Mercé Pérez Vera - Metgessa de família

Jordi Tomàs Guilera - Antropòleg

Bernadette Viñamata Pashkes - Pediatra

Equip de Suport

Marta Ruiz Nogueras - Suport Administratiu

Griselda Lacamara Escrich - Documentalista

Cristina Rademaker Font - Coordinadora

Sebastián Risler - Soporte Audiovisual

Equip Col·laborador

Carles Besalú Costa - Infermer

Adama Bojang - Mediadora intercultural en salut

Isabel González Castillos - Educació en salut

Carme Martí Gaudés - Pediatra

Eliana Mongui Avila- Metgessa cirurgiana

Julio Morais. - Infermer tropicalista

Aissatou Soumboundou - Mediadora intercultural

Disseny: Dario Grossi

Il·lustracions: Víctor Miró

Fotografia: Marc Undebarrena

Impressió:

1ª Edició: Gener 2004

2ª Edició català:

Traducció: Secretaria de Política Lingüística, Generalitat de Catalunya

COORDINACIÓ (de l'edició en català)¹

- Adriana Kaplan Marcusán. Antropòloga, investigadora del programa Ramón y Cajal. Departament d'Antropologia Social, Universitat Autònoma de Barcelona. Direcció del Projecte IDIL/DAPHNE a Espanya.
- María José Pérez Jarauta. Metgessa especialista en Educació per a la Salut. Institut de Salut Pública de Navarra.

AUTORES

- María Helena Bedoya Muriel. Advocada i Criminòloga. Centre d'Informació per a Treballadors Estrangers (CITE). Barcelona.
- Kira Bermúdez Anderson. Pedagoga Social. Barcelona.
- Josefina Goberna Tricas. Llevadora i Sociòloga. Unitat docent de Llevadores de Catalunya, Escola d'Infermeria. Universitat de Barcelona.
- Adriana Kaplan Marcusán. Antropòloga. Departament d'Antropologia Social i Cultural, Universitat Autònoma de Barcelona. Barcelona.
- Cristina Martínez Bueno. Llevadora i Pedagoga. Associació Catalana de Llevadores. Institut Català de la Salut. Barcelona.
- Juana Moreno Navarro. Infermera pediàtrica, Institut Català de la Salut. Mataró-Maresme.

¹ Coordinació primera edició castellana 2003: Adriana Kaplan i Cristina Martínez.
Revisió de l'edició en català: Josefina Goberna Tricas i Jordi Tomàs Guilera

- María José Pérez Jarauta. Metgessa especialista en Educació per a la Salut. Institut de Salut Pública de Navarra.
- Marta Xivillé Solé. Llevadora. Associació Catalana de Llevadores. Institut Català de la Salut. Barcelona.

Agraïm la revisió de la *Guia* a les persones següents:

B.Bolibar, A.Bojang, M.Bundó, P. Broto, M.Bruguera, C. Calza, M.J Castany, MC. Celada, F.Camps, M.Danés G. Fajó, , M.Fernández del Rio, A.Fontanills, E. Galeano ,M. Gibert, E. González, I.González, G.Jiménez,E.Just, G.Lacamara, JL. López, A. Llorens, P. Navarro, P.Paulo, M.Pérez, G. Rebollo, M. Ruiz, A.Sounboundou, P.Torán, N.Viñamata.

ÍNDEX

PRESENTACIÓ

1.- INTRODUCCIÓ

2.- MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA

2.1- TERMINOLOGIA I ABORDATGE CONCEPTUAL

2.2- TIPOLOGIA

2.3- DISTRIBUCIÓ GEOGRÀFICA DE LES MGF A ÀFRICA

2.4- MARC ANTROPOLÒGIC

2.5- CONSEQÜÈNCIES DE LA MGF PER A LA SALUT DE LA DONA

3.- ROL DELS/ DE LES PROFESSIONALS

3.1- ENTREVISTA DE LA DONA AMB MGF

3.2- DIÀLEG I MEDIACIÓ INTERCULTURAL EN LA MGF

4.- ATENCIÓ EN SALUT

4.1- ATENCIÓ SEXUAL I REPRODUCTIVA

4.2- ATENCIÓ EN L'EDAT PEDIÀTRICA

5.- EL PAPER DE L'ESCOLA EN LA PREVENCIÓ DE LA MGF

6.- MARC LEGAL DE LA MGF

BIBLIOGRAFIA

ANNEX

PRESENTACIÓ

Aquesta *Guia* és un material d'ajuda destinat principalment a professionals d'atenció primària, amb l'objectiu de contribuir a la prevenció de la mutilació genital femenina (MGF).

Es va iniciar dins del Projecte IDIL (*Instruments to develop the integrity of lasses- Instruments per protegir la integritat de les nenes*), del Programa DAPHNE 2000-2003 de la Direcció General de Justícia i Afers Socials de la Comissió Europea, i va permetre una primera publicació en castellà, coordinada conjuntament amb l'Associació Catalana de Llevadores.

Aquesta edició en català s'emmarca actualment en el Projecte d'investigació aplicada "Les mutilacions genitals femenines a Espanya: processos d'aculturació i integració social. Formació i prevenció des dels Serveis d'Atenció Primària". L'equip de treball es el GIPE/PTP,² grup de recerca del Departament d'Antropologia Social i Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

El projecte en el seu conjunt es planteja des d'una perspectiva longitudinal (s'inicia en 1989) circular i transnacional (origen i destinació). A Espanya, inclou dues línies de treball relacionades: una, amb l'estudi d'intervencions preventives en casos i famílies subsaharianes implicades i, l'altra, amb la formació de professionals d'atenció primària preparats per prevenir i tractar adequadament el problema. A Gàmbia, és la nostra intenció posar a prova la metodologia "Iniciació sense Mutilació". La proposta es un ritual alternatiu que manté la transmissió cultural i la pertinència social, eliminant la part física on es produeix la MGF. L'iniciació al coneixement, i la construcció de la seva identitat ètnica i de gènere continuen acomplint la seva funció social.

² GIPE/PTP: Grup Interdisciplinar per a la Prevenció i l'Estudi de las Pràctiques Tradicionals Perjudicials.

La presència de dones i famílies africanes a Espanya, majoritàriament a Catalunya, procedents de diversos països on es practica la MGF, fa necessari el desenvolupament d'actuacions per a la prevenció en els diferents àmbits: sanitari, social, educatiu, policial i judicial, en què incideix.

La *Guia* es dirigeix doncs a professionals de la salut, de l'educació i dels àmbits social, policial i judicial.

L'objectiu és oferir coneixement i reflexió des de plantejaments antropològics, sanitaris, socials, educatius i jurídics sobre la MGF perquè, juntament amb una formació més àmplia sobre el tema, les persones professionals puguin intervenir de manera eficaç, reflexiva i professional en la prevenció de les MGF. Des d'una perspectiva científica, pretenem donar una visió àmplia fonamentada en una defensa dels drets humans i en un diàleg respectuós, sense prepotència.

A la *Guia* s'aborden tres grans temes:

- Una part teòrica, a l'apartat 2, "Les mutilacions genitals femenines", on es contextualitza etnogràficament i es descriuen el tema i les conseqüències.
- Una part pràctica, apartats del 3 al 5, el primer dels quals es dedica al *Rol de les persones professionals* en aquest tema, i inclou el diàleg i la mediació intercultural. Els dos següents es dediquen a la intervenció en els diferents àmbits: *Atenció a la salut, tant sexual i reproductiva com atenció a l'edat pediàtrica* i *El paper de l'escola en la prevenció de les MGF*.
- Una part que es refereix al *Marc legal de la MGF*, a l'apartat 6.

Les visions distorsionades i les reaccions polaritzades que es generen a la nostra societat sobre les MGF i altres temes associats a la immigració i al gènere no ajuden a afrontar-les amb l'eficàcia que caldria per aconseguir una millora en les condicions de vida i de salut d'aquestes nenes i dones. En el cas de les filles de la migració africana, la prevenció, a més, hauria de promoure processos que facilitessin una socialització infantil que garantís la seva integració social a Espanya i la conquesta dels seus drets.

És en aquesta línia de pensament i acció que creiem que s'emmarca la *Guia* i esperem que pugui servir d'ajuda als professionals.

Adriana Kaplan Marcusán
Investigadora Principal
GIPE/PTP

1.- INTRODUCCIÓ

La comunitat internacional, a través de diverses agències de Nacions Unides (OMS, FNUAP, UNICEF, entre altres) i la Unió Europea, s'ha pronunciat sobre les mutilacions genitals femenines (MGF) en diversos fòrums, convencions i declaracions sobre els drets humans, els drets de les dones i els drets dels infants. Aquestes pràctiques ancestrals han estat prohibides per alguns governs africans, encara que de moment no hi hagi cap legislació. Només alguns països, entre els quals hi ha Senegal, Mali, Mauritània o Ghana, han aprovat al parlament lleis sancionadores específiques. Tanmateix, hem de tenir en compte que, encara que sigui un avenç important, les estratègies plantejades per a l'eradicació d'aquestes pràctiques comporten fonamentalment una transformació social, religiosa i cultural més àmplia, que ha d'arribar a les pròpies arrels culturals i a les relacions de gènere, i no tan sols a través de prohibicions legals o decrets, que difícilment són respectats, acatats i executats, sobretot a les zones rurals, on resideix majoritàriament la població femenina.

Així, veiem a la taula 1 que, encara que gairebé la meitat dels països africans, amb diferent prevalença de MGF, han legislat sobre el tema, la pràctica continua. El cas d'Etiòpia, amb una prevalença del 85%, on la prohibició s'expressa a la mateixa Constitució, és un clar exemple de la necessitat de desenvolupar activitats d'informació i prevenció a les comunitats afectades, a l'empara d'un marc jurídic adequat.

L'arribada a Espanya, a partir dels anys 80, de famílies procedents de països de l'Àfrica subsahariana fa que es descobreixin realitats culturals diferents i que s'evidenciïn pràctiques tradicionals perjudicials per a la salut de la dona.

Els primers casos es van detectar a Catalunya a començaments de l'any 1993 i van ser denunciats per personal sanitari. Les sentències van absoldre els pares al·legant "*la no intencionalitat de lesionar i error de prohibició*". Una mediació antropològica va permetre una comprensió del ritual i de la ignorància dels pares davant la legislació espanyola, però també va aconseguir un compromís de la comunitat africana immigrant que no es realitzarien aquestes pràctiques aquí, perquè la llei ho prohibeix. Des de llavors no es coneixen "iniciacions" a Espanya, encara que algunes famílies aprofiten els viatges de vacances als països d'origen per realitzar la pràctica. Cal assenyalar també que les nenes nascudes en territori espanyol NO són espanyoles, sinó que tenen la nacionalitat dels pares i estan subjectes a la situació jurídica del cap de família. Aquesta precarietat legal és determinant ja que dificulta un projecte estable al país

d'acollida, i els processos d'adaptació i integració social es fan més complexos i poc sostenibles.

TAULA 1.- Prevalença i Legislació de la MGF a Àfrica

País	Prevalença (%) (1)	Any de comprovació de prevalença (1)	Any en què es legisla la prohibició de la MGF (2)
Benín	50	1996	
Burkina Faso	72	1999	1995
Camerun	20	1998	
Rep.Centreafricana	43	1994	
Txad	60	1996/97	
Costa d'Ivori	43	1994	
Rep.Dem. del Congo	5	No conegut	
Djibouti	98	No conegut	1995
Egipte	97	1995	1997 Decret Ministerial
Eritrea	95	1995	
Etiòpia	85	1984/1990	Constitució
Gàmbia	80	1985	
Ghana	30	1998	1994
Guinea	99	1999	1985
Guinea-Bissau	50	1990	
Kenya	38	1998	2001
Libèria	60	1986	
Mali	94	1996	2002
Mauritània	25	1987	2001
Níger	5	1998	2002
Nigèria	40-50	Diversos anys	
Senegal	20	1999	1999
Sierra Leone	90	1987	1997
Somàlia	98-100	1982-1993	
Suen	89	1990	

Tanzània	18	1996	1998
Togo	12	1996	1998
Uganda	5	1995/96	
Iemen	23	1997	

(1) Font: OMS- Gener 2001. (2) Font: Comitè Interàfricà (IAC)- Juny 2002.

2- MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA

2.1- TERMINOLOGIA I ABORDATGE CONCEPTUAL

Circumcisió femenina, mutilacions genitals femenines, talls genitals femenins, *sunna*, cirurgia genital femenina, clitoridectomia, operació, pràctica tradicional? Els termes utilitzats són diversos i encara que s'entén de què va, només amb una anàlisi conceptual, necessàriament breu, ens farem una idea dels continguts de cada un, de qui en parla i des d'on ho fa.

Durant molt temps, fins i tot en l'actualitat, per anomenar aquest tipus d'intervencions s'ha fet servir el terme *circumcisió*, que fa referència també a la dels nens, com a ritual iniciàtic a l'edat adulta. És una expressió que no destil·la violència o agressió, sinó que l'equipara a una pràctica cultural exercida sobre ambdós sexes. Des de posicions relativistes es continua defensant l'ús de la paraula circumcisió, al costat d'altres com *operació* o *pràctiques tradicionals*. La pròpia població musulmana que la practica, s'hi refereix com *sunna* o bé remet en al terme utilitzat en la llengua autòctona: per exemple, en mandinga és *ñyaka* i en somali és *gudniin gadbahaada*, que té una càrrega més simbòlica i menys emocional. Altres termes utilitzats entre algunes ètnies africanes són "obert" o "tancat".

Des d'àmbits acadèmics, el terme més utilitzat ha estat *Female Genital Cutting* (FGC), que podríem traduir com *Talls Genitals Femenins*. Autores que provenen de les ciències socials s'estimen més parlar de FGC com una forma més respectuosa de referir-se, no a la intervenció, sinó a la població que l'executa. Contempla els tres tipus d'operació descrits més endavant i evita l'estigmatització, la barbaritat o els judicis morals. En aquest mateix sentit es pronuncien alguns professionals de les ciències de la salut. En altres contextos sanitaris (com a Egipte), es reivindica la intervenció com una pràctica mèdica dins de l'especialitat de *Cirurgia Genital Femenina*.

Des de posicions més feministes i defensores dels drets humans, es proposa el terme *Mutilacions Genitals Femenines* (MGF), que canvia no tan sols l'orientació terminològica sinó també la conceptual. S'entén que aquest tipus de pràctiques atempta contra la integritat física i psíquica de les dones i les nenes, i defensa que és l'amputació d'una part funcional i sana de l'organisme femení. A partir d'aquest moment, en alguns fòrums internacionals i des del propi Comitè Interafricà, es parla de MGF. En ocasions, i per respecte a les cultures afectades per aquestes pràctiques, s'utilitza el terme "*Pràctiques tradicionals*

perjudicials que afecten la salut de les dones i les nenes", com a concepte que defineix una acció.

Dins d'aquesta *Guia* ens referirem a MGF, ja que és el terme utilitzat als fòrums internacionals i perquè constitueix un tipus de pràctica considerada una agressió a la integritat de les dones i les nenes.

2.2- TIPOLOGIA

L'OMS (1998) elabora la tipologia següent:

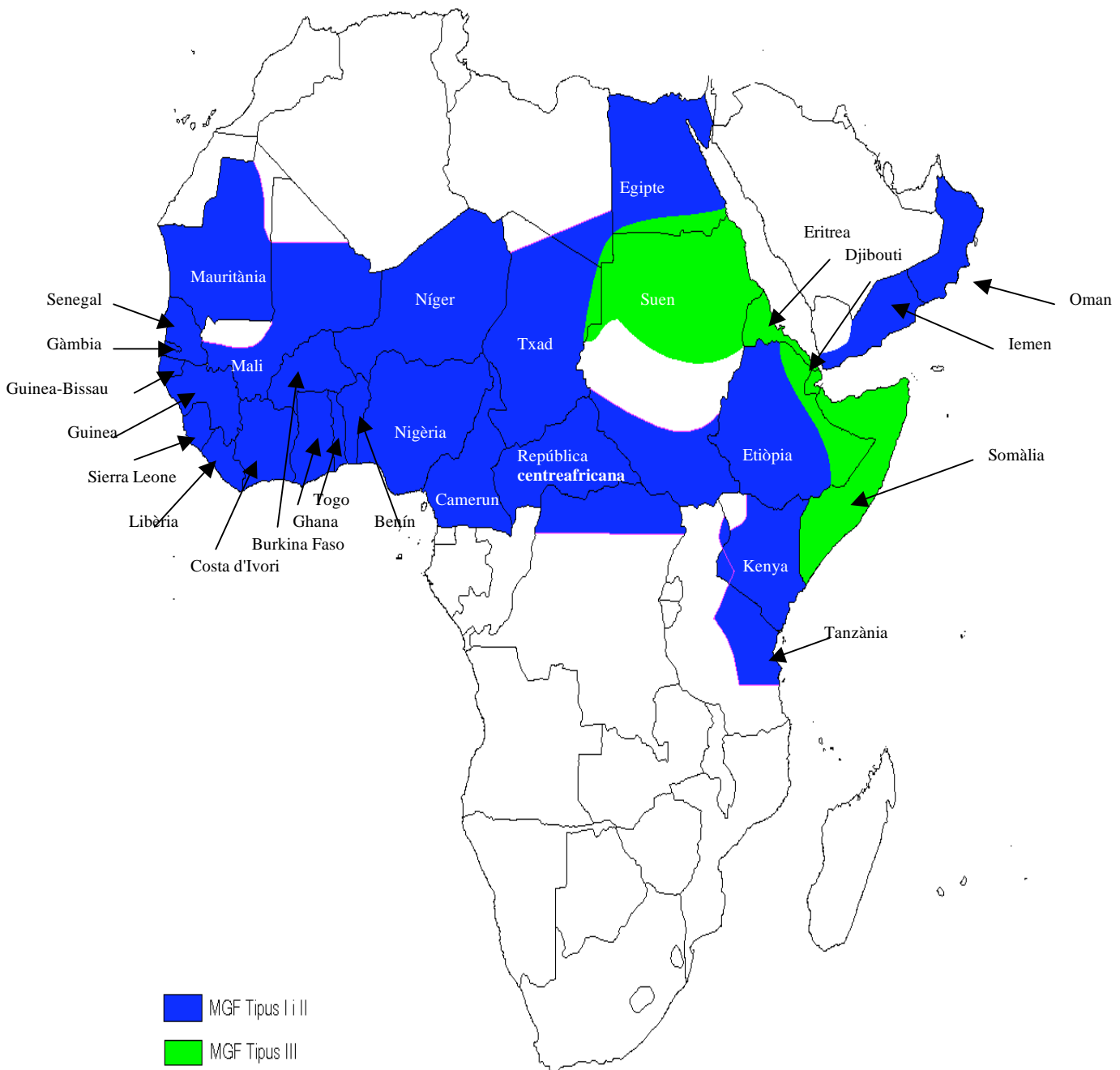
Tipus I- Clitoridectomia: eliminació del prepuci del clítoris. Al món islàmic es coneix com *sunna* i és equivalent al que amb freqüència s'anomena circumcisió, i que a Àfrica equiparen a la circumcisió masculina.

Tipus II- Excisió: ablació del clítoris i dels llavis menors, total o parcial; es deixen els llavis majors intactes.

Tipus III- Infibulació: excisió del clítoris, la totalitat dels llavis majors i menors, i la sutura d'ambdós costats de la vulva. Es deixa un petit orifici que permet la sortida de l'orina i la sang menstrual. En algunes ocasions, es deixa l'interior dels genitals intactes, i se suturen les parets de la vulva.

Tipus IV: D'altres (pírcing, dry sex, etc.)

2.3- DISTRIBUCIÓ GEOGRÀFICA DE LES MGF A ÀFRICA



MGF Tipus I i II

MGF Tipus III

2.4- MARC ANTROPOLÒGIC

Les MGF, és a dir, la clitoridectomia, l'ablació/excisió i la infibulació són pràctiques ancestrals esteses en molts pobles africans, tot i que no exclusivament, que tenen profundes arrels socials i culturals. Una de les raons principals que addueixen les dones que mantenen, reivindiquen, defensen i executen aquesta pràctica té a veure amb una qüestió d'higiene: una dona circumcidada és una dona neta. Als homes també se'ls circumcidat per una qüestió d'higiene: un home circumcidat és un home net. Una de les diferències fonamentals que hi ha entre ambdues circumcisions prové del caràcter religiós que aquestes cultures confereixen a cada una. La circumcisió masculina diuen que és una obligació de l'Alcorà i per tant té caràcter preceptiu. Tots els homes musulmans estan circumcidats, igual que els jueus, mentre que no totes les dones musulmanes ho estan. La circumcisió femenina és una *sunna*, és a dir, forma part de la tradició i només té caràcter de recomanació i no és obligatòria. És important ressaltar que és una pràctica *preislàmica* i que l'Alcorà no hi fa menció ni al·lusió en cap versicle, a diferència de la Bíblia, que sí que ho fa per als homes, a l'Antic Testament (Gènesi, Levític, Deuteronomi, Èxode, etc.). Val la pena indicar que una cosa és l'obligatorietat social, com per exemple la infibulació entre les dones jueves falaiques d'Etiòpia o entre les coptes cristianes d'Egipte.

D'altra banda, també cal precisar que ni en tots els països africans es practica la MGF, ni tots els grups ètnics d'un mateix país la duen a terme, com per exemple a Senegal, on gran part de la població és wòlof i no la fan. Tanmateix, en recents estudis duts a terme a Gàmbia, s'ha trobat que poblacions que tradicionalment no practicaven la MGF, en entrar en contacte amb altres grups (que sí que la fan) i establir-se territorialment als seus pobles, han començat, com a part d'un procés d'adaptació més ampli, aquestes iniciacions rituals.

En termes culturals i socials, la "circumcisió", tant femenina com masculina, forma part del ritual del pas a l'edat adulta. Això significa que aquest ritual és imprescindible per al futur accés dels nens i les nenes al món dels adults, independentment que es parli d'una pubertat social i no fisiològica.

I, com a moltes cultures, aquest món està clarament definit i diferenciat entre el món secret de les dones i el món secret dels homes. La circumcisió és una "marca" que porten tota la vida, i simbolitza que la seva unió al grup també serà per a tota la vida. És una qüestió de cohesió social i pertinença, ets a dins o a fora.

Per això, és fonamental emmarcar la significació del ritual d'iniciació en el seu ampli context africà. A partir de la descripció etnogràfica dels continguts, s'aborden els aspectes específics que afecten les dones.

Contextualització del ritual d'iniciació

La significació d'aquests rituals d'iniciació és complexa i cada una de les fases està pautada culturalment per uns elements, uns personatges i uns continguts rituals específics. El *kaseo* (iniciació masculina) i el *ñyaka*³ (iniciació femenina) signifiquen el pas de la infantesa a la pubertat, primer estadi de la vida adulta. En ambdós casos hi ha les tres fases del ritual de pas: separació, marginació i agregació.

En la primera fase, de separació, les nenes i els nens són apartats de la comunitat i circumcidats. La ruptura amb l'etapa anterior, la infantesa, està marcada pel tall del prepuci o l'excisió del clítoris, la sang i el dolor.

La segona fase, de marginació, té una durada que depèn del temps de cicatrització de la ferida i del procés d'aprenentatge dels iniciats. En el cas del tall del prepuci del penis és de dues a tres setmanes, mentre que en l'excisió del clítoris i/o infibulació es prolonga entre dues i vuit setmanes, segons el tipus d'operació. És un període d'alt risc, envoltat de cures i normes estrictes que es concreten en tabús, prescripcions i prohibicions especials referides a les cures, la higiene, l'aliment, la roba i el moviment en general. És en aquesta fase on les iniciades fan l'aprenentatge, on els són transmesos els ensenyaments sobre el món adult, que aglutinen la riquesa cultural i social del seu poble.

En la tercera fase, d'agregació, se celebra una gran festa de "graduació" on es presenten públicament les iniciades com a nous membres, amb els nous rols i les categories socials i, d'aquesta manera, també són públicament reconegudes, legitimades i acceptades per la comunitat com a noves integrants de la societat secreta de les dones. Els nens, per la seva part, entren a formar part del grup dels homes.

