



GUÍA PARA
PROFESIONALES

Casos prácticos en el abordaje de la MGF



Cofinanciado por
la Unión Europea



Con la colaboración de:



PRESENTACIÓN: ¿QUÉ QUEREMOS APORTAR?

Esta guía ha sido desarrollada con el propósito de ampliar los materiales disponibles para profesionales de atención primaria en salud, servicios sociales, del ámbito de la educación y también de la comunicación, para permitir centrarse tanto en la actuación práctica en la prevención de la práctica como ante situaciones de riesgo o atención a la MGF. De esta manera, se enriquece y refuerza el material teórico del Manual para Profesionales publicado en 2017.

A pesar de la existencia de protocolos y manuales, desde Fundación Wassu hemos identificado en los últimos años la existencia una demanda, por parte de los/as profesionales, por conocer de manera más práctica qué tipo de escenarios pueden encontrarse y cuál es el abordaje más pertinente en cada uno de ellos. Para dar respuesta a esta carencia, se propuso realizar una guía de actuación en diferentes casos de MGF, que pretende proporcionar ejemplos basados en casos reales anonimizados, compartidos gracias a otros y otras profesionales ya formados/as y sensibilizados/as previamente de Cataluña, Aragón, Euskadi, Comunitat Valenciana e Islas Canarias, así como de casos asesorados por parte del Grupo de Investigación, Prevención y Estudio de Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona (UAB).

Con la publicación de esta guía aplicada, se desea complementar las formaciones a profesionales y garantizar abordajes más respetuosos, holísticos y coordinados, fomentando, a su vez, intervenciones preventivas y acompañamientos informados a las familias, mujeres y niñas. Por lo que, como equipo, queremos agradecer a los/as profesionales, quienes, a través de sus entrevistas, participaron aportando sus testimonios, opiniones, reflexiones y sugerencias dirigidas a mejorar esta guía.

Esta guía se ha elaborado en el marco del proyecto «Conocer para actuar: Mapa de la Mutilación Genital Femenina (MGF) en España 2021 y creación de materiales formativos para profesionales en detección, prevención y atención de la MGF en España», financiado por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM) y cofinanciado por el Fondo de Asilo, Migración e Integración (FAMI). Su contenido es responsabilidad exclusiva de Fundación Wassu y no refleja necesariamente la opinión del MISSM ni del FAMI.

DEFINICIÓN DE INTERVENCIÓN PREVENTIVA

La intervención preventiva de la MGF, según el **Manual para Profesionales (2017, págs. 42-43)**, tiene por objetivo cualquier acción de educación en la salud, que los/as profesionales pueden emprender y que genere actitudes positivas para fomentar el abandono de la práctica. El objetivo de esta intervención es impedir que se realice una MGF, contribuir a una mejora en la salud psicosexual y reproductiva de las mujeres y las niñas y, en caso necesario, ofrecer acompañamiento a quienes tengan una MGF practicada. Las intervenciones preventivas se realizan en el marco de los servicios de la salud, servicios sociales, educación y otros servicios relacionados con la atención a las personas, y siempre desde un enfoque amplio de la educación para la salud. Principalmente se llevan a cabo entre profesionales y las mujeres/madres o posibles futuras madres de niñas, pero también entre los hombres (incluyéndolos cuando sea posible), jóvenes y a cuantos más individuos posibles de la comunidad.

QUÉ ES INTERVENCIÓN PREVENTIVA

La intervención se enfoca desde el empoderamiento y la transferencia de conocimiento, desde el respeto y la sensibilidad.

Se crea un espacio de seguridad, para que con el tiempo necesario se pueda hablar del tema con tranquilidad.

La intervención se lleva a cabo a lo largo del tiempo y se van tejiendo relaciones de confianza entre las personas involucradas en el abordaje.

La intervención se focaliza en el empoderamiento de toda la unidad familiar y no solo en la protección de la menor.

QUÉ NO ES INTERVENCIÓN PREVENTIVA

El abordaje se hace desde la estigmatización y criminalización de la población que lo practica.

Abordar la temática por primera vez de forma abrupta y sin contar con la confianza ni el tiempo necesario.

La primera vez que se aborda el tema es frente a la inmediatez de un viaje a origen.

Las medidas cautelares son una medida de protección que se aplica cuando la prevención no se ha realizado o cuando no ha funcionado y nunca deberían ser entendidas como prevención.



MGF: MANUAL PARA
PROFESIONALES.
Fundación Wassu-UAB
págs. 42-43

USO DEL COMPROMISO PREVENTIVO

La Carta de Compromiso Preventivo se ha diseñado como una herramienta de soporte para las familias en sus viajes a los países de origen. Está pensada para que sea un elemento de apoyo en su decisión de no practicar la MGF a sus hijas, descargándoles de las presiones del entorno familiar en los países de origen.

USO RECOMENDADO

Su ofrecimiento es el resultado de un proceso de abordaje de la MGF y sensibilización con la familia.

Su aceptación debe ser voluntaria y de común acuerdo.

Es propiedad de los progenitores o tutores y ellos deciden qué uso le dan.

Su aceptación debe ir acompañada de otras actividades de prevención y sensibilización.

USO NO RECOMENDADO

Se ofrece como primera actuación de abordaje de la MGF o inmediatamente antes de realizar un viaje.

Imponerlo como medida punitiva o coaccionadora.

Obligar a firmarlo porque en caso contrario se informará al Departamento de Menores.

Se ofrece como única medida de prevención y sensibilización.

COORDINACIÓN CON OTROS/AS PROFESIONALES

¿QUÉ QUIERE DECIR
COORDINARSE
CON OTROS/AS
PROFESIONALES?



¿POR QUÉ ES
IMPORTANTE
HACERLO?

Tras el análisis de diversos casos, se ha detectado que, entre otros factores, uno de los fallos en el seguimiento del circuito propuesto suele ser el escaso (o ausente) registro en las historias clínicas y la falta de coordinación entre los/as profesionales que intervienen, imposibilitando el traspaso de información en momentos clave como el embarazo o la presencia de un viaje a origen. De la misma manera, esto puede ocasionar la judicialización en escenarios que no son necesarios, con los malestares económicos y emocionales que ello comportará a la familia implicada.


El Protocolo Nacional de actuación marca que: las actuaciones de los/as profesionales sanitarios/as se deben realizar desde una **perspectiva integral, multi e interdisciplinar**, abarcando tanto la atención primaria como la atención especializada, así como la **coordinación con otros/as profesionales de otros sectores (educación, servicios sociales, recursos locales...)** con el objetivo de realizar una **coordinación de acciones y garantizar la continuidad de los cuidados tanto a la persona mutilada como a la familia.**

Es importante que, ante cualquier intervención, se lleve a cabo registro constante, según los criterios y procedimientos de cada servicio. De modo que ello facilite el trabajo en red y la coordinación de profesionales, garantizando en todo momento la confidencialidad tanto de la niña como de la familia.



**GUÍA DE APLICACIÓN
DEL COMPROMISO
PREVENTIVO PARA
PROFESIONALES DE
ATENCIÓN PRIMARIA.**
Fundación Wassu-UAB.

ROL DE LOS/AS MEDIADORES/AS

No podemos obviar que vivimos en una sociedad multicultural, donde los factores más comunes de desigualdad yacen en las diferencias del idioma, del estatus legal, en los impedimentos administrativos y en los financieros. Estas experiencias negativas previas que reporten situaciones de exclusión social, estigma y discriminación crearán barreras sociales y culturales ([Fundación Wassu-UAB, 2020, pág. 14](#)). 

Aspectos a tener en cuenta cuando se aborda la MGF



BARRERA IDIOMÁTICA

Puede existir una barrera idiomática que dificulte mantener una conversación fluida para tratar temas sensibles y delicados.

DIFERENTES MARCOS DE REFERENCIA CULTURAL

A veces los/as profesionales no disponen de las herramientas necesarias para comprender el marco cultural de referencia (tradiciones, sistema de valores, mitos y símbolos) del «otro» / de la «otra».



¿QUIÉNES SON LOS Y LAS MEDIADORES/AS INTERCULTURALES?



Son personas formadas en inmigración, mediación e interculturalidad y que, con frecuencia, pertenecen a la población de origen con la que desarrollan el trabajo de mediación.

Respecto a la MGF, al ser entendida como una práctica que afecta a las mujeres, se valora positivamente que sea una mujer la mediadora para evitar posibles situaciones incómodas o violentas.

¿QUÉ HACEN?



Su principal tarea es mediar entre la población inmigrante y otros agentes sociales (servicios de salud, administración pública, etc.). A veces son confundidas como traductoras y/o intérpretes ya que suelen ser personas que forman parte de las comunidades afectadas por la práctica y conocen las lenguas locales. Pero, además, manejan los códigos culturales de la población migrada, lo que facilita la comunicación y transmisión de información en distintas temáticas.

¿POR QUÉ SON IMPORTANTES?



Los/as mediadores/as interculturales devienen una figura clave por su función como puente entre las familias y los/as profesionales. Esto posibilita la comunicación entre ambas partes pudiendo evitar actuaciones punitivas o medidas de protección en casos que no sean estrictamente necesarias.

VALORACIÓN DEL RIESGO DE MGF

Si bien existen unos indicadores establecidos en el Protocolo Nacional de actuación, Fundación Wassu considera conveniente complementarlo con otras variables.

Cabe recordar que los indicadores solo apuntan hacia un posible riesgo y en ningún caso lo determinan y/o confirman, siempre deben contextualizarse y analizar cada caso de forma individual. Estos factores se deben contrastar con la familia y realizar una valoración al respecto, si es necesario, en coordinación con otros/as profesionales.

INDICADORES DE RIESGO (SEGÚN EL PROTOCOLO NACIONAL)

Sexo femenino y que la familia sea originaria de un país y etnia en que se admite la práctica de la MGF.

Pertenecer a una familia en la que alguna mujer haya sufrido MGF.

INDICADORES DE RIESGO INMINENTE/ FACTORES PRECIPITANTES (SEGÚN EL PROTOCOLO NACIONAL)

La organización inmediata de un viaje al país de origen por parte de una familia con factores de riesgo.



La niña informa de las previsiones de la familia sobre la práctica de la MGF.

FACTORES DE PROTECCIÓN (QUE PUEDEN REBAJAR EL RIESGO)



La familia puede tener arraigo en el territorio (España) y manifestarse de forma sincera en contra de la práctica de la MGF.