Els personatges rituals encarregats de dur a terme la iniciació tenen el mateix rol i reconeixement en el cas de les dones que en el dels homes, legitimats sempre pels més ancians del poble. Cada un rep un nom i té unes funcions

³ Els termes utilitzats són en llengua mandinga, majoritària a Gàmbia i àmpliament difosa a Guinea Bissau, Mali (bambara), Sierra Leone (mandé) i a la regió de la Casamance, al sud de Senegal.

específiques. S'assenyala i es descriu aquí el rol de *Ngnangsimbah*, que significa "mare/pare" dels iniciats. És una persona anciana que encapçala el grup i té la funció de supervisió i *Guia* espiritual; és qui fa l'operació i qui és responsable de l'ordenació, el desenvolupament i el compliment del ritual. És una de les persones més respectades i temudes del poble, a qui atribueixen poders sobrenaturals, és a dir, que sol ser *kufanungte*, cap gran, aquell que pot captar la presència de mals esperits. Les dones que executen aquesta operació han estat instruïdes per les seves mares i les seves àvies, i pertanyen a l'estament social dels ferrers; a les zones rurals, aquestes dones solen ser també les llevadores tradicionals que atenen els naixements i cuiden les mares i els nounats durant els primers dies posteriors al part.

Durant la iniciació, els nens i les nenes, han de passar proves específiques i ensenyaments morals i socials. Es transmeten, amb fermesa i severitat, les normes de comportament respecte als pares, als grans, als ancians, i a les formes de relació entre els gèneres.

Aprenen com asserenar els altres i quins seran, a partir del moment en què s'incorporin socialment com a individus adults, els seus drets i les seves obligacions dins la societat. També se'ls ensenya quines han de ser les seves relacions amb els altres grups ètnics, basades en llegendes que parlen de les interrelacions històriques, i en l'establiment de llaços de solidaritat.

Dins dels ensenyaments hi ha una part important de llenguatge no verbal que només podrà ser interpretat per algú que pertanyi al mateix grup secret, com els gests, el *lenjengo* (les danses) i el *kijo* (percussió). És el que s'anomena la diferenciació dels sabers.

Els rituals d'iniciació, com hem vist, no són rituals de pubertat física, perquè no coincideixen amb la pubertat fisiològica, sinó amb una pubertat social, les edats de la qual varien en funció del sexe, de les ètnies, de la localització territorial i de la densitat demogràfica dels grups. A Senegàmbia, àrea de procedència de la població migrant africana majoritària a Espanya (vegeu plànol pàg. 19), les nenes actualment són iniciades quan tenen entre quatre i set anys tot i que, segons l'ètnia, a algunes se les sotmet al ritual quan són més petites, però sempre abans de la primera menstruació.

El sentiment de pertinença al qual estaran lligades durant la resta del cicle vital, atorga uns senyals d'identitat pròpia, avalats per unes empremtes físiques inesborrables, permanents i inalterables, que portaran tota la vida, i per uns aprenentatges propis que caracteritzen i diferencien cada un dels grups i que

constitueixen el primer esglaó de la construcció de la identitat ètnica i de gènere.

Què ens diu la tradició? Raons per al manteniment de la MGF

Les raons que addueixen les pròpies dones africanes per continuar la pràctica, majoritàriament la clitoridectomia i l'excisió (tipus I i II), i que elles entenen com "raons pràctiques" són les següents: la higiene, l'estètica, facilitar el part, promoure la cohesió social, prevenir la promiscuïtat, augmentar les oportunitats matrimonials, preservar la virginitat, mantenir la dona allunyada dels homes, potenciar la fertilitat, mantenir una bona salut i prevenir el naixement de nens morts en les primigràvides, ja que creuen que si el nen, en néixer, toca amb el cap el clítoris, pot morir o patir algun trastorn mental. En realitat, no hi ha cap justificació explícita de l'acció sinó que senzillament ho fan; procedeixen directament a la seva realització. I en tot cas, quan se'ls pregunta, remetent a la tradició, a la religió, addueixen raons estètiques (pot créixer massa), sanitàries (és més net) i de protecció (de la virginitat).

Quines estratègies es plantegen als països d'origen?

Si coneixem les raons que la pròpia població addueix per al manteniment de la MGF, veiem que és possible modificar-les i que cal insistir en les conseqüències visibles i freqüents que aquestes operacions comporten, com l'esterilitat, les infeccions i les hemorràgies que pot causar la ferida. Una altra estratègia ha de tenir com a objectiu realitzar una tasca comunitària on els homes puguin participar, ser informats i prendre consciència de la seva responsabilitat davant d'aquest tipus de problemes que afecten i incideixen directament en la salut de les seves dones i les seves filles, que també repercuteix en el benestar de la comunitat i que produeix conseqüències socioeconòmiques i psicològiques per al grup familiar.

Algunes experiències recents a Àfrica (Kenya i Tanzània principalment) estan demostrant que és possible mantenir l'estructura ritual de la segona i la tercera fase (marginació i agregació), i eliminar la part física sense necessitat d'eliminar completament el sentit ritual d'iniciació, que és atorgar una identitat ètnica i de gènere als membres de la societat. D'altra banda, involucrar els homes en la decisió està aportant grans avenços per a l'eradicació d'aquesta pràctica.

La MGF i els conflictes en el procés d'integració social al lloc d'arribada

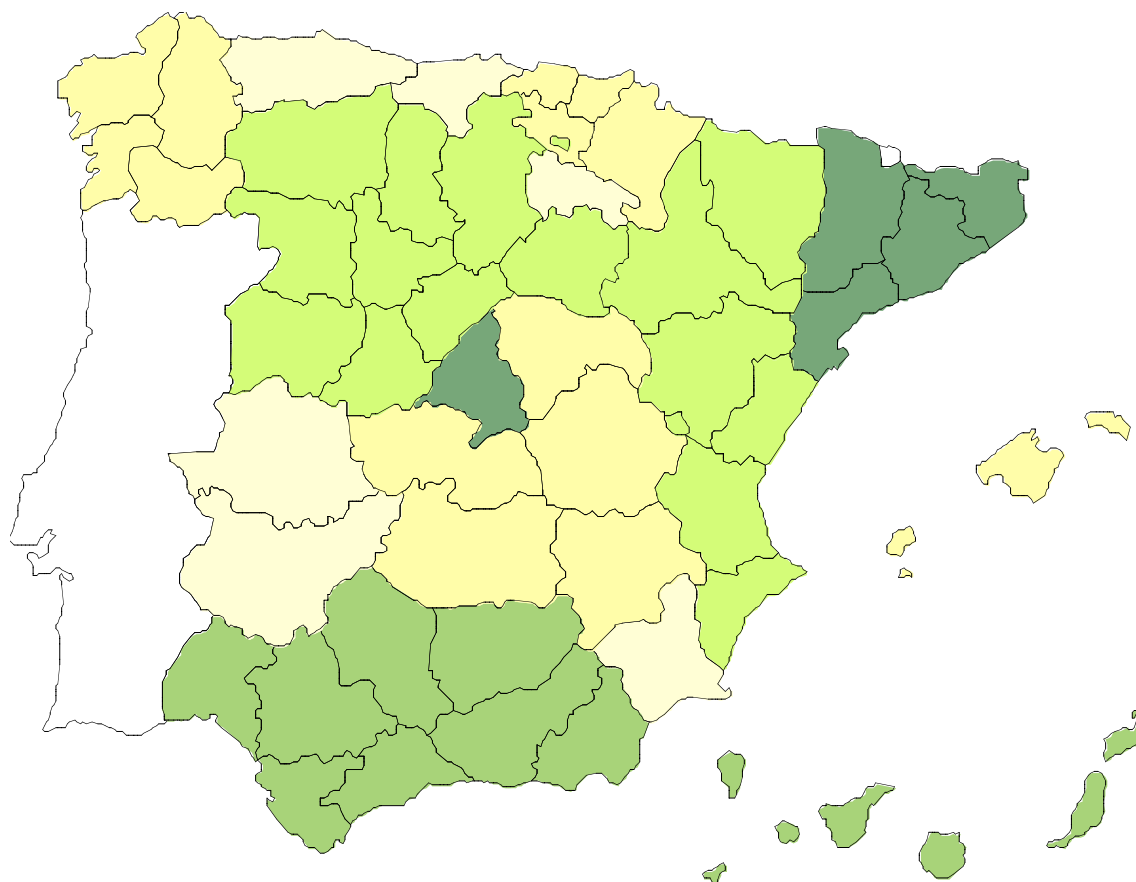
Les intervencions realitzades principalment en els àmbits sanitaris, educatius i socials, tant a Espanya com en altres països europeus, es troben amb conflictes que dificulten l'efectivitat de la tasca duta a terme:

- Conflictes de lleialtat a les persones grans en les societats gerontocràtiques d'origen, on els ancians i les ancianes tenen el poder i representen i legitimen la reproducció de la tradició.
- La incertesa pel que fa a la seva estabilitat juridicoadministrativa a Espanya.
- Consideren que no es tenen en compte altres problemes que per a elles són prioritaris: de caràcter laboral, residencial, legal, d'habitatge, de violència domèstica, escolar, etc.
- L'existència d'una violència simbòlica difosa pels mitjans de comunicació a través d'imatges i paraules.
- Debat entre integració versus estigmatització, per la via de la criminalització, que no contribueix gaire a un procés d'aculturació selectiva, que generaria una reflexió més profunda sobre el futur de les seves filles.
- El mite del retorn és present i incideix directament en el procés de socialització infantil i de construcció de la identitat ètnica i de gènere.

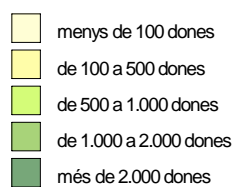
Es fa, doncs, imprescindible una tasca interdisciplinària de caràcter preventiu que permeti dissenyar estratègies encaminades a l'eradicació d'aquestes pràctiques. Fa falta una feina conscient, reflexiva i rigorosa, d'informació, formació i sensibilització, tant a les comunitats directament afectades com als col·lectius professionals de primera línia que treballen amb la població migrant: sanitaris, educatius i del treball social.

En el cas d'Espanya, hi ha una realitat ètnica (majoritàriament de l'Àfrica Occidental), una distribució geogràfica (bàsicament Catalunya, Aragó, Andalusia i Canàries) i un nombre accessible de població, que haurien de permetre una sensibilització privilegiada.

DISTRIBUCIÓ PER CCAA DE DONES DE NACIONALITATS SUBSAHARIANES A ESPANYA



Dones residents de nacionalidad subsahariana
CA, 2001



Elaboració: Kaplan, A.; Merino, M. i Franch, M. (2002 (op.cit)) Font: a partir de dades de l'Observatori Permanent de la Immigració. Ministeri de l'Interior, 2001.

DISTRIBUCIÓ PER COMUNITATS AUTÒNOMES DE DONES DE NACIONALITATS SUBSAHARIANES A ESPANYA

	total	%		total	%
CATALUNYA	4.723	33,69	NAVARRA	103	0,73
MADRID	4.012	28,62	ASTÚRIES	93	0,66
ANDALUSIA	1.427	10,18	MÚRCIA	84	0,60
CANÀRIES	1.094	7,80	LA RIOJA	68	0,49
ARAGÓ	743	5,30	EXTREMADURA	64	0,46
COM. VALENCIANA	589	4,20	CANTÀBRIA	55	0,39
CASTELLA I LLEÓ	534	3,81	CEUTA	7	0,05
PAÍS BASC	340	2,43	MELILLA	5	0,04
GALÍCIA	232	1,65	No consta	8	0,06
BALEARS	194	1,38			
CASTELLA-LA MANXA	131	0,93	TOTAL	14.506 dones	

S'ha de tenir en compte que no en tots els països de l'Àfrica subsahariana es practiquen les MGF. Per exemple, a la Comunitat de Madrid, tot i que hi ha una població de dones subsaharianes important, la majoria procedeix de països on no es practica la MGF (Guinea Equatorial, Cap Verd).

2.5- CONSEQÜÈNCIES DE LA MGF PER A LA SALUT DE LA DONA

Les conseqüències de la MGF són nombroses, tant a mig com a llarg termini. En la majoria de casos el grau de mutilació condiona el tipus de complicació que es pot presentar; sempre són més greus en el cas de dones infibulades.

Conseqüències immediates

La regió vulvar és rica en vascularització i inervació. L'ablació del clítoris i dels llavis menors provoca un intens *dolor*, que sol anar acompanyat de sensació de *por i angouxa*. El dolor, en molts casos, dificulta la micció i per tant condiona una retenció de l'orina (*retenció urinària reflexa*).

Tanmateix, l'amputació del clítoris produeix una hemorràgia que en alguns casos esdevé molt greu, arribant fins i tot a causar la mort per *xoc hipovolèmic*.