Conocer el posicionamiento de la madre y también el del padre. A pesar de haber sufrido una MGF, se puede estar en contra de la práctica y no querer continuar con ella.

La familia puede haber viajado muchas veces al país de origen sin que se haya practicado la MGF a ninguna de las hijas y considera, de forma informada y consciente, que no hay peligro de que se produzca.

La menor de edad puede ser madura: tiene capacidad de autogobierno, capacidad crítica, conoce sus derechos y los riesgos de la práctica de la MGF y considera, de forma informada y consciente, que no hay peligro de que se produzca.

Además de tener en consideración el testimonio de la menor, se tienen que valorar otros posibles factores que reafirmen que existe un riesgo inminente de que se practique la MGF y que permitan determinar cuál es la mejor intervención a realizar, garantizando el bien y el interés superior de la niña.

[Cinco propuestas de modificación del Protocolo de actuaciones para prevenir la MGF](#)

ESCENARIOS MGF REALIZADA (confirmada su realización antes de llegar a España)

 **Manual para profesionales 2017**
pág. 70


 **Manual para profesionales 2017**
págs. 105-109



MUJERES ADULTAS que llegan a España con una MGF realizada

Delante de este escenario se deberían valorar las secuelas físicas y psicológicas, así como plantear la cirugía de reconstrucción (ofreciendo un acompañamiento psicológico que ayude a valorar la necesidad y pertinencia de este tipo de cirugía).

Sería indicado trabajar con ella y la familia para prevenir una potencial realización de la práctica en el caso de que tuviese o vaya a tener hijas.

- ▶ Se debe registrar en la historia clínica (de la manera más completa posible) la realización de una MGF (explicando si lo ha informado verbalmente la mujer o si ha sido identificada a través de una exploración física en los servicios de salud).
- ▶ Si la mujer tiene hijas menores de edad, se debe comunicar a pediatría e iniciar **actividades preventivas** de manera coordinada. 



NIÑAS que llegan a España por REAGRUPACIÓN FAMILIAR con una MGF realizada

La realización de actuaciones punitivas en este escenario podría perjudicar los avances en el abandono de la MGF. En muchas ocasiones no se involucra a la familia en el proceso y puede provocar que las familias dejen de reagrupar niñas o retrasen el momento de reagrupación hasta la mayoría de edad, evitando las consecuencias legales y, aun así, siguiendo con la práctica de la MGF en las niñas en los países de origen.

Delante de este escenario se deberían valorar las secuelas físicas y psicológicas, y registrar el problema de salud en la historia clínica. Que a una niña se le haya practicado la MGF se consideraría un factor de riesgo para las hermanas y, por lo tanto, sería recomendable emprender acciones de intervención preventiva con la familia.




NIÑAS ADOPTADAS que llegan a España con la MGF realizada

No es pertinente realizar actuaciones legales. Los padres adoptivos desconocen en general este hecho cuando adoptan a una niña.

Cuando desde pediatría se descubre que la niña ha sufrido una MGF, los padres adoptivos suelen vivirlo con angustia. Se recomienda un acompañamiento profesional, especialmente con la menor cuando sea pertinente, así como también registrar el problema de salud en la historia clínica, valorando las secuelas físicas y psicológicas.



MUJERES EMBARAZADAS CON UNA MGF PRACTICADA

- ▶ Puede ser valiosa la colaboración de alguna mujer de la comunidad o de mediadoras interculturales para ofrecer todo el soporte que pueda necesitar la mujer durante el embarazo.
- ▶ La primera visita de control de embarazo no es la más adecuada para realizar la exploración ginecológica, hay otras temáticas y dudas que la mujer necesita abordar, vinculadas con su salud sexual, reproductiva y la del bebé.
- ▶ Planificar con la mujer las intervenciones necesarias (en caso de un Tipo III, programar y hablar con tiempo y calma sobre la realización de la **desinfibulación**). 
- ▶ Registrar en la historia clínica la información y los detalles de la manera más completa posible sobre la MGF.

ESCENARIOS RIESGO DE MGF



MGF: Manual para Profesionales
pág. 66



**MUJERES JÓVENES,
MAYORES DE 18 AÑOS,
que conviven con su familia en España,
dependan de ella y que puedan estar
en riesgo de sufrir una MGF durante
un viaje al país de origen**

- ▶ El personal sanitario (médico/a de familia) citará a la joven a una consulta programada, donde se le ofrecerá información sobre la MGF (consecuencias tanto de salud como legales).
- ▶ Se le ofrecerán recomendaciones para el viaje y se resolverán posibles dudas y dilemas éticos que pueda tener la joven con su familia en España y en origen.
- ▶ Se tiene que indagar para conocer el posicionamiento de la joven ante esta práctica y poder clarificar posibles dudas que tenga.
- ▶ Anotar en la historia clínica todas las actuaciones llevadas a cabo y que sirva para poder hacer seguimiento en futuras visitas médicas.



**NIÑAS,
en riesgo de sufrir una MGF**

- ▶ Se debe realizar un análisis exhaustivo de los factores de riesgo, determinar si es inminente o no y qué factores pueden ser precipitantes.
- ▶ Se debe registrar en la historia clínica que no existe MGF, y seguir realizando actividades de prevención para evitar posibles actuaciones urgentes (como la aplicación de medidas cautelares) ante la presencia de un viaje.



**NIÑAS DE MATRIMONIOS
MIXTOS (o la madre o el padre
tienen origen en un país con preva-
lencia de MGF) y hay planificado un
viaje a este país**

- ▶ Desde los servicios de salud en coordinación con los servicios sociales deberían valorar el riesgo de MGF si se produce el viaje a origen, teniendo en cuenta la posición de ambos progenitores y considerar el posible conflicto de lealtades con la familia en origen y/o la comunidad.
- ▶ De la misma forma, el/la profesional de la salud debería realizar un trabajo de prevención y sensibilización tanto con la madre como con el padre, informándoles de las secuelas físicas y psicológicas que conlleva la MGF, además de las consecuencias legales de la realización de la práctica en sus hijas.
- ▶ Sería pertinente ofrecer el Compromiso Preventivo como herramienta de soporte a la familia y explorar la intervención de un/a mediador/a intercultural.



**MUJERES CON
UNA MGF REALIZADA Y
EMBARAZADAS DE UNA NIÑA**

- ▶ Se recomienda tener en consideración lo que se detalla en el escenario «Mujeres embarazadas con una MGF practicada».
- ▶ Averiguar las intenciones y expectativas de la mujer sobre la MGF e informarle de las consecuencias tanto de salud como legales.
- ▶ En caso de detectar intencionalidad de realizar la MGF a sus hijas es prioritario conocer y poner en marcha las acciones coordinadas con el resto de los/as agentes y recursos para trabajar la sensibilización (la intervención de un/a mediador/a intercultural en este escenario resulta clave).

ESCENARIOS MGF REALIZADA *(Nacidas en España o con residencia habitual en España)*

HAY REPERCUSIÓN LEGAL

A  **B**  **C** 



NIÑAS NACIDAS EN ESPAÑA, a las que se realiza la MGF durante un viaje de vacaciones o durante una larga estancia en el país de origen de sus padres, con o sin consentimiento de estos

- ▶ Se debe realizar un parte de lesiones y comunicar la situación a los cuerpos de seguridad o a Fiscalía de menores.
- ▶ De la misma manera, se deben atender las posibles complicaciones de salud tanto físicas como psíquicas.



MUJERES JÓVENES MAYORES DE 18 AÑOS NACIDAS o con residencia habitual en España a quienes se les realiza la MGF en el marco de algún viaje al país de origen de sus padres

Programación de visita médica de la joven en caso de que se haya producido un viaje al país de origen de la familia:

- ▶ Programación de una visita médica.
 - ▶ Se registrará en la historia clínica.
- ▶ Si se constata que tiene practicada la MGF, se valorarán cuáles son sus consecuencias y se realizarán las acciones terapéuticas necesarias y derivaciones.
 - ▶ Se ha de emitir el correspondiente parte de lesiones.



NIÑAS NACIDAS EN ESPAÑA, a las que se realiza la MGF en territorio español o en otros países europeos

No se tiene conocimiento de tal escenario desde los años 90.

En caso de encontrarse ante esta situación se debería realizar un parte de lesiones y comunicar la situación a los cuerpos de seguridad o a Fiscalía de menores.



FAMILIAS en las que alguna de las hijas tiene una MGF practicada y otras no

Suelen ser niñas que han venido por reagrupación familiar y que los progenitores, a partir del trabajo de sensibilización, han decidido no continuar con la práctica en las hermanas nacidas en España. Se deben de tener en cuenta los sentimientos de culpabilidad, rabia o traición que se puedan generar, tanto en la madre como entre las hermanas. Ofrecer un acompañamiento psicológico.



TIPO IV EN MENORES DE EDAD

- ▶ Son todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos con fines no médicos, tales como la punción, perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.
- ▶ Aunque está tipificado no se le suele prestar atención. Se recomienda que pudiera ser considerado este tipo en los protocolos de abordaje.



Una familia senegalesa con dos niñas nacidas en España, de 12 y 2 años, respectivamente



La familia va a realizar un viaje de vacaciones a Senegal. Dos días antes se realiza una revisión pediátrica y la profesional detecta una MGF practicada en la niña de 12 años.



Se deriva el caso a la **unidad especializada de atención a la MGF** de Aragón, desde donde se confirma la MGF y se decide contactar con una organización del tercer sector para que dé soporte en la intervención.

FACTORES VALORADOS DE RIESGO SOBRE LA HERMANA MENOR:

- Edad de la niña (2 años).
- Presencia de un viaje al país de origen.
- Padre de grupo étnico practicante.
- Hermana con MGF practicada.

FACTORES VALORADOS QUE MINIMIZAN EL RIESGO SOBRE LA HERMANA MENOR:

- Padres en contra de la práctica.
- La madre no tiene la MGF practicada.
- Ya se había trabajado en la prevención de la MGF con la familia desde los servicios de salud.
- Para el viaje que realizaron en 2015 los padres firmaron el Compromiso Preventivo.