Com que moltes vegades la intervenció es fa amb material quirúrgic mal esterilitzat o senzillament no esterilitzat, s'ocasionen *infeccions locals* de la ferida que en alguns casos poden conduir a una *septicèmia mortal*.

Conseqüències a mig i llarg termini

a) Complicacions generals

Com ja hem esmentat, la MGF s'efectua habitualment en condicions higièniques deficitàries. Són freqüents, per tant, *les infeccions vulvars, urinàries i ginecològiques*, fins i tot pot aparèixer *tètanus, hepatitis o infecció per l'HIV*. Les seqüeles ginecològiques poden persistir en el temps i ocasionar *esterilitat o infertilitat*.

L'hemorràgia que es produeix com a conseqüència de la mutilació, afegida als problemes d'alimentació deficient i a les anèmies hereditàries, habituals en algunes zones de l'Àfrica, poden provocar una *anèmia severa*.

Alguns autors fan esment a complicacions psicològiques a mig i llarg termini: sentiments d'humiliació, vergonya o terrors nocturns. També és poden arribar a produir trastorns mentals com *angoixa i depressió*.

b) Complicacions obstètriques, sexuals i ginecològiques

Segons el grau de mutilació, les nenes i les dones poden desenvolupar problemes genitals i urinaris més o menys greus, a mig i llarg termini.

Complicacions obstètriques

Les complicacions a l'hora del part depenen del grau de mutilació. En el cas de la *Clitoridectomia (Tipus I)*, les complicacions són poc freqüents, tot i que són possibles els esquingos de la cicatriu.

En els tipus II i III, atesa la importància de l'extirpació de teixits i a la formació de cicatrius de tipus queloide i de quists dermoides, la zona perineal és poc elàstica i presenta dificultats per dilatar-se durant el període expulsiu. Fins i tot practicant l'episiotomia és habitual que es produeixin *estrips de la zona perineal*.

Les cicatrius i els quists desfiguren l'anatomia habitual i això dificulta el sondatge vesical de les dones a l'hora del part. La retenció d'orina en el postpart afavoreix les *infeccions urinàries* i les *hemorràgies per atonia de l'úter*.

Complicacions sexuals i ginecològiques

El clítoris és la part més sensible dels òrgans sexuals femenins. Després d'extirpar-lo *de forma parcial o total*, hi ha inevitablement una *modificació de la sensibilitat sexual*, que en molts casos dificulta o impedeix aconseguir l'orgasme.

Una dona a qui li han practicat una *infibulació (tipus III)* ha d'orinar gota a gota, per tal d'aconseguir un buidament complet de la bufeta de l'orina pot tardar fins a 15 minuts. Com que la micció és dolorosa, de vegades la dona es resisteix a beure líquids. Com a conseqüència, són freqüents les *infeccions de les vies urinàries*. Si l'uretra queda lesionada, provoca retencions o incontinències urinàries.

La menstruació pot durar 10 dies o més, el tancament de la vulva provoca retenció de la sang menstrual (*hematocolpos*). La regla acostuma a ser dolorosa (*dismenorrea*), i és habitual la pudor deguda a la retenció de la sang menstrual. Són relativament habituals les *infeccions vaginals i uterines*.

Mutilacions genitals femenines. Conseqüències per a la salut

Immediates	Mig i llarg termini
Dolor intens	Alteracions ginecològiques i urinàries . Infeccions . Dismenorrea . Hematocolpos
Infecció local	Esterilitat
Hemorràgia	Hepatitis, SIDA
Retenció urinària	Anèmia crònica
Septicèmia	Complicacions en el part . Esquinços . Fístules . Patiment fetal
Tètanus	Disminució de la sensibilitat sexual
Pors i angoixes	Depressió

3- ROL DELS/DE LES PROFESSIONALS

L'abordatge i l'anamnesi d'una dona immigrada planteja diverses dificultats:

- La comunicació i comprensió: hi ha una dificultat important en l'idioma, ja que en la majoria dels casos cap de les dues parts no domina llengües comunes. A més, hi ha una concepció diferent de salut/malaltia, i realitats socioculturals i sanitàries diferents, amb certs punts de malentès que fan complexa la intervenció i la prevenció.
- L'actitud dels professionals és fonamental en temes difícils i privats com són la sexualitat i la MGF, que poden suscitar en els professionals sentiments incòmodes. Reconèixer aquests sentiments pot facilitar l'acceptació de la persona i iniciar la comunicació de manera més fluida.
- El rebuig a reconèixer la pluralitat i la diversitat cultural, així com l'estigmatització de "l'estranger", fan més difícil l'acostament a altres cultures; es crea una distància que impedeix escoltar la persona, es disminueix la relació d'ajuda i la possibilitat de crear un clima on les dones africanes trobin l'espai i el respecte mutu.
- L'acceptació de la pluralitat no implica assumir pràctiques com la MGF, que no té cap justificació des del punt de vista dels drets humans.

Davant de les dificultats anteriors, els professionals de la salut, dels serveis socials i de l'educació necessiten certes habilitats d'atenció activa, de suport psicològic i d'estratègies de prevenció.

- a) Escolta activa: és part d'un procés que implica escoltar el que diu la persona i comunicar el que el professional ha sentit i entès. Equival a assumir una actitud activa verificant el que ha expressat la persona i treballar les preocupacions més immediates.
- b) Mostrar respecte per la persona i pel que està vivint, independentment de si estem d'acord amb les opinions expressades.
- c) Animar la persona a expressar-se, permetent i estimulants formes verbals i no verbals de descàrrega emocional.
- d) Respectar una rigorosa confidencialitat.
- e) Proporcionar informació que pugui ser compresa.
- f) Mantenir la ment oberta a les tradicions i creences que difereixen de les pròpies.

- g) Informar i educar, no tant perquè es duguin a terme els comportaments proposats, sinó per facilitar que les persones mobilitzin els propis recursos i desenvolupin capacitats que els permetin prendre decisions conscients sobre la pròpia salut i la de les seves filles.
- h) Implementar estratègies de motivació, basades en plantejaments positius i respectuosos. La motivació augmentarà si la informació que proporcionen els professionals té relació amb les creences, la cultura i els valors de les persones usuàries, ja que així reforçaran l'autoestima i la capacitat per poder canviar d'idea sobre la pràctica de la MGF.
- i) Proporcionar suport emocional: implica reconèixer explícitament i clarament els sentiments manifestats, parlar sobre el problema i oferir ajuda.

El rol del professional és un rol de facilitació, d'ajuda i de suport. Són necessàries actituds de:

- Congruència: implica coherència i autenticitat.
- Acceptació: consisteix a acceptar l'altra persona tal com és, tenint en compte tots els aspectes de la persona (socials, culturals, familiars, etc.).
- Valoració positiva: consisteix a considerar la persona usuària com a valuosa i amb capacitat per actuar d'una manera constructiva, atorgar-li valor, confiar en ell o en ella.
- Empatia: capacitat per posar-se en el lloc de l'altre. Implica disposar d'habilitats per reconèixer i interpretar els sentiments, pensaments i punts de vista dels altres, ser capaços de donar respostes afectives als sentiments d'una altra persona i estar en disposició d'ajuda.

Es tracta de crear un clima de relació "tolerant" més que "defensiu" tot tenint actituds de descripció més que de judici i control, de flexibilitat més que de rigidesa, i de realització i paritat, més que de distància, superioritat i etnocentrisme.

Per al rol d'ajuda són fonamentals dues habilitats: la comunicació i el maneig de conflictes.

Es consideren elements del procés de comunicació tant crear i transmetre missatges com escoltar i rebre missatges.

Algunes característiques d'una comunicació personal útil són:

1. Recollir missatges

-Consciència dels propis filtres per captar i enviar missatges.

Sigueu conscients que us relacioneu des de la vostra pròpia visió de la realitat, que no és la seva, i que interpreteu allò que us diu amb "filtres", tant socioculturals -els valors que la nostra cultura atribueix a aquest tema-, com personals -el que nosaltres pensem, la nostra experiència...

-Escolteu l'altra persona de forma activa i empàtica.

Poseu-vos al seu lloc, a partir del seu punt de vista: no del que jo hagués pensat o fet, sinó preguntant-me: què em vol dir? quin significat té per a ell o ella?

Recolliu el missatge complet: tant allò que diu com el seu estat d'ànim, tant allò cognitiu com allò emocional.

Doneu-li a entendre que heu entès la situació i la seva càrrega emotiva. Exemple: "D'això que dius, entenc que et sentis confosa i molt preocupada perquè no estàs segura de com veus ara el tema i de què vols fer en realitat... És així?"

-Preguntes obertes: "Quines aventatges i quins inconvenients hi veus...?", més que no pas tancades ("Et semblarà bé...?"), que demanen un sí o un no com a resposta, ja que són molt directes i no ens ajuden a pensar.

2. Emetre missatges

-Feu servir missatges clars, precisos i útils.

Seleccioneu i proporcioneu informació útil a la situació i a les necessitats de la persona.

-Comuniqueu "des del jo" i no "des del tu".

Es tracta de centrar el missatge en allò que nosaltres creiem, pensem, més que en jutjar o opinar sobre el que l'altra persona pensa o sent. Es tracta que expliqueu la vostra visió professional sobre el tema, com a ajuda i orientació més que com a control. Les decisions són seves. Acostumen a ser missatges que comencin per "jo": "Jo crec...", "Jo opino...", "Em sembla que..."

-Accepteu els seus arguments, objeccions, dubtes, crítiques, encara que no penseu el mateix que l'altra persona. És la seva opinió, la seva manera de veure-ho.

S'ha de considerar que la relació d'ajuda que el professional pot establir en la prevenció de la MGF pot produir-li un impacte emocional. Tenir en compte les pròpies emocions i sentiments permet controlar millor la situació i desenvolupar una intervenció més eficaç.

Per ajudar a prevenir el desgast professional i poder continuar motivats en la prevenció de la MGF, és aconsellable reduir o controlar les reaccions associades a:

- Escenes que produeixen temor (por d'entrar en els sentiments de la persona usuària, por d'ajudar a prendre decisions difícils).
- Pensaments inadequats (mai no canviaran, no hi podem fer res...).
- Sobreimplicació o sobreexigència, etc.

3.1- ENTREVISTA A LA DONA AMB MGF

Quan abordar la MGF?

Pot ser difícil per al professional determinar quan i com abordar el tema de la MGF, encara que hi ha alguns aspectes que poden ajudar a introduir-lo:

- Identificar un possible risc per a les nenes.
- Aprofitar un control d'embaràs o una revisió ginecològica on es comprova que la dona ha sofert una MGF.

Plantejar el tema

És millor acostar-se a la qüestió de la MGF per primera vegada quan es coneix una mica més la dona i la família, ja que normalment permet construir millor la relació i desenvolupar una major empatia.

S'ha d'escollir la persona de la família a qui volem plantejar el tema. Segons el servei des d'on s'actua és més fàcil parlar amb un membre o amb un altre, encara que acostuma a ser la dona la que en principi pot mostrar una major predisposició per abordar-lo.

És important tenir en compte que el que comenti la dona està relacionat amb els seus propis sentiments, la seva trajectòria i experiència, per tant no té gaire a veure amb la nostra situació cultural, personal i professional. En aquest sentit,

el professional ha d'actuar com un catalitzador, ha de permetre la reflexió a través de la utilització d'una comunicació adequada.

Iniciar el diàleg

S'ha de construir la relació des del diàleg i la confiança mútua, intentant no culpar ni amenaçar.

Poden ajudar preguntes com per exemple:

Sé que la circumcisió femenina (sunna) es practica al teu país, a tu te l'han fet?

S'ha de tenir en compte que les dones presenten grans dificultats per parlar de la MGF i reflexionar-hi. N'hi ha que es poden quedar rígides i amb dificultats en la comunicació mentre que d'altres tenen reaccions defensives, utilitzen expressions del tipus:

- *Totes les dones a la nostra comunitat ho fan.*
- *És la nostra tradició.*
- *Ho diu la meva religió.*
- *És difícil que compregueu la nostra cultura.*
- *No teniu dret a dir-nos el que s'ha de fer.*

En aquest cas, el professional ha de saber en quines creences es basa la dona per tal de recolzar la pràctica:

- *És més net (una dona no circumcidada és considerada impura).*
- *És bo per a la dona.*
- *La religió ens hi obliga.*
- *Pots tenir més fills.*
- *El clítoris pot créixer massa.*
- *Les dones no circumcidades perden el "control".*
- *El marit d'una dona no circumcidada no obté satisfacció sexual.*
- *Una dona no circumcidada té més perill de perdre la virginitat.*

En aquests casos el professional ha de buscar arguments que puguin ser compresos per la persona i que l'ajudin a reflexionar sobre el tema:

- Respecte als arguments religiosos:

- L'Islam situa la dona en un lloc molt estimable.
- El profeta insta a cuidar les nenes. Si les nenes tenen aquesta importància a l'Islam, per què han de perjudicar-les els pares fent-los un tall al cos sense cap raó sanitària?

- Ja que la circumcisió és un dany infligit a les nenes, es desprèn que no és una ordre d'Al·là ni una ordre de la tradició.
- L'Islam prohibeix la tortura. En aquest sentit, el profeta diu: "Aquell que fereix un musulmà, em fereix a mi. I aquell que em fereix a mi, fereix Al·là."
- L'Alcorà no conté cap referència especial sobre la circumcisió, ni femenina ni masculina (encara que ho creguin així).

- Respecte a altres arguments:

- No hi ha res que converteixi la circumcisió femenina en una tradició obligatòria. Existeixen estats islàmics que respecten rigorosament la llei islàmica i no circumciden les nenes (per exemple Aràbia Saudita, Iran, Iraq, Síria, Líbia o Marroc, entre altres).
- La circumcisió no té per què conservar la castedat. L'educació familiar i l'exemple dels pares amb les seves filles és la millor garantia per conservar la castedat i per desenvolupar la conducta moral.
- Dones que no han estat circumcides no tenen el clítoris més gran.
- La MGF és un tema de drets humans, un tema d'igualtat d'oportunitats i de respecte a la integritat física i psíquica de les dones i les nenes.
- Han existit altres pràctiques perjudicials que han estat abandonades: els cinturons de castedat, embenar els peus a les dones a Xina, els cilicis a Espanya, etc.

L'espai per a la reflexió

L'abordatge individual a la dona a qui li ha estat practicada una MGF és fonamental ja que significa proporcionar un espai per afrontar els sentiments que allotja entorn de la seva pròpia MGF. Aquest espai el poden proporcionar els professionals quan plantegen el tema i adopten una actitud d'escolta activa. Aquesta situació permet d'anar alliberant por, dolor, i facilita a la dona observar i pensar amb major claredat la seva pròpia experiència, i que sigui capaç de veure altres punts de vista i repensar la pràctica esmentada.

Perquè la comunicació sigui efectiva cal:

- Preparar i cuidar l'entorn perquè la dona se senti còmoda i es mantingui l'intercanvi d'informació en un mateix nivell.
- Mostrar-se afable i fer preguntes que mostrin interès i respecte.

- Fer revelacions que denotin que es comparteixen alguns valors i punts d'interès comú.
- Usar verbs i expressions de sentiments.
- Estar al cas i ser sensible a les necessitats de la persona interlocutora.
- Garantir la privacitat i confidencialitat de la comunicació.
- Permetre d'expressar les emocions i preocupacions personals.
- Observar sistemàticament les emocions i donar senyals que es perceben.

La creació d'aquest entorn pot facilitar un espai de reflexió per poder iniciar de manera efectiva la prevenció de la MGF.

També les preguntes poden suscitar processos de reflexió. En aquest sentit, s'ha de preguntar pels valors que orienten la pràctica esmentada i la seva fonamentació, així com les conseqüències: què va passar quan...?, què passaria si...?, com et sents quan...?

El professional s'ha de mantenir ferm en la posició respecte al tema. Ha d'escoltar però també ha d'anar repetint els fets de tant en tant (no és bo per a la salut, va contra els drets dels nens, és il·legal, etc.).

Ha d'evitar-se la utilització dels menors com a intèrprets. És millor aconseguir la col·laboració del marit o d'una altra dona capaç de guardar la confidencialitat.

Una dona que té decidit que aquesta pràctica és perjudicial però que se sent culpable perquè ho ha fet a les seves filles, necessita espai per dir que li sap greu.

Les noies joves que creixen al nostre país solen situar-se entre dues cultures, la d'aquí i la del país d'origen dels pares, ambdues amb valors diferents. Necessiten parlar amb algú en qui confiar i que pugui proporcionar-los informació sobre la salut, la sexualitat i sobre la manera d'afrontar les crítiques que rebrà per part de la pròpia família i comunitat.

3.2- DIÀLEG I MEDIACIÓ INTERCULTURAL EN LA MGF

Els esforços realitzats entorn de la mutilació genital femenina per construir una fonamentació teóricoconceptual i pautes per a un abordatge adequat en l'àmbit social, de la salut i de l'educació han d'anar acompanyats d'un enfocament professional que posi en primer lloc la naturalesa de la relació entre les persones directament implicades en aquest tema: professionals sanitaris,

educadors i treballadors socials d'una part, i de l'altra les dones, nenes, homes i nens dels grups migrants en els que es conserva la pràctica. És el terreny de la comunicació i el diàleg, de visions del món que es posen en relació, de la narració de trajectòries i històries singulars que fan referència a la construcció de la identitat cultural i de la identitat com a dona. Per a les dones africanes a qui es fa una proposta de canvi en la seva perspectiva de la MGF, es tracta d'accedir a una de les vivències més íntimes i doloroses per poder obrir-se i compartir-la amb altres persones i, en aquesta trobada, fer camí cap la recreació de si mateixes com a dones fidels als seus i al mateix temps possibilitadores de ruptures i rearticulacions necessàries. Aquest nou lloc, des del qual pensar-se i veure's al món en el qual avui es troben, no és el seu d'origen, el de la dona ancestral o tradicional, però tampoc no pot ser el de la dona occidental moderna. Aquest lloc i el camí per arribar-hi han de traçar-lo les dones amb temps i amb llibertat per a ésser, en el seu nou entorn, ni assimilades ni segregades sinó elles mateixes. L'acompanyament en aquest procés en espais socio-sanitaris i educatius només és possible si es té en compte la necessitat de diàleg, de reflexió i d'aprenentatge conjunt.

El marge existent per a aquest acompanyament a les dones i nenes ens exigeix tenir en compte els límits institucionals i la realitat que la MGF està penada a Espanya per llei pel fet de ser un tema de drets humans. Lamentablement, i com hem apuntat en seccions anteriors d'aquesta *Guia*, quan els professionals de la salut i l'educació s'assabenten que una família és a punt de viatjar al país d'origen i creuen que hi ha risc que les nenes siguin circumcidades, sol ser massa tard per a un treball preventiu seriós que permeti crear confiança a les persones i conscienciar-les de les conseqüències d'aquestes pràctiques tradicionals per a la integritat física i psíquica de les nenes. El dilema de denunciar o no el cas *in extremis* ha de conduir-nos necessàriament a buscar en la relació al llarg del temps, possibilitats i alternatives més viables per els professionals, alhora que dignes i respectuoses per a les famílies. La possibilitat de denúncia sempre hi és, però entre el pes de la llei i la utopia del canvi a, curt termini, tenim una relació que freqüentment s'inicia quan la dona queda embarassada, segueix amb el naixement de la nena i s'aprofundeix amb l'atenció pediàtrica al llarg dels anys. Es tracta doncs de valorar la possibilitat d'anar creant confiança a poc a poc amb les persones afectades i parlar de les qüestions que afecten la salut de la nena; entre altres, també es pot parlar de la prevenció de la MGF. S'han d'evitar les tensions que solen crear-se davant de la immediatesa d'un viatge revestit de sospites quan la nena ja té més edat, però sense negar una realitat possible a llarg termini i posar especial atenció en les obligades mesures de prevenció de la salut que han de seguir-se en tots els viatges al país d'origen que la família habitualment fa (profilaxi de la malària,

vacunes, l'aigua, verdures crues...). En el context general d'aquesta atenció, hi ha el nostre punt de trobada amb les famílies, la possibilitat de diàleg entorn d'altres riscos per a la salut de les nenes com és la MGF. Així, creant confiança i compartint converses breus al llarg dels anys en contextos i moments no amenaçadors, serà viable reprendre i reforçar el tema en l'eventualitat d'un viatge.

Si a la societat occidental i als fòrums internacionals la qüestió de la MGF s'entén conceptualment com un tema de drets humans, hem de recordar que per a les dones africanes implicades té a veure amb una qüestió d'identitat i pertinença al grup. Forma part del que en interculturalitat s'anomena "zones sensibles" o "nucli dur", és a dir, un conjunt de trets, formes organitzatives i estratègies d'adaptació relativament estables en el temps i en extensió.

Hi ha elements i valors que les persones podem canviar i negociar amb facilitat en la trobada i la confrontació amb l'altre, perquè no ens exigeixen transgredir els límits dels nostres valors de referència, el nostre marc cultural, la nostra pertinença a una comunitat o societat. La mutilació genital femenina, en canvi, s'ubica de ple —per a uns i altres— en aquest nucli dur, que és de lenta modificació, xoca amb l'exterior i es tanca al diàleg i a la negociació de canvis quan ve acompanyada de determinats condicionants. Per a les dones africanes implicades, l'obligació de canviar els ve donada en un context d'interacció on són sempre presents —ens agradi o no— la concepció de superioritat d'una cultura respecte de l'altra, la desigualtat social i una conflictiva relació històrica dominant-dominat entre els respectius pobles. Més encara quan aquesta interacció es construeix en uns marcs institucionals i jurídics concrets i unes situacions de vida quotidiana on s'imposen visions i models etnocèntrics de la condició humana, el seu desenvolupament i la jerarquia de necessitats i prioritats.

El context personal, cultural i social en què es viu la MGF marca seriosament la intervenció sociosanitària i educativa. És un ambient propici a nombrosos conflictes i xocs que, encara que són inherents a la relació intercultural, causen malestar en ambdues parts i impedeixen realitzar una feina en comú. La confrontació amb la diferència, no obstant, es pot viure com una oportunitat d'aprenentatge i de transformació de conflictes quan hi ha un diàleg a llarg termini entorn de la mutilació genital femenina que dissipï etnocentrismes, prejudicis, estereotips, preconcepcions, imposició de valors i models de vida. És una tasca difícil d'afrontar sols, ja que al fet de no dominar la llengua de l'altre i no poder accedir a una comunicació plena de matisos en temes sensibles i delicats, s'hi afegeix la frustració de no disposar dels instruments que

permetin una subtil comprensió del món de l'altre i dels límits que no han de traspassar-se quan s'intenta donar suport i oferir un acompanyament en processos de canvi de normes, valors i costums. Per això és important per als professionals anar construint aquesta competència i saber ser-hi a temps i amb una atenció especial.

4- ATENCIÓ EN SALUT

4.1- ATENCIÓ SEXUAL I REPRODUCTIVA

a) DURANT EL PROCÉS DE MATERNITAT

Control de l'embaràs

Una vegada fora del seu país, la primera vegada que la dona africana sol haver d'afrontar el tema de la MGF és, sovint, per un embaràs.

Cal que les llevadores i el personal de ginecologia i obstetrícia adquireixin coneixements sobre les diferents cultures i la sensibilitat necessària per garantir una atenció de qualitat i respecte envers la dona amb MGF.

Empatia, confidencialitat, respecte i naturalitat són habilitats professionals indispensables per a l'exercici de la professió en general i per treballar aquest tema en particular.

Primera visita d'embaràs

La primera visita, duta a terme habitualment per la llevadora, és de vital importància per poder establir una relació de confiança entre la dona i els professionals de la salut.

La sensibilitat i la utilització d'una terminologia adequada són indispensables per garantir que la dona continuï realitzant regularment el control de la gestació.

És important poder tenir la col·laboració del marit, d'alguna dona de la família o comunitat, o de la mediadora intercultural perquè faciliti la tasca de traducció.

La visita ha de comprendre l'anamnesi, els controls habituals (constants, pes, talla...), l'exploració física (abdomen, extremitats inferiors...) i l'exploració de genitals externs per valorar l'adequació al part (tipus i extensió de MGF, presència de cicatrius rígides, elasticitat del teixit...).

Qualsevol exploració s'ha de fer previ consentiment de la dona i, fins i tot, de vegades, de la parella.

Els professionals de la salut han de ser capaços de controlar els propis sentiments respecte a la MGF. Una reacció de xoc quan es realitza una exploració ginecològica

(sobretot en el cas d'una infibulació), comporta que la dona se senti massa avergonyida i humiliada per tornar a la consulta.