APRENDIZAJES:

• La valoración de realizar el parte de lesiones al regreso del viaje es una decisión arriesgada, puesto que un escenario hipotético posterior podría haber sido que la familia hubiese decidido quedarse en el país de origen y no regresar a España, y así evitar las posibles consecuencias legales que esto podría causar sobre ellos. En este caso, tanto la buena trayectoria de la familia con pediatría como el trabajo de prevención realizado en el tiempo permitieron establecer una relación de confianza y respeto a la hora de no tomar medidas legales y permitir viajar a la familia con un resultado positivo al regreso.

• Se debe hacer siempre hincapié en el trabajo preventivo con las familias de forma regular en el tiempo, pero la posición que ocupan los profesionales cuando surgen casos de viajes inminentes a los países de origen es complicada y es normal que surjan grandes dilemas profesionales sobre cuestiones como la denuncia, las medidas legales y la posibilidad de no retorno.

ANTECEDENTES:

En 2015 la familia ya había realizado otro viaje a Senegal (con la niña que ahora tiene 12 años y que entonces tenía 5) para el cual se realizaron las revisiones pediátricas pertinentes, tanto en la revisión previa como en la posterior al viaje no se detectó la realización de la práctica.

Es la misma pediatra la que en esta ocasión detecta la MGF en la niña de 12 años (la hermana mayor). La familia se muestra sorprendida y expresa que no tenía conocimiento de que su hija tuviese la práctica realizada.

INFORMACIÓN QUE SE DESCONOCE:

Si la familia ha realizado algún otro viaje entre 2015 y 2022 sin conocimiento de pediatría, donde se le pudiese haber realizado la MGF a la hermana mayor.

Se trata de un caso que requiere intervención urgente en el que entran en juego tanto las decisiones sobre la MGF practicada en la hermana mayor, como la valoración del riesgo para la hermana pequeña de 2 años que también va a viajar.

Se debería valorar la posibilidad de que pediatría hubiera cometido un fallo en la revisión post viaje de 2015 y que no hubiese identificado o registrado la MGF en la historia clínica.

ONG

Se encarga de encauzar la coordinación de pediatría con el resto de los recursos.



Pediatría



Servicios sociales



Protección de menores

Se tuvo que realizar una intervención coordinada en menos de 2 días (el tiempo que faltaba para el viaje), para valorar si se permitía la realización del viaje y sobre la investigación que tendría que darse del caso.



HIJA MENOR

• Finalmente se determina que la familia pueda viajar, se llega a la conclusión de que no existe riesgo inminente sobre la hija menor.



HIJA MAYOR

• Por otro lado, sobre las repercusiones de la MGF detectada en la hija mayor, se debe redactar el parte de lesiones pero se decide que se hará cuando la familia vuelva del viaje. Se llega a esta decisión siguiendo con lo estipulado en el **Protocolo para la prevención y actuación ante la MGF en Aragón**, donde se especifica sobre el parte de lesiones que «se puede valorar cuando es el mejor momento para hacerlo» (pág. 21).

• La familia es consciente y es informada durante todo el proceso que, una vez vuelvan de las vacaciones, se tendrá que reanudar la investigación y que podrá haber consecuencias legales.

AL REGRESO DEL VIAJE:

La familia vuelve del viaje y en la revisión posterior se confirma que no se le había realizado la práctica a la hija menor. Ante esta comprobación, Protección de menores cierra el caso.

Sobre la hija mayor se comienza un proceso de revisión clínica ya que se valora que puede existir una patología que dé una explicación a la incógnita de cuándo se le realizó la MGF y si se trata o no de una MGF, ya que la familia sigue manteniendo que no se le practicó la MGF (a la espera de diagnóstico clínico).

CASO PRÁCTICO 2



Una mujer de Nigeria, de 32 años, llega a España hace pocos meses y acude a una visita con la médica de familia para pedir métodos anticonceptivos.



Durante la visita, la médica aprovecha para realizarle una exploración y le detecta una MGF de tipo I (del que la mujer ya era conocedora).



Una MGF ya practicada, en sí misma, no suele ser motivo de consulta por iniciativa de las mujeres, ya que se considera una práctica dentro de la normalidad en las comunidades. En un primer encuentro no es aconsejable abordar el tema, tampoco es necesario completar la historia clínica ni realizar una exploración completa si no es preciso (hay que tener en cuenta los motivos por los que cada mujer acude a consulta).

Se debería valorar por qué se hace una exploración de los genitales a una mujer que acude a consulta por otros motivos. Llevar a cabo este tipo de acciones sobre mujeres que proceden de países que tienen prevalencia de MGF, puede ser estigmatizante.



Tras la detección, se deriva a la mujer a la **Unidad de salud sexual y reproductiva** del hospital referente para que puedan evaluar su caso y ver si necesita una cirugía de reconstrucción.

No debería considerarse esta cirugía como el paso final de cada proceso de recuperación, pues hay que valorar las necesidades que presenta cada mujer. Es necesario recordar el motivo por el cual la mujer acude a la médica de familia, que es para solicitar métodos anticonceptivos, no por molestias asociadas a la MGF, que, en ese caso, deberían ser valoradas de forma diferente.

Finalmente, desde la **Unidad de salud sexual y reproductiva**, se evalúa el estado de salud de la mujer y se considera que no necesita someterse a la cirugía de reconstrucción.

APRENDIZAJES:

- En una primera visita médica conviene priorizar el establecimiento de una relación de respeto y confianza que facilite la continuidad en las visitas y, por tanto, el conocimiento de la historia individual de la mujer (origen, procedencia, grupo étnico, etc.), valorando la normalización de las preguntas sobre la MGF como parte importante de la salud sexual y reproductiva.
- La cirugía de reconstrucción no es la solución para todas las mujeres, se debe valorar en cada caso de forma individual. La mujer tiene que conocer bien en qué consiste la intervención y qué efectos podrá tener en su vida y, sobre todo, tiene que existir el deseo y una intención de querer someterse a la intervención.

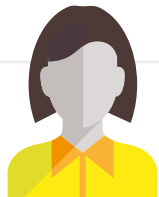
RECURSOS:



MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.
MANUAL PARA PROFESIONALES.
Fundación Wassu-UAB.



Una joven de 28 años, nacida en España y con padres de origen gambiano, detecta que tiene ciertos problemas de salud (como que no puede mantener relaciones sexuales, por ejemplo), pero no sabe qué le pasa.



Buscando información acaba contactando con una asociación local que le informa y asesora sobre lo que es la MGF.

Esta asociación le ofrece dos recursos principales:

1. La pone en contacto con una **organización con más recursos situada en Madrid**. Desde esta entidad se le ofrece el recurso de terapia psicológica de forma telefónica y durante todo el proceso de recuperación cuenta con este apoyo.
2. Es derivada a un servicio de **fisioterapia del suelo pélvico**. La fisioterapeuta le detecta una MGF de tipo III (infibulación) y comienza a trabajar con ella en la recuperación de los problemas de salud causados por la práctica, adaptándose a sus necesidades.

Pasado el tiempo, en 2019, esta mujer decide someterse a una intervención de desinfibulación y cirugía reconstructiva, en este punto la fisioterapeuta decide coordinarse con la psicóloga de la entidad de Madrid para valorar la situación.

Un mes después de la intervención, la mujer decide acudir de nuevo a la fisioterapeuta de suelo pélvico de Canarias.

Presenta:

- Dolor severo que no se mitigaba con la medicación que le habían recetado.
- Sentimientos de autocastigo por haberse sometido a la intervención.

A partir de entonces, en 2021, entra en el circuito del Servicio Canario de Salud.

La cirugía de reconstrucción supone una nueva intervención que puede hacer aflorar alteraciones psicológicas ligadas a una «nueva mutilación».

Derivación a:

- Médico rehabilitador.
- Urólogo.
- Fisioterapeuta de suelo pélvico (la misma durante todo el proceso).
- Además, se ofrece servicio de psiquiatría.

El proceso de recuperación física después de la operación dura alrededor de un año y medio, pero el acompañamiento psicológico debería ser continuado a largo plazo.

ANTECEDENTES:

Le realizaron la MGF a los 5 años de edad durante un viaje a Gambia, pero hasta 2018 nadie le había detectado la práctica, a pesar de que había acudido al ginecólogo en otras ocasiones.

La experiencia de esta joven con la MGF fue muy traumática y su vida estuvo en peligro, por lo que sus padres decidieron no realizarle la práctica a las hermanas menores.

INFORMACIÓN QUE SE DESCONOCE:

Se cree que no se ha hecho trabajo preventivo sobre la MGF con esta familia porque las hermanas mayores que sí que tienen la práctica realizada no han recibido ningún tipo de seguimiento ni valoración de las posibles complicaciones para la salud que puedan tener.

Se resalta la importancia de la formación a todos/as los/as profesionales de la salud.

Se podría haber valorado una posible coordinación con el ginecólogo para informarle sobre el tema, pero en este caso se respeta la decisión de la joven de no comunicarlo.

Se podría haber valorado una posible intervención preventiva con la familia, pero en ese caso se opta por ceñir el plan de recuperación a las necesidades que requería esta joven y que se limitaban a trabajar a solas y únicamente con ella.



Finalmente la mujer viaja a Barcelona para ser intervenida en una clínica privada.

Proceso pre-intervención quirúrgica:

- Previamente a la intervención se realiza únicamente una valoración física.

Habría sido necesario y deseable que, antes de someterse a la reconstrucción, se hubiera realizado por parte de los/as profesionales que realizaron la intervención, una valoración psicológica conjunta y de acompañamiento en la toma de decisión de la joven.

Proceso de recuperación postintervención quirúrgica:

- Se fija una fecha de revisión a los 5 meses.
- Se pone como «objetivo» intentar tener relaciones sexuales con penetración antes de la siguiente revisión.

La decisión de mantener relaciones sexuales es una decisión personal y privada que debe concernir únicamente a la persona en cuestión, no se debería, en ningún caso, insinuar ni alentar a mantener este tipo de interacciones si no son de forma voluntaria y deseada por parte de la joven. Además, se deberían haber proporcionado recursos que sí que son fundamentales, como apoyo psicológico y rehabilitación.

APRENDIZAJES:

• Es importante que los protocolos de actuación ante la MGF contemplen la formación constante de los/as profesionales sanitarios/as y que se haga todo el circuito desde Atención Primaria hasta llegar a los servicios de rehabilitación en Atención Especializada, sin poner en duda que estas mujeres necesitan de tratamiento fisioterapéutico. Las unidades de suelo pélvico ya están creadas, es cuestión de formar al equipo multidisciplinar para que sepa cómo derivar a estas mujeres.

• Ante una posible cirugía de reconstrucción es fundamental que haya una valoración psicológica. La mujer tiene que conocer bien en qué consiste la intervención y la recuperación, así como también conocer los efectos que podrá tener en su vida. Es necesario considerar las repercusiones de la MGF en su vida sexual y los beneficios (y limitaciones de estos) que puedan darse con la cirugía, tanto a nivel funcional, de apariencia anatómica de sus genitales externos y, por supuesto, en su vida psicosexual y reproductiva en general.

RECURSOS:



FISIOTERAPIA EN LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.
Comisión de Fisioterapia en Uroginecología y Obstetricia del COFC.



Una familia de Guinea Conakry con 4 hijos, los dos pequeños (una niña de 10 años y un niño de 7) han nacido en España, mientras que los hijos mayores (un chico de 18 años y una chica de 12) han llegado hace pocos meses por reagrupación familiar. La madre tiene la MGF realizada y la hija de 12 años también (practicada a los 8 años de edad).



La niña de 12 años acude a consulta con su madre por una infección vaginal. La niña se resiste a ser explorada. Finalmente la exploración se hace a la fuerza y es cuando la pediatra detecta la MGF.

Además del diálogo entre los/as profesionales y la madre y la niña, se debería valorar en cada caso la intervención de una mediadora que hable el idioma de origen.

Según la [Ley 41/2002 de Autonomía del paciente](#) esta situación en contra de la voluntad de la menor está permitida cuando existe el consentimiento de los padres. A pesar de esto, realizar este tipo de acciones pueden suponer sucesos traumáticos para las menores que provoquen rechazo hacia los servicios de salud en un futuro por parte de las niñas.



La **doctora** detecta una MGF pero no está formada en el tema, por lo que decide acudir a una **enfermera** que sí que tenía conocimientos sobre MGF.



La **enfermera** decide no llamar a los Mossos d'Esquadra hasta que no se disponga de más información. Decide dialogar con la madre sobre la práctica para conocer el posicionamiento de la familia.

- Realizan el abordaje según el [Protocolo d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina](#) de la Generalitat de Catalunya.
- Lo hace constar en el registro de la historia clínica de la menor.

Deberían explicarse y valorarse las posibles consecuencias para la salud de la MGF que presenta la niña de 12 años y derivarla si es necesario, así como garantizarle toda la información para que no lo viva como un tabú.



A raíz de este caso, se pone el foco sobre la hermana pequeña que tiene 10 años (ya nacida en España), pues se valora un posible riesgo de que pueda ser mutilada y se decide iniciar una **intervención preventiva**.

VALORACIÓN DEL RIESGO

- Pertenece a una familia que está a favor de la MGF aunque conocen las implicaciones legales que hay.
- No existe ningún viaje próximo a origen.

La enfermera insiste en la información sobre las consecuencias sobre la salud en caso de que se realizase una MGF y sigue con el trabajo de prevención.

En caso de que hubiese un viaje inminente se debería volver a valorar el riesgo de MGF. Lo más importante es la realización de un trabajo de sensibilización constante antes de que se programe el viaje. Los servicios de salud deberían coordinarse con los servicios sociales para notificar que se está trabajando con la familia y así evitar la duplicidad de las acciones preventivas.

APRENDIZAJES:

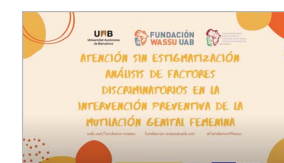
• Cuando alguien con quien intentemos plantear el tema de la MGF se niegue a hablar sobre ello, no debemos obligarle. Es conveniente posponerlo e intentarlo en otro momento. La revisión forzosa que se realiza a la niña de 12 años puede dificultar que se establezca una relación de confianza entre los/as profesionales de la salud y ella, provocando que se creen tensiones y sea más complicado abordar el tema y trabajar en prevención a lo largo de la vida de la niña. Además, se debe tener en cuenta la situación de vulnerabilidad en la que se puede encontrar una menor de edad que ha llegado hace pocos meses y los sentimientos de vergüenza a ser expuesta cuando le revisan los genitales.

• A las niñas que llegan con una MGF realizada a España se les debería ofrecer una atención integral por parte del sistema sanitario. A su vez, la familia debería recibir una intervención preventiva para evitar futuras mutilaciones en otras hijas nacidas en España.

RECURSOS:



[NUESTRA SALUD TAMBIÉN IMPORTA.](#)
[Médicos del Mundo.](#)



[ATENCIÓN SIN ESTIGMATIZACIÓN. TESTIMONIOS DE PROFESIONALES.](#)
Fundación Wassu-UAB.



Una familia gambiana con dos niñas, una de 4 años y la otra de 5 meses (ambas nacidas en España)



En una visita médica con la madre, la trabajadora social de pediatría conoce que la familia tiene previsto viajar de vacaciones a Gambia en 3 meses, por lo que se empieza a valorar un posible riesgo de que a las niñas se les practique una MGF durante el viaje.

VALORACIÓN DEL RIESGO



- La madre y tanto las tías maternas como paternas tienen la MGF practicada.
- Presencia de un viaje al país de origen.
- La abuelas en origen siguen realizando la práctica.

¿CÓMO SE REALIZA ESTA VALORACIÓN?

Se comienza a hablar del tema en una visita con la madre, se hace prevención explicando las consecuencias que tiene la MGF para la salud y explorando el posicionamiento de la familia respecto de la práctica y los motivos por los cuales se realiza. La pediatra y la enfermera conocen a la familia desde hace mucho tiempo y describen al padre como colaborador y con quien existe una relación de confianza.

En este caso se valora el riesgo según los indicadores que marca el [Protocol d'actuacions per prevenir l'MGF \(Generalitat de Catalunya\)](#).

INFORMACIÓN QUE SE DESCONOCE:

- Grupo étnico al que pertenece la familia.
- En qué año llegó la familia a España.
- Cuándo se realizó la reagrupación familiar.

La trabajadora social de pediatría quiere notificar el caso a los servicios sociales porque considera que existe riesgo inminente de que se practique la MGF y el protocolo indica que debe realizar la notificación.

FACTORES VALORADOS QUE MINIMIZAN EL RIESGO:

- Tiempo que lleva la familia en España.
- Niñas nacidas en España.
- Padre en trámites de obtener la nacionalidad española (voluntad de quedarse en España).
- Los padres conocen tanto las consecuencias para la salud como las legales de la práctica.
- Padre convencido de no querer practicar la MGF a sus hijas.
- Los padres estarán presentes en el viaje a origen.
- Predisposición de colaborar y confianza en los servicios de salud.



La profesional contacta con una **mediadora intercultural** que hable el idioma de la familia.



La profesional presenta el **Compromiso Preventivo** y la familia decide firmarlo para dialogar con sus parientes en origen y evitar posibles conflictos de lealtad, explicando que quien prohíbe la práctica es el sistema del país de destino.



Contacta con una **organización local en Gambia** por si la familia necesita apoyo o ayuda en prevención cuando realice el viaje.



Finalmente la familia realiza el viaje, pero se desconoce el seguimiento posterior.

Finalmente anula la notificación del caso porque se valora que se dispone de tiempo para trabajar en prevención con la familia y coordinarse con otros/as profesionales (en este caso, pediatría y enfermería).

CONTINUACIÓN HIPOTÉTICA DEL CASO

ESCENARIO A:

- La familia viaja a origen, han firmado el Compromiso Preventivo y les ha ayudado a reforzar su posicionamiento en contra de la práctica durante su estancia en Gambia.
- A su vuelta a España se realiza una revisión de los genitales de la niña y se comprueba que sigue intacta.
- Se sigue trabajando la prevención y se valora si las niñas siguen estando en riesgo ante la presencia de otros viajes.

ESCENARIO B:

- La familia viaja a origen y se le realiza la práctica a la niña.
- A su vuelta a España se realiza una revisión médica de la niña y se comprueba que le han practicado la MGF.
- Coordinación con servicios sociales y comunicación a autoridades judiciales (Fiscalía o Protección de menores).

ESCENARIO C:

- La familia finalmente decide anular el viaje y posponerlo para más adelante.
- Se aprovecha para seguir trabajando en prevención de forma coordinada con otros/as profesionales.

APRENDIZAJES:

- Ante la falta de formación e información sobre la MGF es comprensible que salten las alarmas sobre posibles riesgos inminentes, por lo que valorar los aspectos positivos sobre los que se puede trabajar y coordinarse con otros/as profesionales es imprescindible para poder valorar la intervención más adecuada.
- La Carta de Compromiso Preventivo debe usarse como herramienta de soporte a las familias en sus viajes a los países de origen, elemento de apoyo en su decisión de no practicar la MGF a sus hijas. Permite fortalecer el compromiso de los progenitores para evitar la MGF y descargarles de las presiones del entorno familiar en los países de origen.
- Al regresar del viaje a Gambia se debería haber hecho una revisión médica a las niñas para valorar su estado de salud y haber continuado con el trabajo de prevención para reforzar la decisión de la familia de no realizar la MGF a lo largo de la vida de estas niñas.



Una niña de 10 años nacida en España va a viajar a Gambia con su padre (la madre se queda en España). El padre regresará a España después de sus vacaciones y la niña se quedará por un tiempo aproximado de un año con la familia paterna.



Desde el colegio de la niña, alertan al **EAP** porque les preocupa el tiempo de la estada y sospechan de un posible MGF o matrimonio forzado.

El **GAV** de Mossos d'Esquadra activa el protocolo de intervención y se coordinan con diferentes profesionales (pediatría, **ASSIR**, servicios sociales).



Durante el transcurso se ofrece intervención de un/a mediador/a intercultural, pero la familia no lo ve necesario.

El recurso de mediación podría ser fundamental y no una opción que recaer sobre la voluntad de la familia.

CONCLUSIÓN DEL CASO

El **GAV** concluye que existe riesgo para la integridad física de la menor o posibilidad de ser sometida a matrimonio forzado.

Adopción de medidas cautelares

- 1 ▶ Plazo de 24 horas para entregar el **pasaporte** de su hija y posibilidad también de retener el de la otra hija en los próximos meses.
- 2 ▶ Los **Mossos d'Esquadra** piden que entregue el billete de avión de la niña, pese a estar cancelado. Control cada 3 meses para comprobar que no hayan salido del país y posibilidad de verificación presencial.