Durant el control d'embaràs és important identificar les dones amb MGF, especialment entre les que provenen de països d'Àfrica on es realitza, i registrar-ho en la història clínica, però és preferible plantejar per primera vegada el tema de la MGF en visites successives, quan s'hagi creat ja certa relació de confiança i respecte entre el personal professional i la dona.

S'ha de tenir en compte que algunes dones africanes consideren que els professionals masculins no són apropiats per realitzar exploracions obstètriques i altres procediments. En aquests casos hi hauria d'haver present una professional dona durant la consulta. També hauria d'evitar-se la presència d'estudiants, sempre que sigui possible.

Visites successives de control d'embaràs

Habitualment, l'escàs coneixement de l'idioma local que tenen les dones africanes comporta dificultats de comunicació. En conseqüència, representa tot un repte proporcionar la informació i l'educació sanitària adequades durant les visites de control d'embaràs. Comptar amb la col·laboració professional de la *mediadora intercultural* és, doncs, de vital importància.

L'educació sanitària ha d'incloure temes habituals com: alimentació, controls, proves i *screening* durant l'embaràs, canvis durant la gestació, el part, l'anestèsia, el puerperi, cures del nounat, sexualitat, mètodes anticonceptius, etc.

En algunes cultures, hi ha tabús alimentaris pels quals és tradicional eliminar certs aliments de la dieta durant l'embaràs, cosa que agreuja el risc d'anèmies ja prevalents en aquestes poblacions subsaharianes. S'ha de tenir en compte que algunes dones redueixen l'ingesta d'aliments i limiten l'augment de pes durant l'embaràs per tenir nens petits i evitar complicacions durant el part.

Per introduir el tema de la MGF es poden utilitzar les estratègies següents:

- Preguntar si té problemes per orinar, per a la sortida de flux menstrual, si té infeccions urinàries, dispareunia o dificultats en les relacions sexuals. Explicar la relació d'aquests problemes amb la MGF.

- Es pot indagar sobre les intencions de la dona i la família sobre la MGF en la futura filla i introduir el tema de la il·legalitat de la pràctica de tots els tipus de MGF al nostre país, així com de les conseqüències per a la salut de la nena.

- Utilitzar el context de l'educació sexual que es fa durant el control de l'embaràs. S'ha d'informar sobre la funció dels genitals externs. Es poden utilitzar làmines d'anatomia per parlar de l'aparell genital femení amb circumcisió i sense circumcisió, així com de les conseqüències mèdiques (infeccions, transmissió de l'HIV, hemorràgies...), psicològiques i sexuals de la MGF.

En cas d'infibulació (poc freqüent a Espanya), s'ha de plantejar la necessitat de realitzar la desinfibulació entre les 20 i les 28 setmanes de gestació, utilitzant anestèsia local o peridural. En el cas de no fer-ho durant l'embaràs, hauria de realitzar-se durant la segona fase del part. Igual com en altres tècniques, cal el consentiment informat previ.

El professional ha de tenir en compte les qüestions següents:

- Explicar a la dona i a la parella en què consisteix la tècnica de la desinfibulació i els avantatges de realitzar-la (facilitar el part, evitar infeccions durant l'embaràs, evitar complicacions en el nou-nat, etc.), esmentar els canvis positius que notarà després de la intervenció (facilitat de micció, sortida de flux menstrual, canvis en les relacions sexuals, etc.).

- Recordar que no es podrà reinfibular després del part, ni tan sols a petició seva. Medicalitzar la pràctica és una forma de legitimar-la.

- Derivar al centre hospitalari amb el que existeixi una adequada coordinació, adjuntant un informe on consti el tipus de MGF, extensió de la circumcisió, informació a la dona/parella sobre la il·legalitat de la reinfibulació, etc.

- Convé la presència i l'opinió de la parella en tractar aquesta qüestió, ja que per a elles és important que el marit prengui part en totes les decisions.

S'ha de tenir en compte que els marits també necessiten informació, educació, consells i suport sobre aquest tema.

Assistència al part

L'assistència al part de les dones amb MGF tipus I i II ha de ser l'habitual, encara que s'han de tenir en compte els aspectes següents:

- Utilitzar una mitjancera intercultural sempre que sigui possible.
- Aspectes psicològics: la dona amb MGF sol tenir por de la reacció de les persones professionals sobre la circumcisió.
- De vegades pot associar el dolor durant el part amb la circumcisió: tenir por a "tornar a sentir el mateix dolor" (reviure el "trauma" de la MGF).
- En el període de l'expulsió, valorar l'elasticitat del teixit cicatricial de la MGF per evitar esquinços. Realitzar episiotomia mitjana lateral si cal, però NO de forma sistemàtica.

En el cas d'una dona amb MGF tipus III o infibulació:

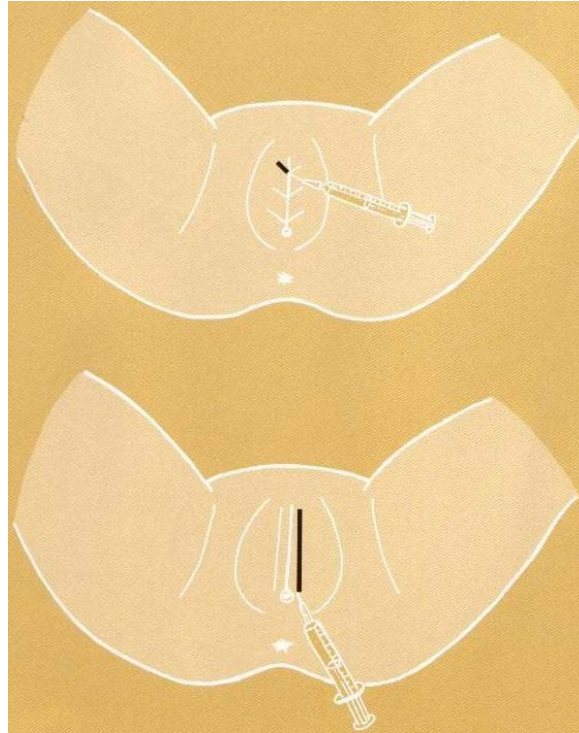
1.- Si la desinfibulació s'ha realitzat durant l'embaràs:

- Conducció habitual del part.
- Recordar el pla acordat sobre la no reinfibulació després del part.
- Realitzar episiotomia mitjana lateral segons indicació habitual (no sistemàtica).
- Estar molt alerta a les necessitats d'analgèsia.
- Limitar les exploracions vaginals al mínim absolut.

2.- Si la desinfibulació no s'ha realitzat durant l'embaràs:

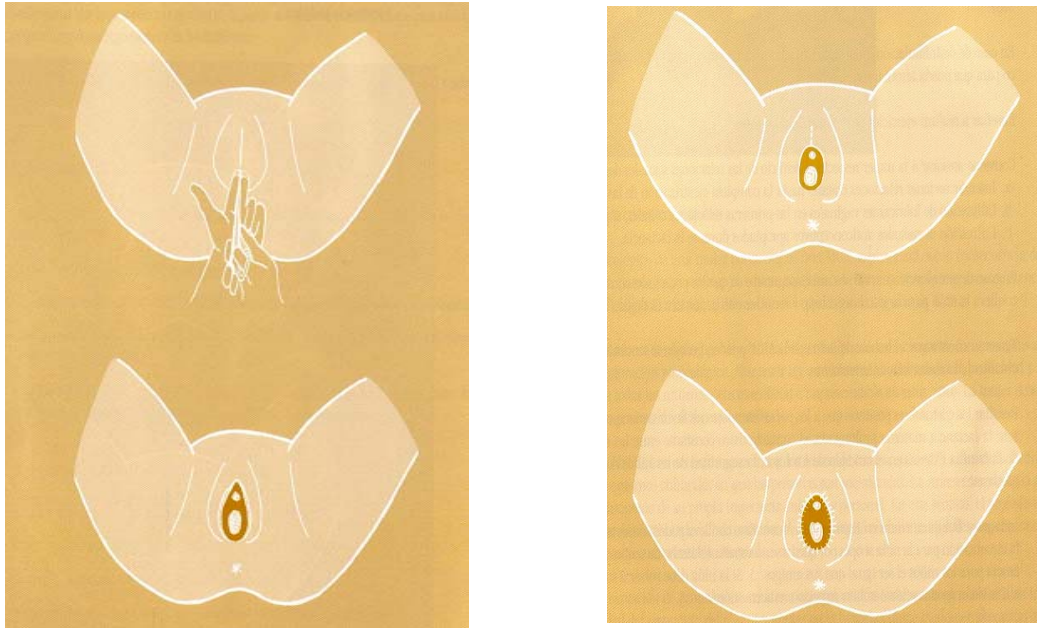
- La dona sol tenir por que els professionals de la salut no tinguin els coneixements necessaris sobre la MGF i no sàpiguen atendre-la adequadament (cesàries innecessàries, etc.).
- Comprovar que es disposa de consentiment informat per realitzar la tècnica de desinfibulació.
- La conducció del part ha de ser l'habitual durant la primera fase, tenint en compte les necessitats d'anestèsia i la importància de limitar les exploracions.
- En la segona fase del part s'ha de fer la tècnica de desinfibulació:
 - a. Si no s'ha aplicat prèviament anestèsia peridural, s'ha de valorar el teixit de la infibulació per identificar la zona òptima per aplicar l'anestèsia local. El bloqueig de pudends pot suplementar posteriorment l'analgèsia.

- b. Infiltrar anestèsia local amb agulla fina a 45° , injectant petites dosis sota la pell a ambdós costats de la cicatriu de la infibulació en forma de ventall.



- c. Infiltrar, posteriorment, anestèsia al teixit gruixut en ambdós costats de la cicatriu, en sentit longitudinal i utilitzant agulla IM amb una inclinació de 45° .

- d. Per a la incisió, inserir el dit índex (o l'índex i el mitjà) de la mà esquerra a través de l'introït vaginal en direcció al pubis. Utilitzar unes tisores per tallar al llarg de la línia mitjana, sobre la cicatriu, fins que la uretra sigui visible. Ha d'extremar-se la cura en aquesta zona per la hipersensibilitat del clítoris a estímuls i perquè la uretra sol ser prominent i podria lesionar-se.



- Durant la fase de l'expulsió, realitzar episiotomia anterior abans que el teixit es tensi per la pressió de la presentació i deixar temps per a una episiotomia mitjana lateral suplementària, només si cal.
- Una vegada finalitzat el part, suturar l'episiotomia anterior deixant el clítoris (o les restes) coberts amb pell. Posteriorment, suturar ambdós costats de la infibulació separadament, així com els probables esquincos que s'hagin produït als llavis. Utilitzar sutures fines i atraumàtiques com el dexon/vicryl 4.0 o 3.0.

Control post-part

Durant el puerperi, s'han de fer els controls habituals, tant hospitalaris com domiciliaris, tenint en compte els factors següents:

- Informar degudament els professionals de la sala de puerperi i la llevadora que realitzarà el seguiment del puerperi domiciliari, sobre els possibles canvis anatòmics de la dona en cas d'infibulació.
- Realitzar les cures necessàries en cas d'esquinços i altres ferides del perineu sofertes durant el part, per evitar la infecció. Explicar a la dona la relació entre els esquinços i les cicatrius ocasionades en la MGF (durant el part s'obren, causen esquinços i de vegades es produeixen hemorràgies que poden ser difícils de parar).
- En cas de desinfibulació, ressaltar els aspectes positius derivats de la nova situació i donar suport psicològic perquè pugui afrontar aquest canvi.
- Ensenyar a realitzar exercicis de recuperació perineal.
- Convé assessorar la dona respecte al reinici de les relacions sexuals després del part:
 - a. Intentar no tenir relacions coitals fins a la completa cicatrització de les ferides produïdes al part.
 - b. Utilització de lubricants vaginals en les primeres relacions coitals si són necessaris.
 - c. Utilització de mètodes anticonceptius apropiats durant la lactància.
- En cas que el nounat sigui nena, assegurar-se que els pares són conscients de les conseqüències que comporta la MGF per a la salut de la filla, i recordar que la pràctica és il·legal.
- Tenir en compte que en parlar del tema de la MGF poden generar-se sentiments de culpabilitat per haver circumcidat una altra filla anteriorment.
- Ressaltar els costums positius que als països europeus ens afavoriria aprendre dels països del sud: la lactància materna prolongada, el contacte físic constant entre les mares i els lactants, el suport de la família extensa en la cura dels fills, la seguretat dels nens dins de la comunitat, compartir, etc.