APRENDIZAJES:

• La familia colaboró durante el proceso y se posicionó reiteradamente en contra de la MGF. Ante esta situación se debería haber reforzado la decisión de no mutilación, y haber ofrecido el Compromiso Preventivo durante el trabajo de prevención como una herramienta de apoyo para la familia y no como una medida punitiva, pues su firma no es obligatoria y el documento no tiene recorrido legal.

• Si se le hubiera dejado viajar, se debería haber programado una visita médica a la vuelta. Si durante la revisión tras el regreso se comprueba que los genitales siguen intactos, se podría continuar con un trabajo de refuerzo sobre actividades preventivas que sigan asegurando la integridad de la niña en futuros viajes.

• En relación con el riesgo de matrimonio forzado se debería haber realizado un trabajo de prevención anterior y averiguar la postura de la familia y los planes de futuro para la niña.

• La prohibición de un viaje se realiza como una medida de protección de la menor, pero no debería entenderse como una actuación de prevención. Además, lejos de empoderar a las familias o a las menores en el abandono de la práctica, este tipo de medida las posiciona como individuos sin agencia ni capacidad de cambio.

• **Entran en juego cuestiones como:** ¿cuándo se retornará el pasaporte? ¿Cuándo la niña sea mayor de edad? ¿Cuándo deja de estar en riesgo una niña?

VALORACIÓN DEL RIESGO

- Edad de la niña (10 años).
- La madre tiene la MGF practicada.
- Pertenece a un grupo étnico practicante.
- Viaje a Gambia, inicialmente por un año en el que la niña se quedaría con la abuela paterna y otra esposa de su padre.

¿CÓMO SE REALIZA ESTA VALORACIÓN?

El riesgo se determina una vez que se identifica el viaje al país de origen de carácter inminente. Los factores de riesgo son los que marca el protocolo catalán, pero no se tuvieron en cuenta otros factores que pudieran minimizar el riesgo. La valoración del riesgo de matrimonio infantil se realiza en base a que la madre se casó con 14 años.

FACTORES QUE NO SE HAN TENIDO EN CUENTA:

- La familia manifiesta reiteradamente que está en contra de mutilar a sus hijas.
- Firmarán sin problema el Compromiso Preventivo.
- La familia es consciente de las leyes referentes a la MGF, tanto en España como en Gambia.

INFORMACIÓN QUE SE DESCONOCE:

- No hay registro de que se hubiera abordado el tema de la MGF con anterioridad al viaje.
- Saber si se abordó el tema de los matrimonios infantiles con la familia.
- Posicionamiento de la familia sobre los matrimonios infantiles.
- Planes que la familia tenía para la niña sobre el matrimonio.



PEDIATRÍA: informa que no hay Compromiso Preventivo firmado. Se cita a la familia para la revisión de la hija, se comprueba que no hay MGF practicada, se les facilita el Compromiso Preventivo y los padres firman el documento.



Mediadora del ASSIR: descarta que la niña pueda sufrir una MGF, pero cree que hay riesgo de matrimonio forzado y teme que la estancia en Gambia se alargue.



Servicios Sociales: explican a la familia el protocolo que se ha de seguir cuando la menor regrese de Gambia y se le explica que un viaje tan largo sería perjudicial para ella y su integración. La familia acepta seguir el protocolo y reducir el tiempo del viaje.

CONCLUSIÓN HIPOTÉTICA DEL CASO:

Debe tenerse en cuenta que la retirada del pasaporte implica la prohibición de un **derecho fundamental a la libre circulación** (Artículo 19 de la Constitución Española). Por lo que, una vez retirado, debería continuarse con el trabajo preventivo realizado con la familia, con el fin de asegurar que la «situación de riesgo» que ha motivado la retirada sea una situación transitoria, y seguir trabajando para poder garantizar el derecho a la libre circulación de la menor lo antes posible.

RECURSOS:



PROTOCOL PER A LA PREVENCIÓ I L'ABORDATGE DEL MATRIMONI FORÇAT A CATALUNYA. Generalitat de Catalunya.



GUÍA DE APLICACIÓN DEL COMPROMISO PREVENTIVO PARA PROFESIONALES DE ATENCIÓN PRIMARIA. Fundación Wassu-UAB.



Una familia originaria de Mali, compuesta por el padre y la madre y 4 hijos (tres niños y una niña de 7 años). Niña nacida en Mali.



La niña de 7 años comenta en el colegio que realizará un viaje con su familia a Mali. La tutora y la directora del centro escolar comienzan a actuar al sospechar de un posible riesgo de MGF.



Finalmente la inspectora de Educación informa a los Mossos d'Esquadra y se judicializa el caso.

CONCLUSIÓN DEL CASO

La familia tiene que declarar en los juzgados y se pide que la directora del centro testifique. La Fiscalía determina que hay posibilidad de «re-mutilar» a la niña.

Adopción de medidas cautelares

- ▶ Se retiene el pasaporte y no se sabe hasta cuándo. Más adelante se confirma que es hasta los 18 años.

La idea de que hay riesgo de remutilación en este caso se basa en la idea errónea de que los tipos de MGF son acumulativos (como si primero se realizase un tipo I, al cabo del tiempo tipo II, etc.). Esto no es así, por lo que dicha información demuestra una clara falta de conocimiento sobre el tema.

APRENDIZAJES:

- Es fundamental moverse con prudencia, discreción y con la máxima confidencialidad ante un posible caso de MGF. Tomar la decisión, desde los servicios de educación, de hablar con la niña, con la familia, con la policía u otras iniciativas que pueden ser bienintencionadas, pueden llegar a ser temerarias y resultar totalmente contraproducentes si se llevan a cabo de forma prematura, sin conocimiento y sin coordinación con los servicios de salud y servicios sociales.
- Hablar sobre la MGF es todavía un tabú, en el caso del padre además, se le expuso de forma pública en su entorno laboral, lo que puede suponer una humillación para él y su futuro profesional en la empresa.
- Es fundamental coordinarse con otros/as profesionales y no querer liderar individualmente ni unilateralmente la intervención de un caso concreto.

Se pierde la oportunidad de hacer prevención y se puede catalogar el abordaje como discriminatorio e incriminatorio, vulnerando **el derecho a la intimidad de la familia**.



La directora de la escuela cita a la madre (aunque hay una barrera idiomática, ya que no habla castellano) y le pregunta directamente: «¿No le haréis nada a la niña, no?». La madre responde que no, pero se entiende el lenguaje corporal como preocupante (la madre agacha la cabeza cuando le preguntan).

Además, se pone en contacto con la empresa donde trabaja el padre para corroborar que la familia tiene previsto un viaje.

En paralelo también se llama al **CAP** de la niña para que comprueben si la niña tiene la MGF practicada.



Acude la inspectora de Educación y citan otra vez a los padres. El padre afirma que su hija ya tenía la MGF practicada de antes.

VALORACIÓN DEL RIESGO

- Edad de la niña (7 años).
- Pertenece a un grupo étnico practicante.
- Presencia de un viaje al país de origen.
- Interpretación de lenguaje no verbal.



¿CÓMO SE REALIZA ESTA VALORACIÓN?

El riesgo se determina una vez hay un viaje inminente al país de origen. En las reuniones con la familia se sospecha que la madre tiene intenciones de que se realice la MGF a su hija durante el viaje, pero el lenguaje no verbal está sujeto a interpretaciones culturales y se debe valorar en cada caso antes de considerarlo como un factor de riesgo.

FACTORES QUE NO SE HAN TENIDO EN CUENTA:

- La familia expresa que la niña ya tenía la MGF practicada antes de que llegara a España.
- Desde pediatría del **CAP** confirman que la niña ya tenía la MGF practicada y estaba recogido en su historia clínica y, por lo tanto, ya no hay riesgo.

INFORMACIÓN QUE SE DESCONOCE:

- Año de llegada de la familia a España/reagrupación familiar.
- Ya existía un trabajo de prevención con la familia, llevado a cabo por los servicios de salud, pero al no darse una coordinación entre profesionales, el trabajo previo queda desvalorizado.

CONTINUACIÓN HIPOTÉTICA DEL CASO

ESCENARIO A:

- Se genera una situación de desconfianza y rechazo por parte de la familia a colaborar con los servicios de atención primaria.
- Una vez les devuelven el pasaporte deciden regresar a su país de origen, o mudarse de país o de comunidad autónoma.

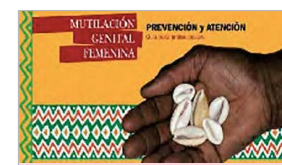
ESCENARIO B:

- Se da una implicación por parte de los/as profesionales para que se vuelva a valorar el riesgo y le retornen el pasaporte a la menor.
- Se trata de volver a establecer los lazos de confianza con la familia para seguir trabajando la prevención de la MGF.

RECURSOS:



CÓMO HABLAR SOBRE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.
END FGM.



MINIGUÍA PARA PROFESIONALES.
MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.
PREVENCIÓN Y ATENCIÓN.
Fundación Wassu-UAB.



Un hombre de Gambia residente en España reagrupa a su mujer y a sus 2 hijas (de 8 y 5 años) desde este mismo país.




En una revisión, pediatría detecta una MGF en la hija mayor (practicada en 2008 a la semana de vida) y en la hija pequeña (practicada en 2011 a la segunda semana de vida).



APRENDIZAJES:

• En los escenarios de reagrupación familiar, no debería darse una denuncia, solo debería registrarse en la historia clínica y ofrecer atención y seguimiento a las niñas y a la madre (en este caso superviviente también) de la MGF.

• No se tiene en cuenta el objetivo de la [Directiva 2003/86/CE del Consejo, de 22 de septiembre de 2003](#), sobre el derecho a la reagrupación familiar, por lo que este derecho no podría ser ejercido como tal, favoreciendo un proceso de marginación social que entorpecería la integración de la familia en España. También puede conllevar a que las familias decidan realizar reagrupaciones solo en el caso de los niños, masculinizando estos procesos migratorios. 

• Se corre el riesgo de que se invisibilice la práctica por el miedo a iniciar procesos judiciales. Los profesionales de la salud que detecten la MGF podrían no recogerlo en las historias clínicas por un conflicto ético ante la posibilidad de que se persigan a estas familias y se judicialicen los casos.

RECURSOS:



PROTOCOL D'ACTUACIONS
PER PREVENIR LA MUTILACIÓ
GENITAL FEMENINA.
Generalitat de Catalunya.