- Indagar si la filla es criarà a Espanya o a Àfrica. Això comporta poder comentar les dificultats de la circumcisió per a la nena si opta per quedar-se a Espanya (el fet de sentir-se diferent de les amigues, importància per als nens d'ésser igual que els amics...). Si la nena ha de tornar al seu país, informar que també allà s'estan produint canvis respecte a aquesta qüestió.
- Elaborar un informe per a l'equip de pediatria de referència perquè, en els casos en els quals hi ha MGF en la mare, pugui continuar amb les tasques de sensibilització sobre la prevenció de la MGF en la nena, i on constin les activitats realitzades anteriorment, i la resposta dels pares davant del tema.
-

Exploració ginecològica

L'exploració ginecològica d'una dona amb MGF s'acostuma a realitzar en el decurs de l'assistència habitual en la consulta d'embaràs, en cas d'alguna patologia ginecològica, en menys ocasions pot fer-se en els programes preventius d'Atenció a la Dona: Orientació i planificació familiar o Prevenció del càncer ginecològic i de mama.

Les dones amb algun tipus de mutilació genital poden reaccionar de forma negativa davant la possibilitat d'una exploració ginecològica. Mantenir un ambient de confidencialitat, privacitat i sensibilitat és important per a totes les dones, però és essencial i imprescindible en aquests casos. Sempre serà necessària la informació i el consentiment previ a l'exploració.

Aquesta mateixa sensibilitat és necessària a l'hora d'abordar els temes de contracepció. El valor de la fertilitat es construeix i s'elabora en cada un dels entorns culturals en què les persones es socialitzen. La representació de la corporalitat en cada dona és el resultat de la pròpia trajectòria cultural i personal. Els professionals han d'actuar com a catalitzadors, facilitant la informació, però permetent i potenciant sempre la reflexió, en una actitud de respecte que faciliti una comunicació adequada.

En fer l'observació dels genitals externs en el decurs d'una exploració obstètrica o ginecològica, és important fixar-se en la integritat del prepuci i del clítoris i anotar en la història clínica qualsevol alteració que s'observi.

Les dones infibulades presenten un orifici vaginal molt petit; l'exploració ginecològica, per tant, s'acompanya de dolor intens, fins i tot si s'empra un speculum vaginal. El tacte vaginal també és dolorós i difícil.

4.2- ATENCIÓ EN L'EDAT PEDIÀTRICA

L'ONU en la Declaració dels Drets de l'Infant diu:

Article 19-1:

"Els governs estan obligats a adoptar totes les mesures legislatives, administratives, socials i educatives apropiades per protegir el nen contra tota forma de perjudici o abús físic o mental, distracció o tracte negligent, maltractaments o explotació, mentre el nen es trobi sota la tutela o custòdia dels pares o representant legal o una altra persona que el tingui al seu càrrec."

Article 24-3:

Exigeix als governs "adoptar mesures eficaces per a l'abolició de les pràctiques tradicionals que siguin perjudicials per a la salut dels infants".

Les activitats preventives del nounat s'engloben en els Protocols de medicina preventiva en l'edat pediàtrica, i comprèn edats que van des dels 0 mesos fins als 14 anys.

Es considera que la infantesa és l'etapa de la vida on les activitats preventives i de promoció de la salut influeixen de manera més positiva, i perduren al llarg de la vida adulta. Per aquest motiu la prevenció de la MGF ha d'incloure's com a part important en aquests protocols de prevenció en l'infantesa, i tenen un apartat específic.

Respecte a l'atenció pediàtrica és necessari que el personal sanitari, de pediatria i d'infermeria, que treballa amb mares africanes disposi de més coneixements sobre la zona de prevalença de MGF (cultura, religió, costums i llengua); i, si cal, disposar d'un intèrpret que en cap cas pot ser menor d'edat.

És imprescindible la capacitació dels professionals per entendre i conviure amb les diferents cultures que ens arriben, ja que afavoreix l'entesa i el respecte mutu.

Primera visita del nounat

En la primera visita del nou-nat a consulta, l'exploració d'una nena africana no té per què ser diferent a la de qualsevol altra nena. L'exploració genital s'ha de fer igual a totes, ja que s'ha de descartar l'existència d'una sinèquia vaginal, unió dels llavis menors, per evitar problemes de salut posteriors.

S'insisteix en aquesta qüestió, perquè hi ha professionals de la salut que creuen que duent a terme aquest tipus d'exploracions s'estigmatitzen pacients d'una determinada ètnia o procedència.

La visita ha de constar d'anamnesi familiar: s'anoten els noms dels pares (crea confiança), nombre de fills, sexe i edat; lloc d'origen, professió dels pares, estudis i llengua. També s'han d'incloure dades de l'embaràs, part i període neonatal.

S'han de complir els protocols de salut pel que fa a l'exploració física, el tipus d'alimentació, les cures i la higiene del nou-nat i els altres apartats que consten en l'esmentat protocol. S'han de pautar les visites posteriors i anotar l'actuació en la història.

Al full que correspon a problemes de salut s'han de fer constar els FR (factors de risc) de MGF, també s'han de registrar les posteriors intervencions indagatòries o educatives sobre el tema i fer-ne constar la data.

Es consideren factors de risc per a les nenes:

- Pertànyer a una ètnia que practiqui la MGF: la majoria de les nenes o de les dones que han sofert una MGF procedeixen, elles o els seus familiars, d'algun país on es practica.
- Pertànyer a una família on a la mare i/o a les germanes grans se'ls ha practicat la MGF.
- Pertànyer a un grup familiar on el mite del retorn al país d'origen continua molt present.
- Proximitat d'un viatge o vacances de la família al país d'origen.

També cal ressenyar els països d'origen per tal de conèixer la població que atenem i les diferents realitats. Això es pot fer des dels registres informàtics, que faciliten l'extracció de dades a l'hora de voler saber la procedència de la població atesa i els problemes de salut que pugui tenir.

Visites successives del nou-nat

L'exploració genital s'ha de fer en la primera visita, a l'any de vida i als 2-4-6-8 i 10 anys, o segons la pauta de visites que s'emmarquin dins del protocol del nen sa (durant el primer any de vida s'ha de fer almenys una intervenció educativa i creiem que la visita dels 9 mesos pot ser l'adequada).

Si van al país d'origen cal fer una exploració abans del viatge i una visita de revisió a la tornada. S'ha d'informar sobre la il·legalitat de la pràctica de la MGF, encara que es faci fora del territori espanyol. Es recomana als professionals l'utilització de la carta-contracte que adjuntem al final d'aquesta *Guia*. S'ha comprovat que funciona com a eina dissuasiva que permet als pares justificar la seva decisió de no mutilar la nena, davant de la seva gent gran a l'Àfrica.

És important tenir en compte que, si és possible, tant la intervenció educativa com exploratòria sigui duta a terme per personal sanitari femení; per a elles, aquest fet comporta un significat de respecte cap a la sensibilitat musulmana i els seus plantejaments referents a la diferenciació de la identitat sexual.

En la història clínica, s'ha d'identificar la població de risc i anotar les intervencions educatives; no cal fer-ho en la primera visita del nou-nat.

En aquest apartat s'ha de dir que a l'hora d'abordar la MGF és diferent fer-ho amb una dona africana que arriba a consulta per primera vegada, que amb una amb qui es tingui un nivell de coneixement i confiança construït al llarg del temps perquè freqüenta la nostra consulta i visitem altres fills. Si acut amb la parella a la consulta i els coneixem, es pot indagar sobre l'actitud respecte a la MGF: què en pensen, i si la mare està mutilada, on es criaran les filles, si pensen tornar al país d'origen i si esperen practicar-la a la filla. Intentar aconseguir el compromís dels pares de no practicar la MGF a la filla.

Això s'ha de fer sempre després de la valoració del personal sanitari del nivell de confiança i l'empatia que existeix.

La freqüència del consell educatiu i d'indagació s'ha de fer tenint en compte tancar la porta i evitar fer-ho durant la primera visita, ja que podria entendre's com una ingerència en la privacitat i generar conductes de rebuig.

Estratègies per a la integració social i prevenció de la MGF

Qualsevol acostament al tema de la MGF s'ha de fer des del respecte: el coneixement de la cultura i dels costums ens permetrà de reforçar aspectes molt positius i valorats per nosaltres, per exemple, la família, la cura dels fills, la lactància materna, etc.

Si es tracta de nenes de 4-10 anys (franja d'edat on és més freqüent la realització de la MGF) que deixen d'acudir a consulta, cal mantenir contacte amb el col·legi o captar-les durant les revisions escolars i establir contactes entre el personal sanitari i el personal educatiu. Això pot ser molt important a l'hora de conèixer la possibilitat de viatge de vacances al país d'origen dels pares, ja que és l'ocasió per a la realització de la MGF.

Als pares és important fer-los saber que en cas de viatge a Àfrica han de consultar el calendari de vacunes (això també ens permetrà descobrir la proximitat del viatge) ja que hi ha malalties com la sida, l'hepatitis i el tètanus que els preocupen.

L'existència d'un grup de contacte al que puguem acudir en cas de sospita de MGF és molt important i hauria d'estar format per dones de la seva pròpia ètnia, mitjancera cultural o agent de salut, acceptant altres tipus de professionals. D'aquí la necessitat de la creació d'un grup multidisciplinar amb implicació de diferents professionals que sàpiguen com abordar el tema de la MGF.

Encara que algunes d'aquestes nenes es quedin a Àfrica i no tornin a la nostra consulta NO ha de canviar la nostra intervenció educativa, dirigida a evitar la MGF. Seria de gran ajuda conèixer l'existència d'algun grup de treball o ONG que actuï al país on va i pugui fer-ne un seguiment.

És útil comptar amb material visual tipus làmines, fullets, etc. a l'hora de fer intervencions educatives.

És important per a la prevenció de la MGF en les nenes:

- Alertar i formar el personal professional implicat en l'assistència pediàtrica.
- Incloure la MGF com un factor de risc.
- Mestres, treballadors socials, policies, jutges i advocats han de rebre informació i educació sobre la MGF.
- Establir vigilància jurídica sobre les persones afectades, adaptació i modificació de les lleis dels països d'acollida en aquest tema i vetllar pel

seu compliment. L'experiència en altres països mostra que, perquè una legislació sigui eficaç, ha d'anar acompanyada d'una àmplia estratègia que inclogui una educació arrelada a la comunitat i una tasca de conscienciació.

- Existència de programes educatius amb suport financer específic, no conjuntural. Els països que donen ajuda al desenvolupament han de concebre formes de suport als projectes contra la MGF.
- Dur a terme seminaris i jornades on s'abordi el tema de la MGF.
- Formar grups de suport als pares.
- Reunir experts sanitaris i crear comitès de treball.
- Publicar articles en mitjans professionals i públics.
- Elaborar material didàctic i d'informació, fullets.

a) Indicis de sospita de MGF

Hi ha tota una sèrie d'indicis que poden fer pensar que s'ha practicat una MGF en una nena:

- Canvi de comportament a la tornada de vacances, distanciament, tristesa.
- Absentisme escolar al·legant motius de salut, per exemple pèrdues sanguínies o cansament per anèmies postmutilació.
- Es descobreix després d'una exploració sanitària.
- Quan la nena pertany a una família en la comunitat de la qual es practica.

b) Detecció de casos de MGF

En primer lloc s'ha de pensar si hi ha indicis suficients per creure que s'ha realitzat una MGF i en segon lloc, s'ha de considerar que pot ser percebut com una intromissió en la vida i els costums i pot ser interpretat com un acte racista i, vist des de la comunitat a la qual pertany, com un atac a les seves tradicions.

En els casos que s'ha detectat una MGF els professionals hem de tenir en compte:

- No aïllar, culpar ni estigmatitzar les famílies.
- Respecte a les sospites, s'han de corroborar.
- Respecte al personal professional, no s'han de sentir aïllats i entorn professional com institucional.
- Consultar, demanar informació i suport als serveis socials.
- Suport i informació per part dels serveis socials.