Pediatría se pone en contacto con las **Mesas de Prevención** de la MGF, donde se determinó que se debía notificar a Fiscalía y, posteriormente el caso **se judicializó**.

Los casos de MGF en niñas en situaciones de reagrupación familiar no se deberían reportar a las fuerzas de seguridad.

Se debería:

- Registrar la MGF en la historia clínica de las niñas.
- Informar y comenzar el proceso de sensibilización con las familias.
- Explorar posibles consecuencias para la salud de las niñas.
- Valorar la posible derivación a otros servicios y coordinación con otros/as profesionales.



Durante el **proceso judicial**, el intérprete que se ofreció no hablaba la lengua de la familia (mandinka y serahule).

La barrera idiomática dificulta todavía más el proceso, tuvo que ser la propia mediadora cultural la que hiciese la traducción simultánea.



La Fiscalía solicita **6 años de cárcel** para la madre por no haber impedido la MGF en su segunda hija en Gambia, alegando comisión por omisión.

En la fecha en la que ocurrieron los hechos (2008 y 2011), la MGF en Gambia no constituía ninguna infracción penal (se prohibió la práctica en 2015) siendo una tradición cultural y religiosa extendida por todo el país, por lo que la madre no podría haber evitado la MGF en sus hijas por sí sola.



Conclusión del caso:
Finalmente **se absuelve el caso**.

Si la mediadora cultural no se hubiera implicado traspasando sus funciones profesionales (actuar como traductora durante el juicio) y si la abogada de oficio no hubiera recibido asesoramiento por parte de una organización del tercer sector dedicada a la prevención de la MGF y a la formación de profesionales, probablemente la madre hubiera ido a prisión.



Un hombre de Senegal residente en España reagrupa a su mujer hace 9 meses. La mujer está embarazada y da a luz en España a una niña.



Una vez ha tenido a la niña, en el mismo hospital se pregunta a la madre por la intención de realizar la MGF a la recién nacida. Parece que la mujer está a favor de la práctica y manifiesta que sí quiere realizársela a su hija si algún día viajan a Senegal.



A raíz de estos sucesos interviene una **mediadora intercultural**:

- La mediadora activa una red de profesionales que se reúnen con la **DGAIA** para revalorar el caso.
- Se promueve la implicación y participación de los padres en sensibilizaciones sobre MGF, ya que desconocen las implicaciones de la práctica.

Al cabo de 4 meses la **DGAIA** les devuelve la custodia de la menor.

CONTINUACIÓN HIPOTÉTICA DEL CASO:

- Se deberá restaurar la confianza de la familia con los servicios sociales y atención primaria, para poder seguir trabajando la prevención de la MGF y valorar de nuevo la existencia o no de riesgo ante la presencia de algún viaje al país de origen.
- Ya que la madre es superviviente de MGF se deberían evaluar las posibles secuelas existentes, y ofrecer los cuidados que se precisen.

VALORACIÓN DEL RIESGO



- Madre a favor de la práctica.
- Ha expresado su deseo de que se le realice la práctica a su hija.

¿CÓMO SE REALIZA ESTA VALORACIÓN?

Durante el seguimiento del embarazo desde atención primaria no se hace prevención de la práctica, a pesar de que a la madre le detectan una MGF. La madre no habla castellano, por lo que se proporciona una intérprete en el momento en que se aborda el tema en el hospital tras dar a luz.

La intérprete habla otro idioma, por lo que continúa existiendo una barrera idiomática.

FACTORES QUE NO SE HAN TENIDO EN CUENTA:

- No hay ningún viaje programado.
- No se ha realizado trabajo de prevención con los padres anteriormente y les falta información para poder cambiar de posicionamiento en relación a la continuidad de la MGF.

Adopción de medidas cautelares

- 1 ▶ Desde la **DGAIA** se toma como medida provisional un desamparo preventivo y la menor (de días de vida) que es llevada a un centro de menores.
- 2 ▶ A la madre se le concede permiso para acudir al centro de menores durante unas horas al día para poder dar el pecho.

Se determina que es un caso de riesgo inminente pero no hay un viaje programado.

APRENDIZAJES:

- La prevención debería haber comenzado durante el seguimiento del embarazo de esta mujer. Aunque haya nacido la niña y su madre esté a favor de la MGF, la prevención se puede seguir trabajando.
- Existe un riesgo, pero no es inminente (tomando en consideración que la madre ha llegado a España hace 9 meses), además los padres se mostraron colaboradores en todo el proceso y se implicaron al asistir a formaciones sobre la MGF.
- Este tipo de medidas (retirada de la custodia de la menor) se consideran desproporcionadas y generan justo lo contrario: rechazo por parte de las comunidades y retorno al país de origen. Si se quiere garantizar el interés superior de la menor, tomando en consideración que es una recién nacida y lactante, debería haber estado al lado de sus padres durante sus 4 primeros meses de vida. Se debería haber puesto en marcha acciones coordinadas con el resto de agentes y recursos de la zona (sanitarios, sociales y comunitarios existentes) para trabajar en la sensibilización y cambio de actitud apoyando a la mujer y a su familia en el proceso preventivo de la MGF.

RECURSOS:



DESPLIEGABLE PARA INTERVENCIÓN CON LAS FAMILIAS.
Fundación Wassu-UAB.





Una familia originaria de Gambia, compuesta por la madre, 2 hijas, de 7 y 4 años de edad (ambas nacidas en España) y la pareja de la madre.



La niña de 7 años comenta en el colegio que dentro de pocos días realizará un viaje a Gambia con su madre y su hermana (la pareja de la madre no viajará) y que allí le realizarán una fiesta especial y secreta. Ante este testimonio, y sospechando de un posible riesgo de MGF, la tutora traslada la información a la dirección del centro escolar.



En la entrevista con la madre y la pareja se aborda:

Consecuencias para la salud de la MGF.

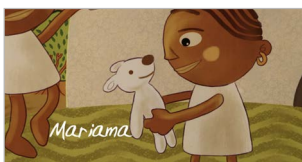
- Consecuencias legales en caso de que alguna de las hijas volviera con la MGF realizada.
- Valoración de la presión social y comunitaria en el país de origen.
- Ofrecimiento de acompañamiento, así como de otros posibles recursos existentes durante proceso.

Después de este abordaje preventivo, la familia es derivada con la pediatra, donde se hace prevención de la salud con motivo del viaje, revisión de vacunas y se ofrece el **Compromiso Preventivo**.

Finalmente la madre decide viajar, pero cuando realiza la escala antes de llegar a su destino, decide por propia voluntad no continuar y volver a casa ante el posible riesgo de no poder proteger a sus hijas.

Posteriormente, la madre fue formada como agente de salud como forma de promover el empoderamiento de las mujeres y la participación comunitaria.

RECURSOS:



CORTOMETRAJE
DOCUMENTAL MARIAMA.
UNAF.



LA DIRECCIÓN DEL CENTRO ESCOLAR

contacta con **Protección de menores** del ayuntamiento correspondiente.

Antes que con Protección de menores, el centro escolar se debería haber puesto en contacto con pediatría para valorar la situación, saber si eran conocedores del viaje y saber si ya se había hecho prevención con la familia

Coordinación de diferentes profesionales:

Protección de menores
(ayuntamiento)

Área de inmigración
(ayuntamiento)

Área de salud municipal
(ayuntamiento)

Pediatría

Centro escolar

Desde este ayuntamiento se coordinan también otras áreas

Al tratarse de una intervención de procedimiento inminente (el viaje se iba a producir dentro de pocos días), estas dos áreas toman las riendas de la intervención y contactan con **la pediatra** de la familia.

La médica de **salud municipal** y la técnica de **Inmigración** se desplazan al centro escolar. **El colegio** convoca a la madre y a su pareja para abordar el caso.

FACTORES VALORADOS DE RIESGO SOBRE LA NIÑA:

- Edad de la niña (7 años).
- Presencia de un viaje al país de origen.
- Testimonio de la niña sobre la realización de una fiesta secreta.

FACTORES VALORADOS QUE MINIMIZAN EL RIESGO SOBRE LA NIÑA:

- Buena relación y trayectoria en el centro escolar.
- No se detecta ningún factor de desprotección infantil.
- La madre firma el Compromiso Preventivo.

APRENDIZAJES:

• Además de tener en consideración el testimonio de la menor, se tienen que valorar otros posibles factores que reafirmen que existe un riesgo inminente de que se practique la MGF y que permitan determinar cuál es la mejor intervención a realizar, garantizando el bien y el interés superior de la niña.

• Deben evitarse las tensiones creadas ante la inmediatez de un viaje y debería priorizarse la construcción de una relación con la familia desde la confianza y el diálogo intercultural. A pesar del riesgo ante el viaje y el testimonio de la niña, la rápida coordinación de profesionales durante la intervención y la relación de confianza previa que existía con la familia, permitió la adecuada interiorización de la información por parte de la madre para que valorase los riesgos y tomase la decisión adecuada.

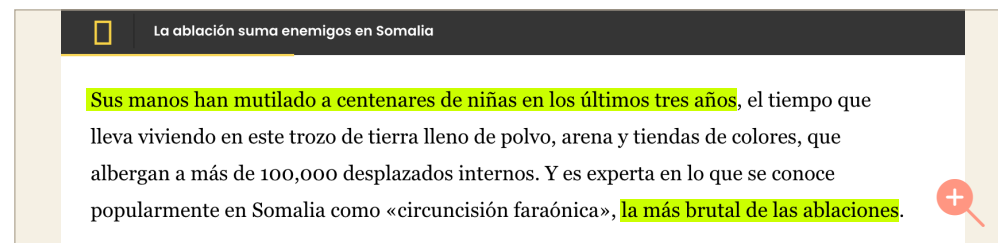
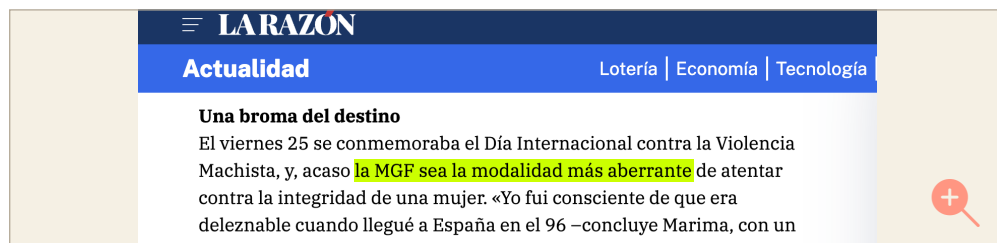
• La coordinación de diferentes profesionales a lo largo de este caso es fundamental, puesto que la escuela, por sí sola, presenta un papel limitado en la prevención de casos de MGF. Aun así, se valora de forma positiva el aprovechamiento del medio escolar en la realización de la intervención preventiva con la familia, puesto que ya suponía un espacio de confianza creado con la familia.

• La formación e implicación de las mujeres y otros miembros de la comunidad es fundamental para poder llevar a cabo intervenciones comunitarias de prevención. Promover su empoderamiento para que sean los principales impulsores del abandono de la práctica.

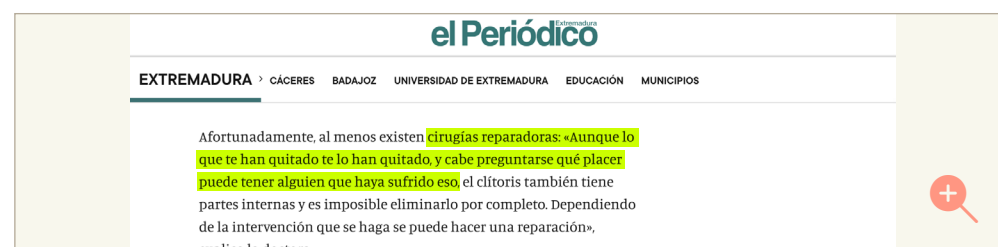
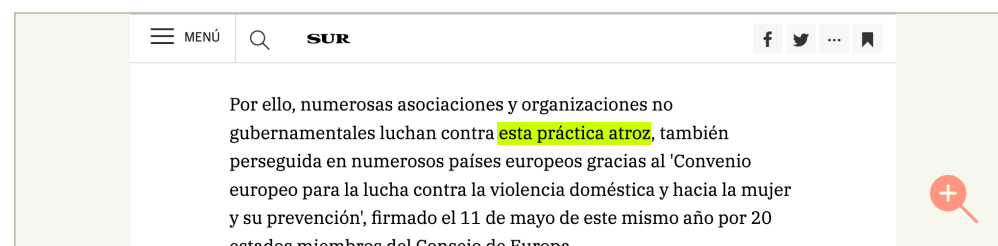
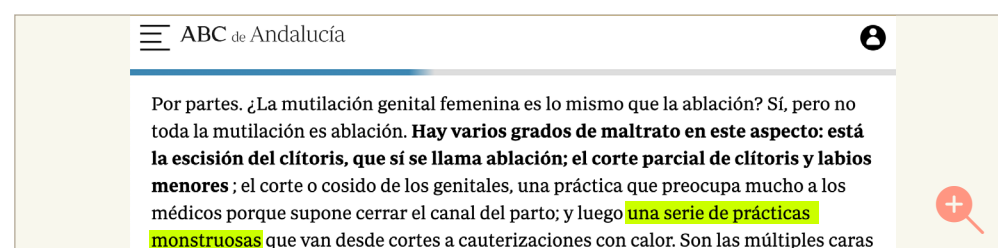


Distorsión en algunos
medios de comunicación

No se trata de una decisión que se tome de forma individual, es una práctica extendida en numerosas comunidades y apoyada socialmente.



La Mutilación Genital Femenina es reconocida internacionalmente como una práctica tradicional perjudicial que vulnera los derechos humanos. Las palabras **brutal**, **aberrante** o **monstruosa**, resultan ofensivas para las mujeres y comunidades afectadas, ya que expresan juicios de valores sobre ellas.



Tanto el tipo I, II, III como el IV son considerados MGF. No obstante, cuando se hace referencia a los tres primeros se juzgan las causas subyacentes. En cambio se habla de placer, valentía y estética en relación a los piercings (considerados tipo IV) y normalizando este tipo.

No se plantea el discurso sobre el tipo IV (raspado, piercings, introducción de sustancias, etc.) igual que los otros tipos de MGF. A la hora de abordar la temática, el Tipo IV se valora de forma positiva.

No se trata de personas «incompletas» que deban recuperar algo. Por otro lado, el placer sexual esta mediatizado por la cultura y es subjetivo, por lo que cada persona lo percibe de una forma distinta.

RECURSOS:



GUÍA PARA UN LENGUAJE NO ESTIGMATIZANTE EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN: PROPUESTA COMUNITARIA.
Fundación Wassu-UAB.

APRENDIZAJES:

- Los medios de comunicación pueden ejercer una violencia simbólica que deforma la realidad de estas familias e incita a crear una imagen peyorativa hacia las comunidades afectadas. Esta distorsión favorece la criminalización que se realiza sobre ellas, facilitando que continúe el debate entre integración y estigmatización.
- Conocer el problema social que subyace en la MGF, entender su contexto y sus causas, dará visibilidad a la cuestión de forma respetuosa, favoreciendo así disponer de información adecuada y evitando la estigmatización de las comunidades practicantes.



Distorsión en algunos
medios de comunicación

Estrategias preventivas punitivas o de control, como la vigilancia sobre las niñas y sus familias, son discriminatorias y pueden interpretarse como racistas.

EL PAÍS **Sociedad**

Fatoumata y sus cuatro hijos —tres varones y la menor— llegaron a Premià de Mar (Barcelona) en el año 2010 después de que su esposo, Bouly T., residente en España desde 1999, obtuviera el permiso para el reagrupamiento familiar. El 16 de agosto de 2010, en una visita médica dentro del protocolo de actuación de niños inmigrantes, la pediatra observó que A. T., hija de la pareja, de seis años, presentaba la extirpación del clítoris y, como consecuencia, una obturación de los orificios uretral externo y vaginal que precisará reparación quirúrgica. La lesión era antigua.

SECCIONES SUSCRIBETE Cantabria Liberal Sant

Esta práctica está castigada en España, con cárcel de entre 6 y 12 años, además de la pérdida de custodia, pero ésta no es la solución, el castigo de “después de”. Creo que es primordial prevenir, vigilando y custodiando a estas niñas para que sus padres no consumen la ablación. En otros países, las ONG y otras organizaciones hacen lo que pueden para parar esto, pero se dan de bruces en muchos casos con gobiernos cuyas creencias son de otros tiempos, pero poco a poco algo se consigue. En Sierra Leona, como consecuencia de la muerte de una niña a finales del pasado año, han prohibido esta práctica. Otra cosa es que consigan que todos lo acaten.

Esta exposición en los medios de comunicación sobre una posible sanción condenatoria puede provocar la persecución de las familias y las comunidades afectadas. Se podría dar una afectación del **derecho fundamental a la intimidad y a la vida en familia**, favoreciendo un proceso de marginación social que entorpecería la integración.

Hay que valorar en cada caso el porqué de dar una descripción tan detallada de la familia y su situación. Si no hay una autorización por parte de la familia, se puede estar poniendo en riesgo su anonimato, causando que sean fácilmente reconocidos.

Se debería considerar la posición social de la familia y el conflicto de lealtades que puede generarse en el país de origen al oponerse a la práctica, antes de apelar a la responsabilidad individual de los padres sobre su deber de proteger a sus hijas.

RECURSOS:



GUÍA PARA UN LENGUAJE NO ESTIGMATIZANTE EN LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN: PROPUESTA COMUNITARIA. Fundación Wassu-UAB. (2020).

APRENDIZAJES:

- Los medios de comunicación tienen el poder de llegar a la ciudadanía en general y la responsabilidad de hablar de temas como la MGF de manera respetuosa, sin fomentar discursos hegemónicos que generen un estigma y discriminación.
- La aplicación de estrategias preventivas punitivas o de control sin valorar particularmente cada caso puede provocar actitudes paternalistas sobre las personas migradas ya que se las está contemplando como agentes pasivos e incapaces de tomar decisiones. De la misma manera, no se debe olvidar que es una práctica que apela a diferentes miembros del grupo social y que, desde los países de origen, pueden estar aplicando presión social hacia los progenitores para la realización de la MGF.

DILEMAS ÉTICOS

A raíz de los casos analizados, algunos de los dilemas éticos más frecuentes que se han identificado por parte de los/as profesionales a la hora de abordar la MGF tienen que ver con las preguntas que se plantean a continuación:

1. ¿Hasta dónde llega el trabajo de un/a profesional?

Conocer las limitaciones de cada profesional es necesario para saber desarrollar correctamente el trabajo en cada ámbito. Llevar a cabo acciones, aunque sean bienintencionadas, pero de forma unilateral y que rebasen o superen las competencias de los/as profesionales en el abordaje de casos de MGF, puede generar actitudes paternalistas.

En los casos de MGF siempre es necesario coordinarse y valorar de manera conjunta con los/as diferentes profesionales referentes de la familia para evaluar el abordaje más adecuado e identificar si ya se ha llevado a cabo con anterioridad una intervención por parte de otros/as agentes.

2. ¿Se debe registrar siempre una MGF en la historia clínica?

Por un lado, el registro puede generar dudas sobre la necesaria confidencialidad de la información y puede existir miedo por parte de los/as profesionales a la estigmatización de la población migrada de origen o con vínculos en países donde se practica la MGF. Esto provoca unos registros incompletos que dificultan el seguimiento adecuado de cada caso así como su evaluación correspondiente.

En alguna ocasión, se ha dado el caso en el que el/la profesional no ha registrado la MGF de una niña en el momento de su reagrupación (por desconocimiento de la práctica; por no haber identificado la MGF, o por miedo o inseguridad a registrar la información) y tras el regreso de un viaje de vacaciones al país de origen de los padres, sí se ha detectado la práctica de la MGF. Esto ha conllevado la aplicación de medidas punitivas, ya que, al no haber registro en la histórica clínica, se ha intuido que la MGF se ha realizado durante el viaje y no se ha contemplado que la práctica ya se había realizado antes de su llegada a España (contamos con sentencias sobre este escenario en los tribunales españoles). El registro de la MGF en la historia clínica es esencial para evitar intervenciones reiteradas sobre el tema y facilita el acceso a los datos por parte de otros/as profesionales. Además, permite al/la profesional conocer más a cada niña o mujer y adaptarse mejor a sus necesidades y derivaciones, en caso de que sea necesario. La falta de un registro sistemático de forma generalizada en todo el Estado conlleva dificultades a la hora de analizar la situación actual y evaluar tanto el impacto de las políticas públicas como de los programas desarrollados hasta la fecha.

3. ¿Hasta cuándo se considera que existe riesgo de MGF?

En el protocolo estatal no se contempla hasta cuándo una menor de edad que ha estado en riesgo de MGF deja de estarlo. Valorar y revisar este tipo de cuestiones es esencial para poder dar respuesta a otro tipo de preguntas como, por ejemplo, en el caso en el que se hayan llevado a cabo medidas cautelares, como la privación cautelar de pasaporte, saber cuándo este podrá ser devuelto porque ya no existe un riesgo para la menor.

4. ¿Qué pasa cuando una menor en riesgo de MGF se niega a que le hagan una exploración de sus genitales?

La mayoría de edad sanitaria es un concepto jurídico que recoge la Ley 41/2002 de Autonomía del Paciente, que la fija en los dieciséis años, siempre que la persona no haya sido declarada incapacitada. Según dicha ley, se podrá llevar a cabo una intervención forzosa en contra de la voluntad de un menor si se determina que hay un riesgo grave sobre su salud y, en este caso, el consentimiento lo darán los padres o el representante legal del menor después de haber escuchado su opinión si tiene más de doce años cumplidos.

Tener en cuenta la opinión de los menores cobra especial importancia para determinar cuál es el interés superior del menor. Según la Observación general n.º 13 (2011) de la ONU (CR-C/C/GC/13) sobre el derecho del niño a no ser objeto de ningún tipo de violencia, se afirma que «el derecho del niño a ser escuchado es particularmente relevante en situaciones de violencia», como también lo es su participación en la formulación de estrategias para prevenirlas y eliminarlas.

Se debería ser especialmente cuidadoso y revisar cómo se valora el interés superior de las menores cuando se realiza una revisión forzosa que, además, se encuentren en situación de vulnerabilidad. Debe tenerse en cuenta que se trata de un procedimiento que puede dificultar el establecimiento de una relación de confianza entre los/as profesionales de la salud y la menor, complicando el trabajo en prevención de la MGF a lo largo de la vida de esta última.

Cuando no exista un consentimiento para realizar la exploración por parte de una menor o de sus padres, se deberá valorar la madurez de la menor en cuestión para determinar si cuenta con la suficiente capacidad de comprensión de la situación y la información necesaria sobre ella. La determinación de la madurez y capacidad de la menor sigue siendo una responsabilidad médica no regulada, por lo que esta compleja tarea requerirá de tiempo y la intervención de diferentes servicios para realizar acciones socioeducativas dirigidas a la menor y a su familia.



Mutilación genital femenina. Cinco propuestas de modificación del Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina y algunas reflexiones.

Canimas Brugué, J.; Clausell Pomés, M.; Coll Capdevila, E.; Cudinach, I.; Delgado Falcón, M. J.; Hernández, R.; Jordan Vendrell, D.; Illa Creixell, M.; Miras Arpi, A.; Pla Turró, M.; Kande Diamanka, S. (2019). Educació Social. Revista d'Intervenció Socioeducativa, 73.

5. ¿Se deben tomar medidas judiciales cuando se detecta un caso de MGF?

La perspectiva legal de la MGF la conceptualiza como una expresión de violencia de género e intrafamiliar. Como se ha explicado, las actuaciones judiciales se producen mayoritariamente cuando la MGF ya ha sido practicada en una menor con nacionalidad española, nacida o con residencia habitual en España, y es detectada por parte de un/a profesional, quien redacta el parte de lesiones.

Los principales dilemas éticos respecto a la actuación que se debe seguir aparecen en este ámbito en dos momentos diferentes. El primero se refiere a la cuestión sobre la pertinencia de actuar preventivamente desde el ámbito judicial, retirando los pasaportes de las niñas cuando se detecta un posible viaje familiar al país de origen con riesgo de MGF, o haciendo revisiones periódicas de los genitales de las niñas en cuestión ordenadas por sentencia judicial. En estos casos, no se está juzgando el delito sino el riesgo de que se cometa, con medidas claramente punitivas, controladoras y que protegen a la niña, pero que, en ningún caso, fomentan la capacidad de agencia de la familia. Por lo tanto, se puede afirmar que no se está respetando la presunción de inocencia y la cuestión ética viene dada porque se plantea hasta qué punto se puede intervenir preventivamente desde el ámbito jurídico.

El segundo dilema ético que se plantea cuando se juzga una MGF ya practicada, bien en territorio español o bien en el extranjero, por parte de personas residentes o con nacionalidad española, es la cuestión de si las medidas punitivas planteadas por el Código Penal se adecúan a las características del caso. No se trata de poner en duda la lesividad de la práctica ni la necesidad de castigarla, sino de analizar las consecuencias de las sanciones aplicadas, con una mirada holística y siempre teniendo en cuenta el interés superior de la menor.

APÉNDICE RECURSOS Y MATERIALES FORMATIVOS PARA PROFESIONALES

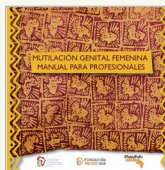
PROTOCOLO NACIONAL DE ACTUACIÓN:



Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF).



MANUALES:



Kaplan, A.; & Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). (2017). Mutilación Genital Femenina - Manual para Profesionales. Bellaterra, España: Universitat Autònoma de Barcelona (2.ª edición).



GUÍAS:



Kaplan, A.; Nuño, L.; (dir.) (2017). Guía Multisectorial de Formación Académica sobre Mutilación Genital Femenina. Madrid: Editorial Dykinson.



Save a Girl Save a Generation. (2022). Intervención en casos de mutilación genital femenina y matrimonio forzado. Orientaciones para profesionales que aborden la prevención de las MGF y los MF.



UNAF. (2015). Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e Intervención.



INFORMES



Fundació Wassu-UAB, Delegación del Gobierno Contra la Violencia de Género (ed.) (2020). «La mutilación genital femenina en España». Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Igualdad.



Fundació Wassu-UAB. (2019). Uso, aplicabilidad e impacto del Compromiso Preventivo. Bellaterra: Fundació Wassu-UAB.



Fundació Wassu-UAB. (2020). Atención sin estigmatización: Análisis de factores discriminatorios en la intervención preventiva de la mutilación genital femenina. Bellaterra: Fundació Wassu-UAB.



Fundació Wassu-UAB. (2018). Mutilación Genital Femenina: Informe de evaluación del modelo de actuación de la Generalitat de Catalunya (2002-2018). Bellaterra: Fundació Wassu-UAB.



APÉNDICE RECURSOS Y MATERIALES FORMATIVOS PARA PROFESIONALES

RECURSOS AUDIOVISUALES:



Fundación Wassu-UAB. (Diciembre de 2020).
#AtenciónSinEstigmatización - Testimonios
[Archivos de vídeo]. YouTube.



Fundación Wassu-UAB. (Diciembre de 2022).
#ConocerParaActuar - Diálogo entre jóvenes activistas
[Archivos de vídeo]. YouTube.



Médicos del Mundo. (3 de febrero de 2021).
El Viaje
[Archivo de vídeo]. YouTube.



Médicos del Mundo. (3 de febrero de 2022).
6F: Nuestra salud también importa
#StopMutilación
[Archivo de vídeo]. YouTube.



UNAF. (22 de junio de 2018).
CORTOMETRAJE DOCUMENTAL 'MARIAMA'
[Archivo de vídeo]. YouTube.



OTROS MATERIALES



Fundación Wassu-UAB. (2017).
Desplegable para la intervención preventiva.



Fundación Wassu-UAB. (2020).
Guía para un lenguaje no estigmatizante en los medios de comunicación: Propuesta comunitaria.



Fundación Wassu-UAB. (2017).
Guía de Aplicación del Compromiso Preventivo para profesionales de Atención Primaria.



End FGM. European Network. (2020).
Cómo hablar sobre la mutilación genital femenina.



TESIS:



Mangas A. (2017).
Una mirada caleidoscópica sobre la MGF en Cataluña.
Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones preventivas.
Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.

MAPEOS:



Kaplan, A., López, A. (2022).
Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2021.
Antropología Aplicada 3.
Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.



UNAF. (2021).
Mapeo de recursos de atención psico-sexual.

GLOSARIO

ASSIR:

Atenció a la Salut Sexual i Reproductiva
[Atención a la Salud Sexual y Reproductiva].

CAP:

Centre d'Atenció Primària
[Centro de Atención Primaria].

DGAIA:

Direcció General d'Atenció a la Infància i Adolescència
[Dirección General de Atención a la Infancia y a la Adolescencia].

EAIA:

Equips d'Atenció a la Infància i Adolescència
[Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia].

EAP:

Equips d'Assessorament i orientació Psicopedagògica
[Equipo de Asesoramiento y orientación Psicopedagógica].

GAV:

Grups d'Atenció a la Víctima (Mossos d'Esquadra)
[Grupos de Atención a la Víctima].

ICS:

Institut Català de la Salut
[Instituto Catalán de la Salud].

Mesas de Prevención de la MGF:

En algunas zonas de Cataluña existen estos espacios que facilitan la coordinación, donde participan pediatras, profesionales de servicios sociales, educadores/as, Mossos d'Esquadra y policía local.

MGF:

Mutilación Genital Femenina.

OMS:

Organización Mundial de la Salud.



Esta guía forma parte del Proyecto «Conocer para actuar: Mapa de la Mutilación Genital Femenina (MGF) en España 2021 y creación de materiales formativos para profesionales en detección, prevención y atención de la MGF en España», financiado por el Ministerio de Inclusión, Seguridad Social y Migraciones (MISSM) y cofinanciado por el Fondo de Asilo, Migración e Integración (FAMI). Su contenido es responsabilidad exclusiva de los autores y no refleja necesariamente la opinión del MISSM ni del FAMI.



Cofinanciado por
la Unión Europea



SECRETARÍA DE ESTADO
DE MIGRACIONES

Con la colaboración de:



Grupo Interdisciplinar
para la Prevención
y el Estudio de las Prácticas
Tradicionales Perjudiciales

Fundación Wassu-UAB

L'Àgora (Edifici R), Plaça Cívica Campus Universitat
Autònoma de Barcelona
08193 Bellaterra (Cerdanyola del Vallès) España

Tel.: 673 294 118
fundacion.wassu@uab.cat
www.uab.cat/fundacio-wassu