- Garantir la protecció i confidencialitat de les que l'hagin patit.
- Realitzar campanyes educatives i informatives a la comunitat, dins de programes socio-sanitaris més amplis.
- Pot ser positiva la implicació de membres de la pròpia comunitat inscrits en l'àmbit de les seves relacions, com líders religiosos i experts en el tema.
- Sempre s'han de deixar com a últim recurs les accions legals.

5- EL PAPER DE L'ESCOLA EN LA PREVENCIÓ DE MGF

El paper de l'escola i del personal educador en la prevenció i sensibilització en casos de MGF és fonamental. La MGF, com s'ha comentat al llarg de tot el text, és una realitat cultural profundament lligada a la salut i als drets humans de les nenes i dones afectades. Com es pot col·laborar des de l'escola?

Informació

Quan en una escola o classe es troben nenes que reuneixen les característiques de risc que s'apunten en aquesta *Guia*, és fonamental informar-se sobre la MGF abans d'intervenir d'una manera o una altra (parlant amb la nena, amb la família, amb la policia, etc.). Per la naturalesa delicada del tema i perquè hi ha menors implicades. Davant de la MGF poden cometre's molts errors quan no es disposa d'una orientació adequada sobre com intervenir des de l'àmbit educatiu.

Així, quan existeix sospita de MGF a l'escola, el primer pas és familiaritzar-se amb la història i el context cultural de la MGF (països d'origen i nuclis poblacionals en la societat receptora on es practica o on s'ha tingut coneixement de situacions similars). Als centres de salut locals o als serveis socials, pot haver-hi professionals preparats per fer aquesta tasca informativa, o bé per derivar la demanda a altres professionals amb una major experiència en el tema (antropòlegs/dòlogues, mitjancers/eres interculturals, etc.), capaços d'oferir consell i orientació sobre aspectes legals, de prevenció i intervenció.

Identificació de situacions i suport a les nenes i a les seves famílies

Hi pot haver dos tipus de situacions identificables des de l'escola: abans que es practiqui la MGF o després. Les famílies que tenen decidit circumcidat les filles solen aprofitar una estada de vacances al país d'origen per dur a terme el ritu. Les dades de què disposem informen que no totes les famílies el perfil de les quals s'ajusta a les característiques esmentades desitgen "iniciar" les filles.

També se sap que cada vegada hi ha més famílies que tenen dificultats per prendre una decisió definitiva i que es debaten entre transgredir la norma cultural i renunciar a la MGF, o cedir a les pressions de la gent gran de la comunitat d'origen i permetre que es dugui a terme.

Quan s'informa que una nena anirà al país d'origen africà de la seva família, convé sobretot ésser prudents i no arribar a conclusions precipitades que poden provocar intervencions inadequades.

Les pròpies nenes que han de ser iniciades no acostumen a saber-ho abans de viatjar. Quan són més grans és possible que sí que disposin d'alguna informació. És poc probable que ho parlin amb persones que no formin part de la família o de la comunitat.

Pot ser que es mostrin poc comunicatives, molt callades i que no vulguin parlar gaire del seu viatge imminent. Conversar amb les nenes sobre les vacances que s'acosten és una activitat educativa que facilita un acostament i un reconeixement per part del personal educador i els alumnes de la realitat cultural d'aquestes nenes. Ja sigui a la classe o només entre educador/a i alumna, pot ser una forma de detectar les actituds que manifesta la nena davant del viatge.

Quan aquestes actituds semblen negatives, pot ser un senyal que la nena sap que està previst sotmetre-la al ritual.

Aquí el suport que pot oferir el personal educador depèn molt de la relació que tingui amb la nena. Si la relació és de confiança, pot aportar informació, educació i suport psicològic seguint les pautes que proposem en l'apartat sobre aquest tema. Si no és així i la sospita sembla fundada, el personal educador ha de posar-se en contacte amb els serveis socials o sanitaris abans del viatge, amb temps suficient, si és possible, per permetre una intervenció preventiva adequada.

La denúncia i les accions legals s'han d'utilitzar com a última opció ja que els efectes poden ser contraris al que es vol aconseguir. Aquestes accions podrien dificultar la sensibilització i el suport a la família davant una decisió que els resulta molt difícil.

Si malgrat les accions preventives a la tornada d'un viatge per vacances s'observa un canvi en el comportament de les nenes, es pot pensar que s'ha

practicat una MGF. En general parlen menys, es veuen menys poc comunicatives i solen mostrar-se reàcties a les relacions amb els altres.

El fet de tenir un secret que no poden compartir amb les persones que no "han estat iniciades" els significa una tensió mental molt forta. La imatge que tenen de si mateixes, l'adaptació i la integració amb les companyes pot canviar radicalment, ja que són conscients que ara "són" diferents i no se senten part del grup.

D'altra banda, quan se'ls demana que parlin sobre les vacances o sobre el país d'origen de la família, és probable que o bé no diguin res o que s'expressin de manera obertament negativa. Difícilment explicaran el perquè, però el rebuig serà clar en expressions com "els africans són molt primitius, bruts, pobres", "no hi vull tornar mai més", "no m'agrada el país dels meus pares", "jo no sóc africana", etc. Es tracta d'una negació del vincle amb Àfrica a causa de l'horror viscut i de la impossibilitat de superar-ho si no és amb l'ajuda d'un professional degudament preparat.

És cert que de vegades els nens en general manifesten aquest rebuig cap al país dels pares després d'una visita, per l'enorme diferència existent entre la vida que porten ells aquí i la que es viu allà. D'altra banda, s'estableix una distància entre la imatge idealitzada d'Àfrica que els poden haver transmès els pares i la constatació personal que "corroborà" la informació transmesa a través dels mitjans de comunicació i els estereotips que sobre aquest continent i els seus habitants té la societat receptora. La diferència entre aquesta reacció més o menys normal i la d'una nena que ha sofert la MGF es pot observar en la manifestació de ràbia, d'indiferència excessiva, d'apatia, en les poques ganes de parlar i compartir amb els altres la seva experiència.

Físicament, aquestes nenes no solen manifestar incomoditats i malestar ja que, com hem dit anteriorment, els tipus de MGF que solen practicar-se a les poblacions establertes a Espanya són la clitoridectomia i l'excisió, de manera que la cicatrització de la ferida de l'ablació és relativament ràpida i solen recuperar-se durant les vacances. Així, les seqüeles més visibles solen ser psicològiques i emocionals, en la relació amb els altres. Altra vegada, el suport que els pot donar un/a educador/a depèn molt de la relació de confiança i respecte que hi hagi entre ells.

Convé, això no obstant, tenir en compte que aquestes nenes necessiten una ajuda psicològica especialitzada, però no de qualsevol terapeuta sinó d'algú amb els coneixements adequats per intervenir en aquest tipus de situacions.

Així, recomanem derivar aquestes nenes, a través dels centres de salut locals o de serveis socials, a professionals familiaritzats amb les pràctiques tradicionals de la comunitat i preparats per oferir una ajuda adequada a aquestes nenes i a les seves famílies.

6.- MARC LEGAL DE LA MGF

La preocupació existent entorn del tema de l'obligació legal i ètica dels professionals davant el coneixement de la realització d'una MGF o al risc que es produeixi, posa de manifest la necessitat d'un assessorament jurídic previ a emprendre qualsevol acció legal.

En aquesta *Guia* es presenten, amb caràcter orientatiu, els aspectes recollits per la legislació espanyola.

La MGF en la legislació espanyola

La mutilació genital femenina, en qualsevol dels tipus practicats, és un delictes de lesions, tipificat i sancionat en el nostre ordenament jurídic en els articles 147, 148, 149 i 150 del Codi Penal. El tipus penal bàsic és l'article 149:

"El que causi a un altre, per qualsevol mitjà o procediment, la pèrdua o la inutilitat d'un òrgan o membre principal, o d'un sentit, la impotència, l'esterilitat, una greu deformitat o una greu malaltia somàtica o psíquica, serà castigat amb la pena de presó de sis a dotze anys."

La Llei orgànica 11/2003, de 29 de setembre, de mesures concretes en matèria de seguretat ciutadana, violència domèstica i integració social dels estrangers, publicada en el BOE núm. 234 de dimarts 30 de setembre de 2003,

Diu:

Sis. Es modifica l'article 149, que queda redactat com segueix:

1. El que causi a un altre, per qualsevol mitjà o procediment, la pèrdua o la inutilitat d'un òrgan o membre principal, o d'un sentit, la impotència, l'esterilitat, una greu deformitat o una greu malaltia somàtica o psíquica, serà castigat amb la pena de presó de sis a 12 anys.

2. El que causi a un altre una mutilació genital en qualsevol de les seves manifestacions, serà castigat amb la pena de presó de sis a 12 anys. Si la víctima fos menor o incapac, serà aplicable la pena d'inhabilitació especial per a l'exercici de la pàtria potestat, tutela, curatela, guarda o acolliment per temps de quatre a 10 anys, si el jutge ho estima adequat a l'interès del menor incapac. "

Competència dels tribunals espanyols

En els casos que es tingui coneixement que una menor ha estat objecte d'algun tipus de MGF, s'ha d'establir:

- a) Si la pràctica s'ha fet a Espanya.
- b) Si la pràctica es va fer al país d'origen dels progenitors o en un tercer país.
- c) Si la persona o persones que van dur a terme la MGF són espanyoles (o han adquirit la nacionalitat espanyola posteriorment als fets).
- d) Si els progenitors van actuar com a "promotors" de la MGF.

És competència exclusiva del jutge examinar totes aquestes qüestions i tenir coneixement de la denúncia presentada.

D'altra banda, el jutge pot adoptar "mesures cautelars en favor de la menor" en aquells supòsits en els quals el personal sanitari, o qualsevol ciutadà o ciutadana, denunciï l'existència amb tota certesa d'actes preparatoris o la voluntat dels progenitors de dur a terme l'esmentat acte i disposa d'indicis suficients per concloure que s'ha d'actuar des del punt de vista de la prevenció a fi d'evitar que es practiqui la mutilació.

L'aprovació de la Llei Orgànica 3/2005 de 8 de juliol, de modificació de la Llei Orgànica del Poder Judicial LOPJ, a l'efecte de **perseguir extraterritorialment la pràctica de la MGF, quan la comissió del delictes es realitza a l'estranger**, com succeeix en la major part dels casos, aprofitant viatges o estades als països d'origen de les famílies que es troben al nostre país, representa un avanç en el marc de l'anomenat principi de "universalitat" o de "justícia mundial" envers conductes contra els drets humans. Ha estat publicada al BOE: <http://www.boe.es/boe/dias/2005-07-09/pdfs/A24457-24457.pdf>

És el dret penal el millor instrument per eradicar la MGF?

L'ús del dret penal no pot substituir en cap cas el "tractament social" d'un problema tan complex. Almenys, per a la majoria de la doctrina legal, respecte

a l'ús del dret penal s'ha imposat el principi d' "intervenció mínima". Així, es supedita l'ús del dret penal a aquelles qüestions on la protecció dels "béns jurídics" (p. ex. la vida, la integritat física, etc.) no pugui ser garantida d'una altra manera per altres branques del dret (segons el magistrat Lacaba de l' Associació Professional de la Magistratura). Ja que existeixen a més del dret penal altres procediments aplicables, es poden adoptar diferents mesures cautelars dirigides a evitar la comissió del delictes, el fonament jurídic del qual es troba en un apartat de l'article 13 de la Llei d'enjudiciament criminal i respecte al dret civil i de família en els articles 9.6 i 158 del Codi Civil i 134 i 138 del Codi de Família de Catalunya (Llei 9/1998 de 15 de juliol del Parlament de Catalunya).

Les mesures cautelars haurien de començar per la **informació**, la **sensibilització** i l'**educació** dirigides als progenitors; la **prohibició administrativa de sortida d'Espanya** (l'article 28.2 de la Llei orgànica 4/2000 modificada per la Llei orgànica 8/2000 de drets i llibertats dels estrangers a Espanya i la seva integració social, ho autoritza) dirigida als pares i/o a la menor per impedir que la traslladin fora del nostre país (mesura sempre de caràcter temporal i proporcionada entre el risc concret i imminent de la realització de la mutilació); l'esmentada prohibició també pot ser adoptada pel jutge amb l'advertència que en cas contrari podrien incórrer en un delictes de desobediència; (també com ho adverteix el magistrat Lacaba), es pot acordar judicialment la presentació periòdica de la menor i la visita d'aquesta pel metge pediatre.

En l'esquema següent, pot apreciar-se més àmpliament el marc jurídic respecte a la MGF: