



Grado en Psicología

Trabajo de Fin de Grado

Curso 2016/2017

Convocatoria Junio



Modalidad: Trabajo de carácter profesional, relacionado con los diferentes ámbitos del ejercicio profesional para los que cualifica el título. Propuesta de intervención.

Título: Propuesta de programa de prevención de la mutilación genital femenina dirigido a familias en riesgo que residen en la Comunidad Valenciana.

Autor: María Rubio Urios.

Tutora: María José Quiles Sebastián.

Elche a 16 de junio de 2017.

ÍNDICE

0. Resumen	1
1. Introducción	2
1.1. Concepto y características principales	2
1.2. Consecuencias asociadas a la mutilación genital femenina.....	3
1.3. Razones de su mantenimiento	8
1.4. Epidemiología y distribución geográfica.....	11
1.4.1. Comunidad Valenciana.....	12
1.5. Abordaje desde la psicología.....	12
1.6. Necesidad de intervención.....	14
1.7. Otras intervenciones llevadas a cabo.....	15
1.8. Evaluación de necesidades	16
2. Propuesta de intervención.....	19
2.1. Participantes	19
2.2. Instrumentos de evaluación	20
2.3. Procedimiento: desarrollo del programa.....	22
3. Conclusiones	27
4. Referencias bibliográficas.....	30
5. Anexos.....	36

TABLAS Y ANEXOS

Tabla 1	5
Tabla 2	6
Tabla 3	7
Tabla 4	7
Tabla 5	8
Anexo A	36
Anexo B	36
Anexo C	37
Anexo D	37
Anexo E	38
Anexo F	39
Anexo G	40
Anexo H	41
Anexo I	41



RESUMEN

La mutilación genital femenina (MGF) es una práctica persistente que afecta a 200 millones de víctimas a nivel mundial y se estima que hay 3 millones de mujeres en riesgo anualmente, cuyas consecuencias afectan negativamente a la salud física y psicológica de forma permanente. Asimismo, la Comunidad Valenciana es la cuarta comunidad con mayor prevalencia de población femenina procedente de países practicantes en España. En el presente trabajo, se promueve una propuesta de programa de prevención destinado a reducir el número de mujeres sometidas a la MGF a través del trabajo con familiares de preadolescentes menores de 14 años en riesgo residentes en la Comunidad Valenciana, como herramienta complementaria al protocolo de actuación sanitaria de esta región, para conseguir un abordaje preventivo multidisciplinar. Este programa está compuesto por 7 talleres dedicados a la adquisición de conocimientos básicos sobre salud sexual y reproductiva, derechos humanos, legalidad y mitos sobre la ablación, y al desarrollo de habilidades de expresión emocional, comunicación de decisiones y capacidad crítica. Para su diseño se realizó una revisión bibliográfica exhaustiva y se entrevistó a 5 expertas en el campo de la MGF que pusieron de manifiesto la baja visibilidad de la figura de los/as psicólogos/as como agente de salud apto/a en estos contextos, así como la alta necesidad de asesoramiento psicológico en estos colectivos.

Palabras clave: mutilación genital femenina, prevención, psicología, violencia de género, derechos humanos.

ABSTRACT

Female genital mutilation (FGM) is a persistent practice which affects 200 million victims globally and there are approximately 3 million women at risk annually. The consequences of this practice adversely affect physical and psychological health on a permanent basis. Furthermore, the Valencian Community is the fourth community in Spain with the highest prevalence of female population from practicing countries. In the present work, a proposal for a prevention program is put forward in order to reduce the number of women subjected to FGM through working with relatives of pre-adolescents under 14 years old at risk in the Valencian Community. It is proposed as a complementary tool for health action protocol in this region, in order to achieve a multidisciplinary preventive approach. This program consists of 7 workshops dedicated to the acquisition of basic knowledge on sexual and reproductive health, human rights, legality and myths about ablation, as well as the development of skills in emotional expression, communication of decisions and critical capacity. For these purposes, a comprehensive bibliographical review was carried out and 5 experts in the field of FGM were interviewed, who brought to light the low visibility of the psychologist as a health agent in these contexts, and the high necessity for psychological counselling within these groups.

Keywords: female genital mutilation, prevention, psychology, gender violence, human rights.

1. INTRODUCCIÓN

1.1. Concepto y características principales

La mutilación genital femenina (MGF) es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “todos los procedimientos que implican la resección parcial o total de los genitales externos femeninos u otras lesiones de los órganos genitales femeninos por razones no médicas” (OMS, 2016, p.1). Es una práctica basada en la tradición que se sustenta en profundas raíces ancestrales apoyada por complejas razones de carácter simbólico y cultural (Kaplan y Salas, 2017). Este procedimiento se considera una violación grave de los derechos humanos que muestra una fuerte desigualdad de género, salud sexual y reproductiva contra las mujeres y, puesto que se realiza en niñas menores, también constituye una violación de los derechos humanos de las niñas (OMS, 2013).

Siguiendo esta línea, los derechos humanos que son vulnerados por esta práctica pueden ser: el derecho a la salud, a la dignidad humana, a estar libre de todas las formas de discriminación (en este caso por razón de sexo), derecho a la igualdad entre hombres y mujeres, derecho al grado máximo de salud que se pueda lograr, derechos del niño/a y derecho a estar libre de tortura, penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes (Instituto Europeo de la Igualdad de Género, 2013).

En relación a la terminología conceptual, esta práctica, también conocida como ablación o *sunna*, ha sido denominada operación, práctica tradicional o circuncisión. Sin embargo, este último término ha sido criticado al equiparar la circuncisión de la mujer a la del hombre, cuando el procedimiento realizado en el órgano femenino es mucho más perjudicial, ya que se extirpa una parte funcional y sana de su cuerpo (Kaplan y Salas, 2017). La expresión “mutilación genital femenina” fue introducida por activistas feministas en los años setenta para evidenciar la violación de derechos contra las mujeres, por lo que este término es el más adecuado para apoyar la eliminación de esta tradición a nivel mundial. A pesar de ello, se recomienda utilizar el vocablo “corte” a la hora de entablar contacto con los colectivos practicantes, como muestra de respeto hacia sus culturas (Kaplan, 2003). Además, el vocablo “sunna”, significa que la ablación es una recomendación, no un precepto, a diferencia de la circuncisión masculina que tiene carácter obligatorio por el Islam (Kaplan, 1998).

Por otro lado, la OMS (2016) clasifica a la ablación en 4 tipos desde un enfoque biomédico (*Anexo A*). Así como la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) clasifica a la MGF (*Anexo B*) en “otros trastornos no inflamatorios especificados de vulva y periné” (CIE-10-MC, 2016).

Realizar un tipo u otro de ablación va a depender de la etnia practicante, del país de procedencia, de la zona donde viva la familia (urbana o rural) y del nivel socioeconómico de la misma (Darocas

et al., 2016). Según los datos estadísticos, más del 90% de las ablaciones que se realizan son de tipo I o II, siendo el 10% de tipo III, la tipología más agresiva y con mayores consecuencias negativas. Además, para facilitar el parto o las primeras relaciones sexuales de estas mujeres se les suele practicar la desinfibulación, es decir, la apertura del orificio vaginal que había sido infibulado en el pasado, así como, la reinfibulación, el acto de volver a coser y estrechar el orificio vaginal tras desinfiarlo, por ejemplo, después del parto (Kaplan y Salas, 2017).

Con respecto a la edad de riesgo y el procedimiento de la ablación, en la mayoría de los países la MGF se realiza a niñas menores de 5 años, y en algunos casos en su primera semana de vida, mientras que en algunos países oscila entre los 5 y 14 años (UNICEF, 2016), siendo por tanto las niñas menores de 15 la principal población susceptible de riesgo, al ser esa la edad máxima predominante según dispone el protocolo de actuación sanitaria de la Comunidad Valenciana (Darocas et al., 2016). Sin embargo, en ocasiones, si no se ha realizado en estos intervalos, se les realiza en la adolescencia, cuando contraen matrimonio, durante el embarazo o el parto. No obstante, los datos demuestran que la edad de riesgo va disminuyendo (Emakunde, Eusko Jaurlaritza y Osakidetza, 2016; UNICEF, 2016). Este procedimiento es realizado por “escisoras” o “circuncidadoras” tradicionales, es decir, mujeres ancianas de estos poblados que son respetadas y con autoridad, las cuales utilizan instrumentos cortantes y rudimentarios sin desinfectar y sin anestesia (García, 2016; UNAF, 2016).

En último término, es necesario conocer resumidamente las dos principales perspectivas que conviven actualmente para tratar la MGF, a saber, el universalismo y el relativismo cultural. El primer concepto corresponde a la creencia de que existen tradiciones que violan derechos humanos básicos y, por lo tanto, se han de modificar o eliminar. Mientras que el segundo término dicta que se han de respetar las diferencias culturales, no existiendo costumbres mejores que otras, ya que no se pueden comparar, por lo que hay que aceptarlas y legitimarlas (Rodríguez, 2002).

1.2. Consecuencias asociadas a la mutilación genital femenina

A continuación, se concretarán las diferentes posibles consecuencias debidas a la ablación a corto y largo plazo, según explican los/as investigadores/as, como son: físicas, obstétricas, ginecológicas, sexuales, psicológicas y consecuencias a terceras personas. Sin embargo, se expondrá con mayor detalle las de tipología psicológica, ya que son las relevantes en este contexto.

Tabla 1

Consecuencias físicas inmediatas

Dolor intenso	Hemorragia	Choque	Shock séptico
		Hipovolémico	
Shock neurogénico	Inflamación del tejido genital	Infecciones del tracto urinario	Infecciones del tracto genital
Infecciones del tracto reproductivo	Problemas de micción	Cicatrices de neuroma	Tétanos
Sepsis	Llagas abiertas	Abscesos	Lesión en tejidos vecinos
Problemas de cicatrización	Muerte por sangrado excesivo o septicemia		

Elaboración propia adaptada de Berg, Underland, Odgaard-Jensen, Fretheim y Vist, 2014; lavazzo, Sardi y Gkegkes, 2013.

Tabla 2

Consecuencias físicas a largo plazo

Dolores crónicos en vulva y clítoris debidos al daño en el tejido vaginal	Secreción vaginal o vaginosis bacterial	Dolor crónico del suelo pélvico por infecciones en tracto reproductivo	Aumento del riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual como VIH/SIDA o hepatitis
Período irregular	Picor	Infecciones genitales de carácter crónico	Infecciones del tracto urinario
Micción dolorosa	Piedras en la vejiga	Incontinencia urinaria	Dismenorrea
Dificultad para sanar	Quistes	Anemia crónica	Hematocolpos
Hematometra	Litiasis vaginal		

Elaboración propia adaptada de Berg et al., 2014; lavazzo et al., 2013; García, 2014.

Tabla 3

Consecuencias obstétricas

Infertilidad	Esterilidad	Atresia vaginal	Parto prematuro
Parto obstruido	Mayor número de cesáreas y sus riesgos asociados	Hemorragia uterina	Hemorragia postparto abundante (más de 500ml de sangre)
Episiotomía	Partos más prolongados en el tiempo	Partos Más Complicados Y Lentos (Distocia)	Partos Instrumentalizados
Desgarros obstétricos o laceración	Generación de la fístula obstétrica	Estancias en el hospital más prolongadas por maternidad	Incontinencia fecal
Hematomas perineales	Muerte materna prenatal	Muerte materna durante el parto	

Elaboración propia a partir de Berg, Odgaard-Jensen, Fretheim, Underland y Vist, 2014; García, 2016; Who, 2006.

Tabla 4

Consecuencias sexuales

Dispareunia	Vaginismo	Reducción de la satisfacción sexual	Disminución del deseo sexual
Descenso de la excitación	Reducción de la lubricación durante el coito	Reducción de la frecuencia de orgasmos	Anorgasmia

Elaboración propia a partir de Berg et al., 2014; Berg, Denison y Fretheim, 2010.

Tabla 5

Consecuencias ginecológicas

Imposibilidad de uso de tampones	Dificultades en exámenes de citología	Dificultades en introducción del espéculo	Dificultades en el tacto manual durante exploraciones ginecológicas
Legrados	Dificultades en la cateterización uretral	Dificultades en la ecografía transvaginal	Imposibilidad de utilizar dispositivos intrauterinos (DIU)
Imposibilidad de utilizar preservativo femenino	Imposibilidad de utilizar capuchón cervical		

Elaboración propia a partir de García, 2016; OMS, 2016.



Consecuencias psicológicas

Los principales trastornos psicológicos que pueden desarrollarse como consecuencia de la ablación son: el trastorno por estrés postraumático (TEPT), trastorno de ansiedad y depresión. Asimismo, pueden aparecer terrores nocturnos, flashbacks de la situación estresante, estrés, ataques de pánico, fobia sexual, enfermedades psicosomáticas, sentimiento de humillación, vergüenza, miedo, tristeza, traición y/o sentimiento de inferioridad. Además, algunos/as autores/as mencionan el síndrome de la ansiedad-depresión enfocada genitalmente, que se caracteriza por una persistente preocupación acerca de los genitales y miedo intenso a ser infértil (García, 2016; Jiménez-Ruiz, Almansa y Pastor, 2016; Kaplan, Hechavarría y Puppo, 2017; Vloeberghs, van der Kwaak, Knipsheer y van den Muijsenbergh, 2012).

Asimismo, en el protocolo de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Comunidad Valenciana (2016) se detalla baja autoestima, sentimientos de inseguridad y miedo ante sus propios cuerpos, sentimientos de confusión y contradicción entre los valores del país al que se migró y los del país de origen, así como, alteraciones del apetito o trastornos de la conducta alimentaria, alteraciones del sueño, problemas en la concentración y el aprendizaje, y en ocasiones alteraciones psicóticas (Darocas et al., 2016).

De manera adicional, estas mujeres suelen presentar mayores problemas relacionados con su identidad sexual que otras mujeres que no han sido mutiladas. Así, por todo lo detallado, muchas de ellas sufren sus consecuencias y dolencias en silencio, sin expresar su dolor y su miedo, y la memoria del hecho las acompaña durante toda su vida (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2015).

Por otro lado, se detalla miedo ante la reacción de su grupo étnico en el caso de no haberse realizado la ablación. De esta manera, las niñas que han sido estigmatizadas y rechazadas por su comunidad por negarse a la práctica pueden desarrollar traumas psicológicos debido a esa exclusión social (Darocas et al., 2016; Kaplan et al., 2017).

Consecuencias a terceras personas

La mutilación genital femenina realizada a mujeres, no solo les afecta a ellas, indirectamente también a sus hijos/as y a sus maridos. En el caso de los/as bebés, se detecta una tasa superior de mortalidad neonatal y fetal intraparto en comparación con las madres que no han sufrido la ablación. Concretamente, la probabilidad de muerte del feto aumenta un 15% en el caso de haber sufrido la tipología I; un 32% en el caso del tipo II; y en un 55% en el caso de infibulación. Además, esta última tipología ocasiona mayor número de problemas en relación a los/as hijos/as, en concreto, se estima un 66% mayor de probabilidad de reanimación en los/as neonatos/as y un aumento de hipoxia, patología fetal y secuelas neurológicas asociadas (Darocas et al., 2016; OMS, 2006). Asimismo, se concluye que la ablación provoca entre más de 10 y 20 fallecimientos de neonatos/as por cada 1000 partos en África (OMS, 2006). De igual forma, pueden aparecer sentimientos de culpa por parte de madres que obligaron a sus hijas a realizarse esta práctica (Darocas et al., 2016).

Por otro lado, se puede mencionar al colectivo masculino como víctimas indirectas de esta práctica: se hallan complicaciones sexuales como la disfunción eréctil debido al miedo que experimentan al hacer daño a su esposa durante la penetración. Asimismo, debido a esta incapacidad o por la baja actividad sexual en pareja, se datan problemas de alcoholismo y/o abuso de drogas, así como un alto riesgo a contraer enfermedades de transmisión sexual al mantener relaciones sexuales externas (Darocas et al., 2016).

1.3. Razones de su mantenimiento

Existen diversas razones por las que se perpetúa la ablación, muchas de ellas basadas en falsas creencias profundamente arraigadas. Abuelas y madres insisten en que se mantenga este acto como muestra de amor y preocupación hacia sus hijas y nietas, ya que la única seguridad social a

la que pueden aspirar las mujeres en estas culturas es el matrimonio, situación a la que son negadas si no son mutiladas. Asimismo, el proceso de socialización al que son sometidas modula sus actitudes para prepararlas hacia sufrimiento y el dolor como parte inevitable de la vida de una mujer, así como una obligación para ser aceptadas por la sociedad, ya que esta práctica proporciona identidad étnica y de género, por ello continúa realizándose (Kaplan, Hechavarría y Puppo, 2017). Sin embargo, en muchas ocasiones realizan directamente la práctica sin cuestionarla y sin justificaciones explícitas (Kaplan, Mayo y Salas, 2014). A continuación, se detallan los diferentes motivos por lo que se mantiene esta costumbre, siendo la aceptación social la razón más habitual (UNICEF, 2016):

Socio-culturales

La mutilación genital femenina tiene un alto significado simbólico, ya que determina el rol que desempeñará la mujer en la comunidad. El corte es considerado un rito de iniciación por el que pasan las niñas como proceso de socialización necesario para que puedan considerarse mujeres maduras y preparadas para contraer matrimonio. Esta dinámica se realiza en un círculo familiar y comunitario, principalmente organizado por mujeres, que consiste en tres fases: separación, marginación y agregación (Kaplan, Torán, Moreno y GIPE/PTP, 2008; Kaplan y Aliaga, 2017). En resumen, la ablación ofrece aceptación y pertenencia a su grupo, cohesión social y complementariedad de sexos, así como, sentimiento de orgullo. Además, la ablación supone una señal física permanente simboliza su unidad al grupo y que la infante se ha convertido en mujer, por lo que se le reconoce como femenina y se le permite pertenecer a la comunidad. Sin embargo, en el caso de negarse a ello, la madre es excluida de la comunidad y la hija será como consecuencia marginada, humillada y excluida (Kaplan y Aliaga, 2017; UNAF, 2015). Finalmente, este tipo de creencias son las más arraigadas puesto que son protegidas por la idea de que la tradición cultural no debe ser cuestionada ni suprimida, sobre todo por parte de personas ajenas a su cultura (OMS, 2013).

Religión

Otro argumento muy habitual es la creencia de que la ablación es requerida por preceptos religiosos, principalmente debidos a la religión musulmana, cuando se observa que esta costumbre también es realizada por otras religiones como la cristiana o la judía. Sin embargo, no existe ninguna alusión de esta práctica en el Corán ni en la Biblia, como sí lo hace sobre la circuncisión masculina. Esta creencia se sustenta en la información ambigua que se le ofrece a la población poco alfabetizada, sobre todo al colectivo femenino, y en la incertidumbre sobre el verdadero origen de la práctica (Kaplan y Aliaga, 2017; Kaplan, Hechavarría, y Puppo, 2017; UNAF, 2016).

Belleza o estética

Tras entrar en contacto con los colectivos que llevan a cabo la mutilación, expresan que los genitales externos femeninos son demasiado abultados y poco estéticos, por lo que deben ser cortados para que sean aceptados y atractivos, al considerar al clítoris como un elemento masculino. Además, algunos grupos aseguran que, de no cortar el clítoris, puede llegar a crecer de forma indefinida hasta un pene, con el miedo implícito de que pueda superar en tamaño al órgano masculino, algo que no pueden permitir por la necesidad de superioridad del hombre. Por lo tanto, extirpan este órgano para conseguir que la mujer se vea más femenina, se infibula para alisar la zona y embellecerse, así como evitar desafiar la autoridad masculina (García, 2016; Kaplan, Hechavarría, y Puppo, 2017; UNAF, 2016).

Higiene

Otro mito ligado al anterior es el de considerar al órgano sexual femenino como una parte sucia, por lo que una mujer mutilada se la valida como limpia. Si se niega a mutilarse, se le trata como una persona impura, incluso maldita bajo esa interpretación, y se le prohíbe tocar alimentos y bebidas para no contaminarlos, por ello es tabú nutrirse de comida cocinada por una mujer no mutilada (Kaplan y Aliaga, 2017; Kaplan, Hechavarría, y Puppo, 2017; UNAF, 2016).

Psicosexualidad

Por otro lado, existen diversidad de falsas creencias en relación a la salud sexual de la mujer que apoyan la necesidad de ser circuncidadas. Por un lado, se considera a la mujer promiscua e infiel por naturaleza, por lo que apoyan intervenirles para controlar su deseo sexual, y por lo tanto disminuir la probabilidad de infidelidad. Asimismo, la virginidad es un estado valorado y que depende de ello para que la familia sea honrada, por lo que pretenden preservarla hasta el matrimonio, condición que permite al marido ser quien las desinfibula para comenzar las relaciones sexuales y conseguir que ella sea sexualmente pasiva. Además, opinan que estrechar el orificio vaginal mediante la infibulación consigue aumentar el placer sexual del marido, lo que reduciría el riesgo de divorcio o posibles infidelidades por parte de este, ya que la satisfacción del hombre debe ser conseguida en este tipo de sociedades machistas y patriarcales. En esta línea, existe el mito de que el clítoris libera sustancias espermicidas, que puede hacer daño al hombre durante las relaciones sexuales, sobre todo si crece más, o que puede provocar la eyaculación precoz (Darocas et al., 2016; Kaplan y Aliaga, 2017; UNAF, 2013; Pastor, 2014; Villasanta, 2014).

Reproducción

En algunas comunidades se cree que la mutilación genital femenina es una cura para la infertilidad de la mujer, incluso que facilita el parto, a pesar de que las investigaciones demuestran lo contrario. Asimismo, se cree que puede dañar al bebé si durante el parto lo roza, morir o padecer

algún trastorno mental, así como provocar ceguera a la matrona. Además, creen que el corte puede evitar embarazos adolescentes y el cáncer vaginal (García, 2016; Kaplan y Aliaga, 2017; UNAF, 2015).

Economía

Por último, las personas que realizan la ablación reciben compensaciones económicas como ropa, adornos, la realización de fiestas y comida para celebrar la tradición, donde reciben regalos de los invitados como dinero para la hija, convirtiéndose así en la fuente de ingresos para la familia. Asimismo, realizar la mutilación les facilita casarse, situación necesaria para sostenerse económicamente, a ella y a sus hijos/as (García, 2016; Kaplan, Hechavarría, y Puppo, 2017).

1.4. Epidemiología y distribución geográfica

Actualmente, existen 200 millones de mujeres a nivel mundial que se encuentran sufriendo las consecuencias negativas de la MGF, de ellas 44 millones son niñas menores de 14 años, ya que se trata de una práctica muy resistente a su eliminación y afecta a numerosas comunidades. A pesar de los esfuerzos por erradicar esta costumbre, 3 millones de mujeres y niñas se encuentran en riesgo de sufrirla cada año (UNICEF, 2013, 2016) y se estima que hay 30 millones de mujeres en riesgo en la próxima década (UNAF, 2017).

Asimismo, debido a los movimientos migratorios, según informa UNICEF (2016) aproximadamente 500.000 mujeres han sufrido este tipo de violencia de género en Europa, y pronostica que 180.000 niñas se encuentran en riesgo en la Unión Europea y 17.000 niñas en España. Sin embargo, estos datos no son exactos, ya que la incidencia no está calculada de manera completa y se conjetura que se realiza un infradiagnóstico.

Por otro lado, en cuanto a la distribución geográfica, esta práctica se realiza a nivel mundial debido a las migraciones. De esta manera, se realiza principalmente en la región del sub-Sahara y de la parte nororiental de África, en concreto 28 países, así como, Yemen y Kurdistán Iraquí (UNICEF, 2013). También se ha detectado en Asia, principalmente en los países árabes y comunidades kurdas, así como una pequeña secta musulmana llamada Daudi Bohra de la India y grupos étnicos de Sudamérica como en Colombia, Brasil, México y Perú. Para conocer los países concretos, leer *Anexo C*.

Sin embargo, preocupa a nivel mundial porque es practicada por inmigrantes de comunidades desplazadas. Las cifras están aumentando en Europa, Australia, Canadá, los Estados Unidos y Nueva Zelanda, principalmente entre los inmigrantes procedentes de África y Asia sudoccidental.

1.4.1. Comunidad Valenciana

Según el mapa de la mutilación genital femenina de España (2013), la Comunidad Valenciana es la cuarta comunidad autónoma de España de las 17 analizadas con mayor número de población femenina procedente de países donde se practica la MGF, contribuyendo un 9% al total de esta población, por debajo de Cataluña, Andalucía y la Comunidad de Madrid. Además, las zonas de esta comunidad donde se detecta mayor número de población identificada se reparten principalmente en la costa, Valencia y la provincia de Alicante (Kaplan y López, 2013).

En la Comunidad Valenciana, 19.882 personas proceden de países donde se practica la ablación (Kaplan y López, 2013). Asimismo, según la distribución de mujeres en los departamentos de salud de esta comunidad, se registran 5.429 de todas las edades que pueden estar en riesgo o haber sufrido la ablación, de ellas 4.161 son mayores de 15 años y 1.268 menores de 15 años (Darocas et al., 2016).

Por otro lado, las principales nacionalidades de población femenina donde se practica la ablación, residentes en la Comunidad Valenciana que se han registrado son: Nigeria, Senegal, Guinea, Camerún, Malí, Mauritania y Ghana (Kaplan y López, 2013). Siendo Senegal, Guinea y Malí uno de los pocos países cuya población desea que se continúe la práctica, por lo que el descenso del número de casos en estos países ha sido casi nulo (UNICEF, 2013).

1.5. Abordaje desde la psicología.

Con respecto a las posibles actuaciones de los/as profesionales de la psicología en el marco de la MGF, Moleiro (2017) recomienda que éstos/as se basen en el asesoramiento intercultural y en un enfoque biopsicosocial de la salud, atendiendo al género, normas, identidad social, procesos interculturales, discriminación y opresión a nivel individual, interpersonal, grupal y comunitario.

De esta manera, desde el ámbito de la psicología se puede actuar desde 3 niveles preventivos. Por un lado, la prevención primaria, la cual está destinada a prevenir la aparición de un problema y reducir su incidencia (Santacreu, Márquez y Rubio, 1997). En el contexto de la MGF nos referimos a los programas de sensibilización que se llevan a cabo con toda la población mediante campañas informativas y la utilización de instrumentos como pósteres, manuales, películas, documentales, obras de teatro y canciones relacionadas con la temática de la ablación, el cuestionamiento de mitos e información científica sobre sus consecuencias negativas (García, 2016).

Por otro lado, desde la prevención secundaria, es decir, el conjunto de actividades dirigidas a la detección precoz del problema y reducción de la prevalencia del mismo (Santacreu et al., 1997), en relación a la ablación se refleja en las actuaciones que pueden realizar los/as sexólogos/as según

el protocolo de actuación sanitaria ante la MGF en la Comunitat Valenciana, el cual es definido por Carmen Montón como el primero publicado en España que trata esta práctica desde un enfoque preventivo, así como terapéutico (La Vanguardia, 2017). De esta manera, el/la sexólogo/a es considerado/a como uno/a de los agentes de atención primaria dedicados/as a la detección de niñas en riesgo menores y mayores de 15 años, cuyas funciones son valorar secuelas psicológicas, sexuales y de relación de pareja, entre otras. Además, un instrumento esencial para llevar a cabo la prevención secundaria en este campo sería el compromiso preventivo, considerado como una herramienta clave en la protección de las familias ante la cercanía de un viaje al país de origen que ponga en alto riesgo a la hija (Kaplan, Moreno y Pérez, 2010). Adicionalmente, este el campo también abarca el uso de materiales de divulgación científica sobre educación sexual y reproductiva, conocimiento y defensa de los derechos universales y de las niñas, temáticas esenciales en la prevención (García, 2016; UNAF, 2015).

En tercer lugar, se puede llevar a cabo la prevención terciaria, que correspondería a las actividades dirigidas a reparar un daño ya instaurado destinadas a reducir el desarrollo de secuelas y posibles recaídas (Santacreu et al., 1997). Desde esta vertiente, la OMS (2016) recomienda ofrecer apoyo psicológico a mujeres mutiladas que hayan desarrollado trastornos como depresión, ansiedad o trastorno por estrés postraumático tratado desde una orientación cognitivo-conductual, así como terapia sexual en el caso de disfunciones sexuales. Del mismo modo, debe haber disponibilidad de apoyo psicológico, en concreto apoyo emocional y transmisión de información acerca de la actuación médica, a mujeres que vayan a o hayan recibido una intervención quirúrgica, como la cirugía de reconstrucción de clítoris, para curar las secuelas de la ablación (Leye, 2017). Asimismo, el protocolo de la Comunidad Valenciana, el cual promueve la cirugía reconstructiva y el apoyo psicosexual, explicita la participación del/la psicólogo/a y el/la sexólogo/a desde la unidad de salud mental en la intervención con mujeres mayores de 18 años que hayan sufrido la MGF (Darocas, 2016). Al mismo tiempo, cabe añadir la actuación de la organización belga GAMS Belgique, la cual propone un acompañamiento terapéutico ante la escisión y el exilio con mujeres víctimas a través de las siguientes técnicas: EMDR, arte terapia, enfoque psicocorporal junto a la terapia de conversación y la relajación (GAMS Belgique, 2016a).

Finalmente, a la hora de establecer una interacción con estas familias son necesarias buenas habilidades de comunicación y ciertas actitudes por parte del/la profesional, como son: la empatía, el respeto, la aceptación evitando actitudes enjuiciadoras, la congruencia, sensibilidad, valoración positiva y apoyo emocional, con lo que se persigue el establecimiento de una relación de ayuda, la cual puede facilitar aprendizajes más adecuados, cambios de actitudes y toma de decisiones (Kaplan et al., 2010). Cabe añadir que estas cualidades y características son las desarrolladas y propias de los/as profesionales de la psicología (Bados y García, 2011).

1.6. Necesidad de intervención

Tras casi un siglo de actuaciones tratando de erradicarla, esta práctica sigue estando vigente, lo que demuestra ser difícilmente inmodificable y altamente persistente. Sin embargo, en los últimos años, los diferentes colectivos se esfuerzan por cambiar esta situación mediante el desarrollo de programas y creación de políticas adecuadas, gracias a la comprensión de las actitudes y comportamientos que mantienen esta costumbre, así como la recopilación de información fiable y científica para demostrar las consecuencias negativas de la ablación (UNICEF, 2013).

Según el informe de UNICEF (2013), se han conseguido cambios en el procedimiento de esta práctica, ya que, por un lado, se realiza en menor medida la tipología más agresiva de mutilación. Por otro lado, según las estadísticas, la práctica ha disminuido en ciertos países, siendo cada vez menos habitual en más de la mitad de los 29 países analizados. La prevalencia disminuye de manera paulatina en países donde la ablación era muy frecuente como Kenya y la República Centroafricana, y de manera acelerada en Burkina Faso, Etiopía, Sierra Leona y Liberia. Sin embargo, no existen modificaciones significativas en otros países como Somalia, Malí, Gambia, Senegal, Sudán, Yemen, el Chad, Djibouti o Guinea-Bissau, siendo Malí y Senegal una de las nacionalidades más habituales que residen en la Comunidad Valenciana (Darocas et al., 2016). Asimismo, entre 2008 y 2011 en España, entre otros países de la UE receptores de asilo, recibieron más de un 20% de población femenina procedentes de países con riesgo de MGF, originarias principalmente de Nigeria, Somalia, Eritrea, Guinea y Costa de Marfil, siendo Nigeria y Guinea son una de las principales nacionalidades que residen en la Comunidad Valenciana (ACNUR, 2013).

Por otro lado, una investigación llevada a cabo por Carmona y Ramírez (2014) declaró que un porcentaje significativo de los/as profesionales de sectores asistenciales como el sanitario, el social y el educativo no poseen los conocimientos necesarios para prevenir ni intervenir eficazmente en casos de riesgo de ablación o sobre víctimas de esta. Además, se detectó una sobrevaloración de la información con la que contaban estos profesionales sobre la ablación. Las investigadoras concluyeron que es grave este desconocimiento, resultado corroborado en anteriores investigaciones, puesto que les imposibilita intervenir en prevención con niñas en riesgo o con las secuelas de mujeres mutiladas. Por otro lado, se han detectado casos de intervenciones a familias africanas que no eran practicantes de la MGF, lo que llevó al riesgo de una separación de las hijas de su familia, así como a la estigmatización a través de los mass media que sensacionalizan los casos. Esto puso de manifiesto la falta de información acerca de qué etnias son practicantes y qué tipo de creencias específicas sustentan (Kaplan, Mayo y Salas, 2014).

En relación a los movimientos migratorios internacionales, hasta principios de este siglo no se consideraba un problema europeo que fuera necesario abordar debido, según Falção (2017) a la desinformación sobre la prevalencia y las falsas creencias relacionadas, por lo que se detecta una alta necesidad de intervención. Debido a esta situación, cuando migrantes y países de acogida

entran en contacto, pueden aparecer formas de discriminación y estigmatización por parte de estos últimos, que provoca en los/as migrantes prudencia al expresar sus preocupaciones y, que, por tanto, luchan contra la criminalización de la práctica promoviendo su mantenimiento, adelantando la edad de la ablación, siendo discretos y realizando viajes a los países de origen para llevar a cabo la práctica (Falção, 2017).

Algo semejante ocurre con la penalización de la MGF como medida de prevención. La prohibición penal de esta práctica es necesaria puesto que atenta contra los derechos de las mujeres y se considera violencia de género, independientemente de que sea una costumbre. Sin embargo, existen problemas a la hora de aplicar la ley en países de origen porque la erradicación de esta costumbre se considera algo secundario y no hay recursos suficientes por parte del Estado, lo que genera la creencia de que las normas sociales tienen mayor trascendencia que las legales. Asimismo, se ha de aclarar que la intervención penal conlleva consecuencias negativas tales como la marginación social debido a la dificultad de la reagrupación familiar y al trato social desigualitario del país destino, así como el aumento de la desprotección de los/as hijos/as si los padres y madres son encarcelados/as o multados/as. Por lo tanto, esta situación colabora con la consolidación de la ablación. Debido a esto, una intervención preventiva desde la ley como única herramienta es insuficiente para erradicar la ablación, se ha de insertar en programas que promuevan ayuda y orientación a familias, así como la educación para trabajar sobre el cambio de actitudes, creencias y comportamientos (Roperó, 2017).

Por otro lado, otra razón que impulsa a intervenir de manera urgente en este ámbito resulta ser la medicalización de la ablación realizada por profesionales de la salud con el objetivo de realizar el corte mediante medidas más higiénicas y sustituir a las circuncidadoras. Sin embargo, se ha concluido que es una intervención no ética, anatómicamente es más dañino y ayuda en la persistencia de la práctica (Kaplan, Mayo y Salas, 2014; Foldes y Martz, 2015). En esta línea, también se ha popularizado la cirugía estética genital femenina (CEGF), una intervención realizada incluso a menores de edad para embellecer los genitales femeninos modificándolos y reduciéndolos, alimentado por estereotipos idealizados, lo cual refleja la influencia patriarcal (Fusaschi, 2017).

1.7. Otras intervenciones llevadas a cabo

En cuanto a intervenciones realizadas con anterioridad relacionadas con la propuesta de este trabajo, no se ha hallado ningún programa de prevención abordado desde la psicología. Sin embargo, sí se han publicado diversos protocolos de actuación en las comunidades autónomas de España, incluida la Comunidad Valenciana con el fin de prevenir esta práctica. Para obtener más información sobre estos programas, acudir a *Anexo D*.

1.8. Evaluación de necesidades

A la hora de evaluar el problema presente y las necesidades que se necesitan cubrir, se recurrió a la opinión de 5 expertas en la materia de la MGF y procedentes de diversas asociaciones. De esta manera, se realizaron entrevistas por teléfono o Skype a cada una de ellas, siendo: una psicóloga de la organización Unión de Asociaciones Familiares (UNAF) de Madrid y, de la misma asociación, la responsable técnica del programa de prevención e intervención ante la MGF, entre otros. Seguidamente, se entrevistó a la creadora y presidenta de la asociación Kirira de Ciudad Real; a una matrona experta en MGF de Medicus Mundi, y finalmente, a la coordinadora y psicóloga de la Fundación Wassu UAB de Barcelona.

En primer lugar, todas las entrevistadas coincidieron en que la decisión que se toma a la hora de mutilar a las niñas no es un asunto individual, sino que la responsabilidad es colectiva influida por el contexto social e histórico, donde entran en juego los líderes comunitarios y la legislación de los gobiernos. Sin embargo, dentro del sistema familiar todas mencionan que normalmente las abuelas tienen más poder y son las que se lo realizan a las nietas con o sin el consentimiento paterno. Asimismo, todos los miembros lo aceptan y promueven: las mujeres de forma directa y los hombres con su silencio o pasividad. En otro orden de ideas, las expertas afirman que cuando una mujer rechaza someterse a la práctica, las posibilidades que tiene son limitadas o prácticamente nulas, siendo: finalmente claudicar por la presión social, escapar, vivir en otro país o acudir a ONGs que acojan a niñas en esta situación si conoce su paradero. En el caso de España, pueden acogerse a la ley y su derecho de asilo.

De esta manera, las expertas coinciden en que la población diana para trabajar a nivel de prevención son principalmente las madres porque son más accesibles y para ellas la MGF es un asunto de mujeres, además de que suelen ser las principales usuarias de centros de salud. En general, afirman que lo ideal es trabajar a nivel comunitario, separando los grupos de mujeres y hombres según el tema a tratar, al igual que realizar diferentes grupos en función de la edad. Sin embargo, cada experta trabaja con unos colectivos en especial, todas mencionan que el colectivo masculino es fundamental a pesar de su mayor dificultad para acceder a ellos, tanto maridos como jóvenes y hermanos, ya que hay pocos comprometidos. Además, todas añaden la importancia de formar a los/as profesionales en este campo y sensibilizarles, así como dar charlas también a estudiantes de universidad o institutos. Asimismo, una de ellas refiere trabajar a través de la escuela con los/as niños/as también.

En relación a los/as profesionales con los que los/as migrantes se sienten en mayor confianza, las entrevistadas coinciden en que es subjetivo, puesto que depende de las relaciones personales que hayan creado con ellos/as, en función de cómo se involucren con las pacientes y si hay un contacto habitual. Por lo tanto, opinan que serían principalmente los/as profesionales de atención primaria, así como el profesorado y trabajadores sociales. Además, 2 de las expertas afirman con

seguridad que deberían ser de origen porque resultan más creíbles. Siguiendo esta línea de ideas, consideran que la prevención es más eficaz en el país de origen porque la población está más concentrada allí, pero que lo ideal es coordinarse en el país de origen y en España para realizar un trabajo conjunto, ya que en cada lugar se trabaja diferente, y lo que se consigue en uno, revierte en el otro.

Al indagar acerca de resultados cuantitativos sobre la eficacia de los programas de prevención, 4 de ellas no pueden asegurar ningún resultado, puesto que no se mide ni controla, pero consideran que sí funciona y que sí ha repercutido positivamente en la reducción de la práctica que se ha detectado. No obstante, una de ellas sí afirmó que en los poblados en los que trabajan se ha reducido entre un 85-90%. Por otro lado, al mencionar las limitaciones que han encontrado en la aplicación de los programas todas coinciden en que una de las principales limitaciones es el conseguir subvenciones para las campañas y financiación para los servicios públicos. Asimismo, también existe una barrera idiomática, puesto que cada poblado tiene su propia lengua. De igual modo, una experta añade que la principal limitación es el cambio de actitud, y la última entrevistada atiende problemas de seguridad por guerras y cuestiones políticas, así como las necesidades básicas sin cubrir de la población. Finalmente, comenta la falta de estadísticas exactas sobre los casos que existen.

Por otro lado, las medidas que consideran más eficaces para poder prevenir esta práctica han sido, por un lado, que los/as profesionales conozcan el marco antropológico para entender los motivos por los que realizan la ablación de cada etnia específicamente, para así poder actuar desde una perspectiva de género y ayudar a desmitificar. Por un lado, todas afirman que dotarles de información es la herramienta más fuerte de trabajo, ya que produce cambios en el conocimiento, por lo que es una intervención psicológica; se informaría sobre: la ley, las consecuencias, los derechos que tienen y recursos a los que pueden optar, para empoderarles. Siguiendo esta línea, para conseguirlo han sido eficaces las campañas y los espacios de confianza, donde se tratan aspectos relacionados con la salud sexual, conocimiento del cuerpo, cuidados y autoestima de las mujeres dirigido a los/as profesionales de origen y las familias. Así como la realización de teatros, bailes, canciones y poemas por parte de niños/as con temática contra la ablación y la iniciativa de “regalo antiablación” que recrea la fiesta del ritual sin el corte. Por otro lado, se menciona la herramienta del compromiso preventivo que ayuda a las familias a negarse a la práctica y enfrentarse a la familia de origen.

Profundizando en el rol de los/as psicólogos/as en estos contextos, 3 informan de que esta figura no existe en África, por lo que la población aprende a convivir con los síntomas o a no asociarlos con la MGF. Con respecto a España, 4 de las 5 entrevistadas aseguran que la figura de estos/as profesionales no es habitual, siendo ya limitada su participación a nivel de servicios públicos y por estar todavía estigmatizada, pero además no están sensibilizados/as ni formados/as. Asimismo,

debido a la importancia dada a las necesidades básicas sin cubrir, la salud mental está en segundo plano. Por otra parte, una de ellas comenta que la MGF no es un asunto psicológico ni un tema de consulta, sino un tema cultural, de salud y de derechos, por lo que los/as psicólogos/as deberían ayudar en la formación de otros/as profesionales para explicar el cambio de actitudes. Sin embargo, la última entrevistada comenta que sí hay psicólogos/as y no es algo extraño, pero no conoce estadísticas que lo apoyen. Por otro lado, 4 de ellas afirman que el rol del/la psicólogo/a debería estar más presente, ya que hay casos que sí lo precisan, porque hay necesidad de apoyo, de análisis, atención al problema y a las consecuencias psicológicas, las cuales no están muy visibles. Al mismo tiempo, no conocen ningún programa de prevención que contemple variables psicológicas explícitas y mensurables, ya que se trabajan de forma transversal.

De esta forma, todas afirman que la situación que sufren estas mujeres a nivel psicológico es problemática. Una de ellas propone apoyo a mujeres marginadas para integrarles de nuevo en sus sociedades incidiendo en la aceptación de esta y su familia. Otra entrevistada añade la necesidad de un acompañamiento posterior a la apertura emocional de la herida de esa mujer al exponerse a la prevención. La siguiente experta recuerda que la MGF es una expresión extrema de violencia de género, por lo que tendría que haber una intervención apropiada y especializada, concretamente hacia los síntomas relacionados con el trastorno por estrés post-traumático. También proponen trabajar con madres para prevenir en las hijas la ablación, trabajar aspectos emocionales al enfrentarse a la familia, ayudar a plantearse una decisión contraria a su educación y tomarla ofreciéndole herramientas y recursos. Asimismo, trabajar sobre la construcción que hacen de la sexualidad y de su identidad tras la ablación, así como de los roles de poder.

Finalmente, en cuanto al desarrollo de habilidades, Kaplan et al. (2010) proponen trabajar en la toma de decisiones y la expresión de sus decisiones a otros, experimentarlas y evaluarlas. Así como, desarrollar la resistencia a presiones de grupo, la expresión de valores y de emociones. De esta manera, 2 de las entrevistadas consideran secundario el desarrollo de habilidades porque las principales necesidades que advierten son: la educación básica y el hambre; ya que hay casos de mujeres empoderadas que han sufrido la práctica de todas formas. Por otro lado, 3 de las entrevistadas consideran que sí se podría trabajar, siempre y cuando se hiciese de forma continuada en el tiempo, con seguimientos y se ofreciese una ayuda añadida que las apoye como un contacto en caso de emergencias. Concretamente, están a favor de actuar sobre la autoestima de las mujeres, la expresión y redefinición de emociones, el asumir cómo reaccionará la familia, trabajar las consecuencias de sus decisiones y, en menor medida, sobre las habilidades sociales y resolución de conflictos.

Por lo tanto, tras el análisis realizado, el **objetivo** del presente trabajo es realizar una propuesta de programa de prevención destinado a reducir el número de mujeres sometidas a la MGF a través del trabajo con familiares de preadolescentes menores de 14 años en riesgo residentes en la

Comunidad Valenciana. Así como visibilizar la figura del/la psicólogo/a como agente de salud apto/a para contribuir en estos contextos y aumentar su participación a más niveles.

2. PROPUESTA DE INTERVENCIÓN

A continuación, se plantea una propuesta de intervención que tiene como **objetivo general**: reducir el número de mujeres sometidas a la MGF a través del trabajo con familiares de preadolescentes menores de 14 años en riesgo residentes en la Comunidad Valenciana.

Para conseguirlo, se pretende perseguir los siguientes **objetivos específicos**: al finalizar el programa los/as participantes serán capaces de:

1. Aumentar sus conocimientos básicos sobre sexualidad como reproducción, higiene sexual, anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual, anatomía y placer sexual.
2. Conocer el impacto social de la práctica de la ablación desde una perspectiva de género y entendiéndola como una grave violación de los Derechos Humanos.
3. Conocer las consecuencias para la mujer y las hijas tanto físicas como psicológicas a corto, medio y largo plazo debidas a la práctica de la mutilación genital femenina.
4. Identificar el marco legal sobre la práctica de la ablación genital en el estado español.
5. Identificar y valorar críticamente los mitos de higiene, estética, salud, reproducción, religión, sexualidad y tradición para desmontar las falsas creencias que mantienen la práctica de la ablación.
6. Conocer y reflexionar sobre las luchas feministas actuales en contra de la práctica de la mutilación genital femenina a través del visionado de noticias y documentales.
7. Explicar a otras personas sus propias decisiones.
8. Identificar, expresar y redefinir sus emociones.

2.1. Participantes

El programa irá dirigido a familias inmigrantes procedentes de países en los cuales es habitual la práctica de la MGF a niñas menores de 14 años, principalmente a mujeres que residan en la Comunidad Valenciana y hayan sido derivadas por otros/as agentes de salud que lo considerasen

oportuno. Asimismo, las familias que puedan ser seleccionadas para participar en el programa deben reunir ciertos requisitos:

- Deben ser familias procedentes de países en los que se practique la ablación, como los detallados en el apartado 1.4 de este trabajo.
- Pueden haber declarado su intencionalidad positiva hacia la práctica y/o la existencia de algún miembro familiar que haya sufrido la ablación. Así como, haber anunciado la proximidad de un viaje al país de origen.
- Deben ser familias residentes en España, principalmente en la zona de la Comunidad Valenciana.
- Pueden asistir si han sido derivados por agentes de salud o recomendados por profesionales que sean concedores de su situación y consideren recomendable asistir a este programa.
- La asistencia de la madre a todos los talleres es fundamental, y puede ir acompañada por: su pareja, su hermana, su madre y/o una amiga.
- La participación de los hombres es también importante, por lo que los maridos, hermanos de la madre o hermanos mayores de la niña en riesgo, pueden asistir como acompañantes, dependiendo de la sesión asistirán por separado o junto a ellas.
- Debe existir una hija, sobrina o prima nacida y menor de edad, principalmente menor de 14 años que esté en riesgo de sufrir esta práctica.
- Asimismo, también puede acudir un matrimonio que presente estas características, aunque no tenga hijos/as, pero deseen concebir uno/a pronto, y/o estén embarazados/as.

2.2. Instrumentos de evaluación

A la hora de evaluar la efectividad del programa, se administrarán unos cuestionarios al inicio y final del programa con ayuda del/la mediador/a intercultural para solventar dificultades de comprensión lingüística. Por un lado, con respecto a la evaluación del desarrollo de habilidades, se medirá con los siguientes cuestionarios:

- a. “Escala multidimensional de expresión social-parte cognitiva” (EMES-C, Caballo y Ortega, 1989). Consta de 44 ítems con una escala temporal de 0 a 4, fiabilidad test-retest de 0,83 y consistencia interna de 0,92. Sus dimensiones son: hacer cumplidos, recibir cumplidos, hacer peticiones, rechazar peticiones, expresión de amor, grado y afecto; iniciación y mantenimiento de conversaciones; defensa de los derechos; expresión de opiniones personales; manejo de críticas; expresión justificada de molestia y desagrado; y hablar en público. Para evaluar las habilidades sociales en la comunicación de decisiones a otros de la sesión 6.
- b. “Test de inteligencia emocional Mayer-Salovey-Caruso” (Mayer-Salovey-Caruso Emotional Intelligence Test, MSCEIT, 2002), adaptación española de Extremera y Fernández-Berrocal (2009). El MSCEIT está compuesto por 141 ítems. Este test mide la percepción emocional, facilitación emocional, la emocional y regulación o manejo emocional. Su fiabilidad total es de 0,95 y la validez aparente de 0,83. Este test evaluaría la efectividad de la sesión 6.
- c. Finalmente, se elaboró un cuestionario *ad hoc* que pretende recoger la siguiente información: preguntas sobre contenidos relacionados con la salud sexual y reproductiva de respuesta dicotómica (V, F) (*Anexo E*); sobre los derechos humanos que vulnera la ablación, mediante esta pregunta: *¿Crees que la MGF viola algún derecho humano fundamental? En caso de respuesta afirmativa, comenta cuáles*; sobre consecuencias asociadas a la MGF, se les pedirá que comenten mínimo 6 consecuencias físicas, 4 psicológicas, 4 sexuales y 2 en neonatos; sobre el marco legal de la ablación en el estado español con esta pregunta: *¿existe una normativa que sancione la práctica de la mutilación genital femenina? Redacta las que sabes y qué consecuencias tiene*; sobre mitos (*Anexo F*); sobre los conocimientos sobre las luchas actuales frente a la MGF mediante las siguientes preguntas: *¿existen personas que se oponen a la práctica? ¿existen luchas con la MGF? ¿Podrías comentar algún ejemplo que recuerdes?* Igualmente, se les administrará un cuestionario de satisfacción del programa (*Anexo G*).

Finalmente, para conseguir resultados a largo plazo, se pretende realizar seguimientos e invitar a las familias a participar en posteriores talleres parecidos como oyentes y como mediadores/as o facilitadores/as de los/as nuevos/as miembros. Por lo tanto, se contactará con las familias que han asistido al programa a través de un teléfono de contacto y se les propondrá realizar un encuentro físico de manera periódica anual o cada 6 meses en un centro médico público previamente reservado y acompañados de un/a profesional de la salud. En el encuentro se les preguntará sobre sus hijas, así como sobrinas, primas e hijas de amigos/as, sobre la decisión de realizar la ablación. De esta manera, se estimaría el porcentaje de familias que ha disminuido la práctica.

2.3. Procedimiento: desarrollo del programa

Como se ha comentado anteriormente, los talleres irán dirigidos a familias practicantes detectadas, siendo las madres las destinatarias principales. No obstante, es recomendable que asista el máximo número de componentes familiares, incluido abuelas/os, tías/os, hermanas/os y primas/os, e incluso amigos/as allegados/as a la familia como acompañantes. Por consiguiente, para llevar a cabo el programa se considera necesaria la participación de al menos 2 miembros de la familia, necesariamente el de las madres.

Asimismo, antes de comenzar las sesiones, se realizará un contacto previo con las familias interesadas de manera individual con los/as profesionales que imparten el programa junto al/a agente de salud derivante presente. En esa reunión, se registrará información personal necesaria de forma oral en un documento anónimo y confidencial, para conocer la situación de la familia. Esto permitirá adaptar el programa a sus necesidades, registrar el número de familias inscritas y tener suficiente información para crear los grupos del taller.

En cuanto a la disposición de los talleres, estarán formados por grupos reducidos en los que participen entre mínimo 7 y máximo 20 personas (Carmona et al., 2015). Sin embargo, en el caso de existir muchos/as participantes interesados/as, se pretenderá formar grupos lo más homogéneos posibles en función de la información aportada por el/la agente derivante de salud, como es: una situación familiar similar o misma procedencia. Por lo tanto, en el caso de las sesiones en las que se traten aspectos muy íntimos, principalmente las primeras, hombres y mujeres asistirán en grupos separados. Y cuando exista mayor confianza en el grupo formado a lo largo de las sesiones, se podrían unir ambos grupos para discutir después con los/as compañeros/as de sexo opuesto lo discutido por separado.

El programa consta de 7 sesiones con una duración de 90 minutos aproximadamente impartidas una vez a la semana. Asimismo, en todas las sesiones se les recomendará realizar tareas para completar en casa, con el objetivo de practicar y reflexionar sobre lo impartido en la sesión.

Con respecto a los recursos humanos precisados para el programa, es necesario que los/as profesionales que impartan el taller también cumplan con ciertos requisitos (*Anexo H*).

Por otro lado, en relación a los recursos materiales necesarios para llevar a cabo el programa se necesitará: un ordenador con cañón para power point, router inalámbrico para conexión WIFI, altavoces, 20 bolígrafos por grupo, un paquete de folios, las fichas de trabajo diseñadas impresas, 20 preservativos, 20 penes de plástico, muñeco con partes genitales negras, CD de canciones africanas, 30 sillas y botellas de agua.

A continuación, se especificará un esquema del contenido de las sesiones:

Asimismo, las diapositivas que acompañan a cada sesión se pueden encontrar en el *Anexo I*.

SESIÓN 1: SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA. UN ASUNTO DE TODOS

Objetivos: al finalizar la sesión los/as participantes serán capaces de:

- Aumentar sus conocimientos básicos sobre sexualidad.
 - Sentirse seguros/as en un ambiente grupal de confianza.
-

Duración: 140 minutos

Contenidos

- a) Explicar las normas del grupo como la confidencialidad, respeto y no discriminación.
 - b) Realizar una dinámica grupal para presentarse y conocerse.
 - c) Diferenciar conceptos como salud sexual y reproductiva. Y mencionar los componentes de la sexualidad y conceptos de anatomía e higiene sexual.
 - d) Explicar temas como la planificación familiar y métodos anticonceptivos, las infecciones de transmisión sexual o la menstruación.
 - e) Abordar de manera superficial el placer sexual y la masturbación.
 - f) Realizar una dinámica final individual y de imaginación para centrarse en las sensaciones.
-

Tarea para casa: rellenar fichas sobre anatomía, sobre mitos relacionados con la sexualidad y se recomienda realizar una actividad de experimentar con uno/a mismo/a sensaciones.

SESIÓN 2: DERECHOS HUMANOS Y PRÁCTICAS QUE LOS VULNERAN

Objetivos: al finalizar la sesión los/as participantes serán capaces de:

- Conocer el impacto social de la práctica de la ablación desde una perspectiva de género y entendiéndola como una grave violación de los Derechos Humanos.
- Conocer las consecuencias para la mujer y las hijas tanto físicas como psicológicas a corto, medio y largo plazo debidas a la práctica de la mutilación genital femenina.
- Identificar el marco legal sobre la práctica de la ablación genital en el estado español.

Duración: 120 minutos

Contenidos

- a) Explicar cuáles son los derechos humanos básicos.
- b) Especificar cuáles son los derechos de los/as niños/as y discutir si existen prácticas que los vulneran.
- c) Abordar el concepto de MGF de forma superficial.
- d) Especificar las consecuencias de diferente tipología (físicas, psicológicas, sexuales, sociales) que aparecen debidas a la ablación.
- e) Discutir qué derechos son vulnerados por la práctica.
- f) Mencionar el marco legal español con respecto a la MGF.

Tarea para casa: rellenar fichas verdadero-falso sobre las consecuencias de la ablación, derechos humanos y marco legal español.

En cuanto a la sesión 3, está basada en información extraída de UNAF (2016) y GAMS Belgique (2016b). Asimismo, es importante destacar que los mitos que vayan a tratarse correspondan con las características del grupo: país, etnia, ideología política y religiosa a la que pertenezcan, ya que no se pueden generalizar todas las creencias. Por lo tanto, esta sesión, así como las demás pueden estar sujeta a cambios y adaptarse a los miembros del taller.

SESIÓN 3: MITOS A LA BASE DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Objetivo: Al finalizar la sesión, los/as participantes serán capaces de identificar y valorar críticamente los mitos de diferente temática para desmontar las falsas creencias que mantienen la práctica de la ablación.

Duración: 90 minutos

Contenidos

Discutir sobre creencias relacionadas con la ablación desde la

- a) Religión.
 - b) Higiene.
 - c) Belleza.
 - d) Reproducción.
 - e) Psicosexualidad.
 - f) Salud.
 - g) Tradición.
 - h) Responsabilidad.
 - i) Cirugía.
 - j) Circuncisión femenina y masculina.
-

Tarea para casa: realizar ficha "unir mito con realidad".

SESIÓN 4: LUCHA CONTRA LA MGF. UN ACERCAMIENTO A LA REALIDAD

Objetivo: Al finalizar la sesión, los/as participantes serán capaces de conocer y reflexionar sobre las luchas feministas actuales en contra de la práctica de la mutilación genital femenina a través del visionado de noticias y documentales.

Duración: 90 minutos

Contenidos

- a) Visionar y discutir sobre vídeo relacionado con:
 - a) la opinión de las circuncidoras activas y jubiladas.
 - b) la opinión de médicos sobre el abandono de tradiciones perjudiciales.
 - c) la perspectiva de madres en Somalilandia.
 - d) la experiencia de la directora de la ONG ActionAid.
 - e) la opinión de un sacerdote de origen.
 - f) la opinión de los hombres y la necesidad de que se involucren.
 - b) Exposición de artículos de periódico sobre países que han conseguido abolir la tradición.
-

Tarea para casa: ver la película la "flor del desierto".

SESIÓN 5: CÓMO EXPLICAR A OTROS NUESTRAS DECISIONES

Objetivo: Al finalizar la sesión, los/as participantes serán capaces de explicar a otras personas sus propias decisiones.

Duración: 60 minutos

Contenidos

- a) Participantes exponen situaciones en las cuales tomar una decisión.
 - b) Decidir entre todas las familias qué situaciones se van a analizar.
 - c) Realizar escenificaciones en grupo imaginando que explican esa decisión a otros/as familiares, amigos/as o a su poblado.
-

Tarea para casa: practicar estos ejercicios en casa.

SESIÓN 6: UNA EXPERIENCIA EMOCIONAL

Objetivo: Al finalizar la sesión, los/as participantes serán capaces de identificar, expresar y redefinir sus emociones.

Duración: 90 minutos

Contenidos

- a) Explicar qué son las emociones, cuáles son las emociones básicas y sus funciones.
 - b) Contar una historia real o imaginada expresando la emoción correspondiente y sintiendo sensaciones.
 - c) Identificar emociones en rostros de compañeros/as y comentarios verbales.
 - d) Escuchar vivencia personal del/la mediador/a intercultural invitado/a.
 - e) Visionar el documental Mariama basado en la experiencia relatada.
 - f) Ejercicios de respiración para reestablecer el equilibrio emocional.
-

Tarea para casa: rellenar ficha "escuchar emociones".

SESIÓN 7: CANCIONES AFRICANAS

Objetivo: Al finalizar la sesión, los/as participantes serán capaces de analizar el significado de canciones típicas y criticar su mensaje.

Duración: 90 minutos

Contenidos

- a) Escuchar 6 canciones diferentes y bailar si se desea.
 - b) Leer la letra con atención.
 - c) Discutir en grupo el mensaje que transmite y decidir si es positivo o negativo.
 - d) Escuchar 2 canciones reformuladas por la organización O'dam ONGd.
 - e) Grupo de discusión para analizar las canciones reformuladas.
 - f) Creación de una estrofa cada grupo y expresión de esta a los demás.
 - g) Valoración del programa, propuestas de mejora y pase del cuestionario de satisfacción.
-

La sesión 7 se ha basado en el manual de O'dam ONGd (2011), ya que, como se explica en el mismo, la música es una herramienta típica y poderosa en estas sociedades para transmitir sin ser cuestionados conocimientos, historia y costumbres, promoviendo la obediencia hacia las tradiciones, y en concreto hacia la ablación. Por otro lado, en esta última sesión, se instará a la expresión de las opiniones de los/as asistentes sobre el programa, su utilidad y posibles aportaciones positivas, así como la petición de sugerencias de posibles modificaciones a tener en cuenta para próximas aplicaciones, a las que estarían invitados/as para repasar conceptos, adquirir nuevos e incluso, convertirse en un apoyo para los/as nuevos/as asistentes llegando a liderar grupos de discusión voluntariamente.

3. CONCLUSIONES

El objetivo del presente trabajo ha consistido en proponer un programa de prevención para reducir el número de mujeres sometidas a la MGF a través del trabajo con familiares de preadolescentes menores de 14 años en riesgo residentes en la Comunidad Valenciana mediante el desarrollo de habilidades y la transmisión de contenidos relevantes. Asimismo, este trabajo también pretende servir de apoyo y aportar ideas a los/as profesionales que interactúan con familias con esta problemática, así como para colaborar en la visibilización de la figura del/la psicólogo/a como agente de salud apto/a para contribuir en estos contextos y aumentar su participación a más niveles.

Tras la aplicación del programa se espera que las familias receptoras consigan mayor capacidad crítica con respecto a costumbres tan arraigadas y complejas como lo es la MGF y así aumentar las probabilidades de un cambio en sus actitudes, pensamientos, por tanto, en sus decisiones, y finalmente, en sus actos. Asimismo, los/as participantes tras verse sometidos/as a un trabajo de sensibilización se convierten en portadores/as de conocimientos y multiplicadores/as de información (Kaplan, Mayo y Salas, 2014). De esta manera, se les estimula a comunicar sus nuevas ideas a otros/as familiares o amigos/as que no acudieron a los talleres, de forma que este cambio de mentalidad pueda llegar cada vez a más personas tanto directa como indirectamente, fenómeno conocido como multiplicador o bola de nieve (Rengel, 2017). Y, de esta forma, evitar el mayor número posible de futuras víctimas.

Por lo tanto, tal y como se ha explicado, el programa propuesto no sirve como única herramienta para la erradicación de la MGF, debe utilizarse de forma complementaria a los programas de actuación sanitaria ya establecidos que abarcan otras áreas también imprescindibles, de forma que exista una coordinación entre agentes. Por ese motivo, esta propuesta tiene el objetivo de aumentar la eficacia de la prevención uniendo los esfuerzos desde todos los campos y conseguir así el abordaje holístico que se persigue en toda actuación eficaz. De esta manera, se pretende que la actuación de los/as psicólogos/as no se limite a la formación de otros/as profesionales a nivel teórico o en el tratamiento de patologías mentales graves, sino que pueda participar en mayor medida en la prevención. Sin embargo, tras las entrevistas realizadas y la revisión bibliográfica se puede concluir que existe información limitada desde abordaje psicológico, existiendo menciones muy generales.

Por otro lado, es necesario contemplar algunas **limitaciones** presentes en este trabajo. En primer lugar, destacar que ha sido elaborado por personas nacidas en occidente e inevitablemente puede estar sesgado, por lo que se ha llegado a la comprensión del problema desde otros enfoques, opiniones de expertos/as, vídeos o lecturas de manuales. En segundo lugar, no se han hallado instrumentos de evaluación adaptados a población subsahariana.

Como **propuestas de mejora**, hubiese sido interesante haber podido contar con la opinión de mediadores/as interculturales de origen, ya que sería esencial para futuras implementaciones. Asimismo, se podría considerar abordar en futuros proyectos otras habilidades no trabajadas en este programa como: habilidades para la resolución de conflictos, habilidades sociales, autoestima, competencias para resistir las presiones de grupo o abordar la parentalidad positiva, si así lo solicitasen los/as participantes. Ya que, son competencias útiles para cualquier colectivo para enfrentarse a la vida, y este grupo no es excepción. Además, debido a la focalización en cubrir sus necesidades básicas por parte de la mayoría de programas existentes, no se trabajan las mencionadas, siendo también importantes. Por otro lado, con respecto al material para el colectivo masculino sería interesante trabajar otra temática adicional como el sentido de la responsabilidad

en la lucha contra la MGF, ya que ellos también participan. Con respecto a las niñas y adolescentes que están en riesgo, no se han diseñado talleres específicos para ellas, se pretende que asistan a los talleres con las madres como oyentes y participantes si lo desearan, ya que es necesario que cuanto antes se expongan a reflexionar sobre sus valores y criticar las ideas preconcebidas. Además, sería recomendable adaptar los contenidos a un grupo diferenciado para ellas y clasificados por etapas madurativas, sobre todo a la hora de abordar los contenidos en salud sexual. Finalmente, podría ser interesante considerar trabajar sobre otras prácticas perjudiciales y relacionadas con la ablación como son los matrimonios forzados y precoces, otra realidad a la que también se enfrentan.

En otro orden de ideas, cabe destacar algunos **aspectos positivos** que puede ofrecer este trabajo a pesar de las limitaciones. Por un lado, ha permitido contar con la visión profesional de 5 expertas de diferentes campos y asociaciones, la cual ha sido fundamental. Por otro lado, la creación de estos talleres favorece la disposición de un espacio íntimo que permite a las familias aprender, así como expresarse libremente, y conocer a otras personas en su misma situación para recibir apoyo. Y, de esta manera, propician el establecimiento de vínculos de confianza entre los/as participantes y el/la profesional, lo que facilitaría la detección de otras necesidades de asesoramiento, ya que los/as usuarios/as podrían comunicarse con este/a profesional de confianza. Asimismo, tener la oportunidad de poder actuar desde España es clave, debido a que las migraciones favorecen el cambio de mentalidades e influye enormemente en las decisiones de estas familias (Kaplan, Mayo y Salas, 2014). De hecho, entrar en contacto con estas costumbres puede ayudar a las personas de occidente a analizar sus propias tradiciones instauradas para considerar por qué se mantienen y si son o no perjudiciales, por ejemplo, las perforaciones de orejas a recién nacidas o la depilación. Al mismo tiempo, este trabajo ha permitido visibilizar que la MGF es mucho más que una extirpación de una parte del cuerpo, visión que resulta muy determinista, la cual reduce la sexualidad a una única dimensión, que sería la fisiológica o física, sin tener en cuenta la social, cultural y/o psicológica de la sexualidad. Claramente, en base a la teoría de los guiones sexuales, la dimensión social y cultural tienen mucho peso, hasta tal punto que la etiqueta de “mutilada” provoca mayores repercusiones negativas en la satisfacción sexual que el corte en sí. De esta manera, Johnsdotter y Essén (2015) concluyen que estas mujeres lo que realmente necesitan, más allá de una cirugía de reconstrucción cuyo mensaje es que necesitan someterse a ella para recuperar su identidad perdida y ahora desfigurada, es saber que tienen oportunidades de disfrutar de una vida sexual a pesar de esta práctica. Esto es debido a que las expectativas psicológicas son primordiales en nuestra experiencia sexual, por lo que la autoestima y la imagen corporal son factores decisivos en nuestro concepto propio como seres sexuales, y esas etiquetas devaluadoras socavan esta posibilidad.

Por todo lo mencionado, se refleja la necesidad de seguir investigando esta temática, la importancia de aplicar programas de prevención en más lugares, la formación de profesionales en

esta temática, así como de la elaboración de instrumentos de evaluación adaptados a estas mentalidades para medir cuantitativamente los progresos que se van realizando en el cambio de actitudes.

4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados (ACNUR) (2013). Mutilación genital femenina y asilo en la Unión Europea: Panorama estadístico. Recuperado el 30 de abril de 2017 desde <http://www.acnur.org/t3/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2014/9458.pdf>.
- Bados, A. y García, E. (2011). *Habilidades terapéuticas*. Universidad de Barcelona. Recuperado el 5 de junio de 2017 desde <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/18382/1/Habilidades%20terapéuticas.pdf>.
- Berg, R. C., Underland, V., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A. y Vist, G. E. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: A systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 4(11), 1-14.
- Berg, R. C., Odgaard-Jensen J., Fretheim A., Underland V. y Vist G. (2014). An updated systematic review and meta-analysis of the obstetric consequences of female genital mutilation/cutting. *Obstetrics and Gynecology International*. Recuperado el 10 de enero de 2017 desde <https://www.hindawi.com/journals/ogi/2014/542859/citations/>.
- Berg, R. C., Denison, E. y Fretheim, A. (2010). Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): A systematic review on quantitative studies. Recuperado el 10 de enero de 2017 desde <http://www.kunnskapssenteret.no/en/publications/psychological-social-and-sexual-consequences-of-female-genital-mutilation-cutting-fgm-c-a-systematic-review-of-quantitative-studies>.
- Caballo, V. E. y Ortega, A. R. (1989). La escala multidimensional de expresión social: Algunas propiedades psicométricas. *Revista de Psicología General y Aplicada*, 42(2), 215-221.
- Carmona, A. B., De la Cruz, C., Djibi, A., Gerew, I., Losada, C., Moreno, J., Pardos, L. C., Ramírez, M. V., y Sanday, B. (2015). *La MGF en España: Prevención e intervención*. España: UNAF.
- Carmona, A. B. y Ramírez, M. V. (2014). *Conocimiento de las profesionales y los profesionales sobre la prevención de la mutilación genital femenina en España*. Madrid: Asociación lasexologia.com.

Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10-MC) (2016). *ECIEmaps Contenidos Accesibles de CIE-10-MC*. Recuperado el 24 de mayo de 2017 desde http://eciemaps.msssi.gob.es/ecieMaps/statics/es/accessible/cie10mc/tabular_list/tl_enf_14.html.

Darocas, M., Balanzá, R., Sánchez, C., Sarabia, S., Hurtado, F., Galdón, S., López, B., López, M. P., Escribano, A., Alcover, S. y Muñoz, P. (2016). *Protocolo de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Comunidad Valenciana*. Generalitat Valenciana: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Emakunde, Eusko Jaurlaritz y Osakidetza (2016). *Mutilación genital femenina: Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.

Falção, R. (2017). Profundización del conocimiento sobre MGF: Migración, movimientos migratorios y etnicidad. En A. Kaplan y N. Nuño, *Guía multisectorial de formación académica sobre mutilación genital femenina* (pp. 59-63). Madrid: Dykinson.

Fernández-Berrocal, P. y Extremera, N. (2009). Inteligencia emocional y el estudio de la felicidad. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 66, 85-108.

Foldes, P. y Martz, F. (2015). La medicalización de la mutilación genital femenina. *Revista Migraciones Forzadas*, 49, 82-83.

Fusaschi, M. (2017). La MGF y otras prácticas generizadas: Cirugía plástica genital en Europa. En A. Kaplan y N. Nuño, *Guía multisectorial de formación académica sobre mutilación genital femenina* (pp. 170-171). Madrid: Dykinson.

GAMS Belgique (2016a). *Colloque GAMS & intact : Violences de genre et mémoire traumatique. Quelle place dans le trajet d'asile ?* Recuperado el 21 de mayo de 2017 desde <http://gams.be/ressources-2/colloque2016/>.

GAMS Belgique (2016b). *Mutilations sexuelles : Déconstruire les idées reçues*. Bruxelles : Stratégies concertées MGF.

García, M. P. (2016). *Manual de prevención de la mutilación genital femenina: Buenas prácticas*. Madrid: Confederación nacional mujeres en igualdad.

Iavazzo, C., Sardi, T. A. y Gkegkes, I. D. (2013). Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. *Arch Gynecol Obstet*, 287(6), 11, 37-49.

- Instituto Europeo de la Igualdad de Género (2013). *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea.
- Jiménez-Ruiz, I., Almansa, P y Pastor, M. M. (2016). Percepciones de los hombres sobre las complicaciones asociadas a la mutilación genital femenina. *Gaceta Sanitaria*, 30 (4), 258–264.
- Johnsdotter, S. y Essén, B. (2015). *Culture and sexual scripts in and out of Africa: Understanding female genital mutilation cutting in relation to sexuality. Conference Paper*. Recuperado el 20 de mayo de 2017 desde [http://www.academia.edu/11614816/ Culture and sexual scripts in and out of Africa Understanding FGC in relation to sexuality](http://www.academia.edu/11614816/Culture_and_sexual_scripts_in_and_out_of_Africa_Understanding_FGC_in_relation_to_sexuality). Invited paper presented at Management of Women with FGM C 1st International Consultation. Paris University Sorbonne France January 27-28 2015.
- Kaplan, A. (1998). *De Senegambia a Cataluña: procesos de aculturación e integración social*, X Premio de Investigación en Ciencias Sociales Dr. Rogeli Duocastella. Barcelona: Fundación “La Caixa”.
- Kaplan, A. (2003). Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas. *Cuadernos de salud y derechos sexuales y reproductivos*, 4, 23-30.
- Kaplan, A., Hechavarría, S. y Puppo, N. (2017). *Manual for the management and prevention of female genital mutilation//cutting for health professionals: The Gambia*. (3rd edition). UAB, Bellaterra, Spain.
- Kaplan, A y Aliaga, N. (2017). Profundización del conocimiento sobre MGF: Significados socioculturales de la práctica. En A. Kaplan y N. Nuño, *Guía multisectorial de formación académica sobre mutilación genital femenina* (pp. 53-56). Madrid: Dykinson.
- Kaplan, A. y López, A. (2013). *Mapa de la mutilación genital femenina en España 2012*. Barcelona: Fundación Wassu-UAB.
- Kaplan, A., Mayo, E. y Salas, N. (2014). *Mutilación genital femenina en la comunidad autónoma de Euskadi*. Vitoria-Gasteiz: EMAKUNDE. Instituto Vasco de la Mujer.
- Kaplan, A., Moreno, J. y Pérez, M. J. (coords) (2010). *Mutilación genital femenina: Manual para profesionales*. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Bellaterra: UAB.

- Kaplan, A y Salas, N. (2017). Introducción a la MGF: Definiciones, terminología y tipos de MGF. En A. Kaplan y N. Nuño, *Guía multisectorial de formación académica sobre mutilación genital femenina* (pp. 29-33). Madrid: Dykinson.
- Kaplan, A., Torán, P., Moreno, J. y Grupo Interdisciplinar para la Prevención y Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) (2008). *Nuevas estrategias y buenas prácticas para la prevención de las mutilaciones genitales femeninas: La iniciación sin mutilación: Un abordaje circular Gambia-España*. Recuperado el 10 de abril de 2017 desde http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/nuevas_estrategias.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%.
- La Vanguardia. 03/02/2017 La Comunitat, primera en tratar la ablación de forma preventiva y terapéutica. Recuperado el 2 de mayo de 2017 desde <http://www.lavanguardia.com/local/valencia/20170203/413980405816/la-comunitat-primera-en-tratar-la-ablacion-de-forma-preventiva-y-terapeutica.html>.
- Leye, E. (2017). Gestión clínica de la MGF y de sus complicaciones: Asesoramiento y terapia psicosexual. En A. Kaplan y N. Nuño, *Guía multisectorial de formación académica sobre mutilación genital femenina* (p. 96). Madrid: Dykinson.
- Mayer, J. D., Salovey, P. y Caruso, D. R. (2002). *Mayer–Salovey– Caruso Emotional Intelligence Test (MSCEIT) item booklet*. Toronto, Ontario, Canada: MHS Publishers.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015). *Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Moleiro, C. (2017). Trabajo social, educación y psicología: Psicología. En A. Kaplan y N. Nuño, *Guía multisectorial de formación académica sobre mutilación genital femenina* (pp. 134-137). Madrid: Dykinson.
- O'dam ONGd (2011). *Cambiando las canciones*. Asturias: O'dam ONGd.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Mutilación genital femenina*. Washington, DC: OPS.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2016). *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Geneva: WHO Document Production Services.

- Pastor, M. M. (2014). *La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina: Saberes para la disciplina enfermera*. (Tesis doctoral). Universidad de Murcia, España.
- Rengel, C. (2017). *La batalla contra la mutilación genital femenina en España*. Huffpost. Recuperado el 20 de mayo de 2017 desde http://www.huffingtonpost.es/2017/02/06/mutilacion-genital-espana_n_14592178.html.
- Rodríguez, D. (2002). Las mutilaciones genitales en la población senegambiana en Cataluña y África: El debate entre universalismo y relativismo cultural. En González, A. y Molina, J. L. (Coords.), *Abriendo surcos en la tierra: Investigación básica y aplicada en la UAB* (pp. 79-102). Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona.
- Ropero, J. (2017). Profundización del conocimiento sobre MGF: Aspectos críticos de la penalización de la MGF. En A. Kaplan y N. Nuño, *Guía multisectorial de formación académica sobre mutilación genital femenina* (pp. 69-71). Madrid: Dykinson.
- Santacreu, J., Márquez, M.O. y Rubio, V.J (1997). La prevención en el marco de la psicología de la salud. *Psicología y salud*, 10, 81-92.
- Unión de Asociaciones Familiares (UNAF) (2013). *Guía para profesionales: La MGF en España: Prevención e intervención*. Madrid: UNAF.
- Unión de Asociaciones Familiares (UNAF) (2016). *La mutilación genital femenina en España: Prevención e intervención: Guía para profesionales*. Madrid: UNAF.
- Unión de Asociaciones Familiares (UNAF) (2017). Si pudieras hacer algo, ¿lo harías? Recuperado de <http://www.stopmutilacion.org/home/>.
- UNICEF (2013). Informe La Mutilación Genital femenina: Resumen estadístico y exploración de la dinámica del cambio. UNICEF. Recuperado el 25 de marzo de 2017 desde https://www.unicef.org/esaro/FGM_Report_Summary_Spanish_17July2013.pdf.
- UNICEF (2016). *La Mutilación Genital Femenina: una preocupación mundial*. UNICEF. Recuperado el 18 de marzo de 2016 desde https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf
- Villasanta, L. (2014). *La mutilación genital femenina desde el trabajo social*. (Trabajo de grado). Universidad de Jaén, Jaén, España.
- Vloeberghs, E., van der Kwaak, A., Knipsheer, J. y van den Muijsenbergh, M. (2012). Coping and chronic psychosocial consequences of female genital mutilation in the Netherlands. *Ethn Health*, 17 (6), 677–95.

WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome (2006). Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *The Lancet*, 367, 1835–1841.



ANEXOS

ANEXO A

Clasificación de los tipos de Mutilación Genital Femenina de la OMS (2016):

Tipo I: Clitoridectomía. Constituye la resección parcial o total del clítoris y/ o del prepucio.

Tipo II: Escisión. Se refiere a la resección parcial o total del clítoris y de los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.

Tipo III: Infibulación o circuncisión faraónica. Consiste en la reducción o estrechamiento de la abertura vaginal, cortando y uniendo los labios menores y/o los labios mayores a modo de sello, con o sin escisión del clítoris.

Tipo IV: Otros. Cualquier otro procedimiento dañino para los genitales femeninos, realizado con fines no médicos, como punciones, estiramientos, perforaciones, raspados, cauterizaciones, introducción de sustancias corrosivas para provocar hemorragias, estrechar o tensar la vagina, etc.

ANEXO B

CIE-10-MC

N90.8 Otros trastornos no inflamatorios especificados de vulva y periné

N90.81 Estado de mutilación genital femenina

Estado de ablación genital femenina

N90.810 Estado de mutilación genital femenina, no especificados

Estado de ablación genital femenina, no especificados

Estado de mutilación genital femenina NEOM

N90.811 Estado de mutilación genital femenina, tipo I

Estado de ablación genital femenina, tipo I

Estado de clitorrectomía

N90.812 Estado de mutilación genital femenina, tipo II

Estado de ablación genital femenina, tipo II

Estado de clitorrectomía con extirpación de labios menores

N90.813 Estado de mutilación genital femenina, tipo III

Estado de ablación genital femenina, tipo III

Estado de infibulación

N90.818 Otros estados de mutilación genital femenina

Estado de ablación genital femenina, tipo IV

Estado de mutilación genital femenina, tipo IV

Otros estados de ablación genital femenina

ANEXO C

Países de África: Benin, Burkina Faso, Camerún, República Centroafricana, Chad, República democrática del Congo, Costa de Marfil, Egipto, Etiopía, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau. Kenia, Liberia, Mali, Mauritania, Níger, Nigeria, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Tanzania, Togo, Uganda y Yibuti.

Países de Asia: Egipto, Omán, Emiratos Árabes, Afganistán, Tayikistán, Yemen, Irak, Sri Lanka, Brunéi, Malasia e Indonesia.

Grupos étnicos de Sudamérica: en Colombia la comunidad indígena emberá (viven en la selva de las llanuras del Pacífico) asentada en el departamento de Risaralda, también se lleva a cabo en otras 16 regiones donde esa etnia hace presencia en el país.



ANEXO D

1. Protocolo de actuación para profesionales Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina en la demarcación de Girona. 2002. Actualizado en 2006.
2. Protocolo de actuación para profesionales Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina en la demarcación de Girona. 2002. Actualizado en 2006.
3. Protocolo de actuaciones para prevenir la Mutilación Genital Femenina. Generalitat de Catalunya. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Secretaría para la Inmigración. 2002. Actualizado en 2007.
4. Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina. Aragón. 2011. Actualizado en 2016.
5. Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Navarra. Gobierno de Navarra. 2013.
6. Protocolo de actuación y prevención de la mutilación genital femenina. Región de Murcia. 2014.
7. Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2015.
8. Protocolo interinstitucional de prevención de la mutilación genital femenina del País Vasco. 2015.

9. El Protocolo de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Comunitat Valenciana. 2016.

ANEXO E

A continuación, aparecerán unas afirmaciones que se han tratado en la sesión. Escribe al lado de cada una si consideras que es verdadera (V) o falsa (F) añadiendo solo la letra inicial. Nota: podéis escribir la respuesta real de las afirmaciones que consideráis falsas o la justificación detrás del folio.

1. La masturbación es una forma de encontrar placer en nuestro propio cuerpo.
2. El clítoris y el pene son órganos muy sensibles a la estimulación.
3. La sexualidad está presente en todas las personas y a lo largo de nuestra vida.
4. El exceso de limpieza destruye la flora vaginal aumentando los riesgos de infección.
5. En las relaciones sexuales, el uso de preservativos masculino y femenino puede evitar el contagio de enfermedades de transmisión sexual.
6. La presencia de cualquier enfermedad de transmisión sexual debe ser conocida por la pareja.
7. La higiene de los genitales externos es tan importante como la del resto del cuerpo.
8. No es recomendable tomar duchas o baños durante la menstruación.
9. Los fuertes olores que provienen de la zona genital son algo normal.
10. El exceso de limpieza destruye la flora vaginal aumentando los riesgos de infección.
11. La única función que tiene el clítoris es la de dar placer
12. El sexo solo sirve para poder tener hijos.
13. La sexualidad tiene en cuenta aspectos de identidad, emoción, genitalidad y reproducción.
14. La presencia de la menstruación es algo completamente normal y natural.
15. La masturbación puede mejorar la autoestima, el insomnio, dolor de cabeza y el dolor menstrual, entre otros.
16. La masturbación puede provocarte ceguera o caída del pelo.
17. El preservativo previene del contagio de enfermedades de transmisión sexual.
18. Las pastillas anticonceptivas consiguen evitar el embarazo, así como el contagio de SIDA.
19. La responsabilidad de tener un hijo es solo de la madre y es una obligación ser madre.
20. Tengo derecho a decidir si quiero o no tener hijo, cuántos, cuándo y con quién.
21. Los preservativos masculino y femenino son los únicos métodos anticonceptivos capaces de prevenir el contagio de infecciones de transmisión sexual.
22. La píldora del día después se puede utilizar como método anticonceptivo habitual.
23. La masturbación es solo para hombres, para jóvenes y para solteros.

24. Un tampón es un método de recogida de sangrado que no debe permanecer muchas horas en el interior de la vagina.

25. Una mujer no puede quedarse embarazada durante la menstruación.

Los métodos anticonceptivos disminuyen el placer sexual.

ANEXO F

UNIR MITO CON REALIDAD

Tenemos a la izquierda una serie de mitos sobre la Mutilación Genital Femenina (MGF) y a la derecha unos argumentos ciertos que se pueden utilizar para desmontar esos mitos. Tenéis que unir los argumentos que contrarrestan el mito. Atención: Pueden necesitarse varios argumentos para un mismo mito y un argumento se puede usar varias veces para otros mitos. Por último, no os guíeis por los colores a la hora de relacionar.

MITOS	ARGUMENTOS
Los genitales mutilados son más bonitos	El origen de la MGF procede de Egipto
La Religión obliga a realizar la ablación	El Corán no menciona la MGF
La MGF consigue que la mujer sea más fértil	Debido a la ignorancia sobre el sexo femenino
La MGF mantiene la castidad	MGF provoca infecciones, cicatrices, SIDA...
La MGF es buena para la salud	Una tradición peligrosa puede cambiarse
El corte en la mujer asegura el placer del marido	Clitoris no: crece, pica, hiera a los demás
Los genitales mutilados son más higiénicos	MGF crea complicaciones en el parto y en el coito
La ablación es una tradición que debe conservarse	Mujeres con menos hijos por los anticonceptivos
	Hombre prefiere que mujer disfrute del sexo

ANEXO G:

Cuestionario de satisfacción

Rodee con un círculo

SESIONES	NIVEL DE UTILIDAD	NIVEL DE INTERÉS	INTENCIÓN DE REPETIR
Sesión 1	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Sesión 2	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Sesión 3	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Sesión 4	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Sesión 5	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Sesión 6	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9
Sesión 7	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9	1 2 3 4 5 6 7 8 9

Escriba al lado de la frase un número que refleje tu opinión sobre las siguientes cuestiones, siendo: 1 Totalmente en desacuerdo, 2 Algo en desacuerdo, 3 Algo de acuerdo, 4 De acuerdo, 5 Totalmente de acuerdo:

1. Participar en este taller me ha parecido una experiencia interesante.
2. Los temas que hemos tratado me han parecido muy interesantes:
3. Me ha resultado fácil comprender lo que se ha tratado en el taller:
4. He aprendido cosas que no conocía:
5. Creo que lo que he aprendido me va a resultar muy útil.
6. Creo que participar en este taller me ha hecho reflexionar acerca del papel de la ablación en la salud.
7. La duración del taller me ha parecido apropiada.
8. Las actividades que hemos hecho durante el taller me han parecido interesantes.
9. En general, estoy satisfecho/a con haber participado en este taller.
10. Recomendaría a otras personas que hiciesen este taller.

Si tienes algún comentario, observación o sugerencia, puedes anotarla aquí:

ANEXO H

Requisitos del profesional que lleva a cabo el taller:

- Debe ser un agente sanitario en posesión de un título universitario o de formación profesional.
- Puede impartirlo, por lo tanto, un psicólogo, así como cualquier otro agente sociosanitario como trabajadores/as sociales, pediatras, enfermeros/as, matronas, sexólogos/as, médicos/as, educadores/as sociales, etc.
- Además, pueden pertenecer a ámbitos de actuación de atención primaria, atención especializada, salud pública, colaboración intersectorial, centros de salud sexual y reproductiva (CSSR), unidades de prevención del SIDA e infecciones de transmisión sexual (UPS e ITS) o unidad de salud mental.
- Debe haber recibido formación específica sobre la MGF a través de cursos online o presenciales, por parte de instituciones u organizaciones dedicadas a ello.
- El profesional debe ir acompañado de un/a mediador/a intercultural en todas las sesiones para hacer frente a posibles barreras idiomáticas y culturales.
- Los profesionales derivantes deben haber seguido las pautas del protocolo de actuación sanitaria ante la MGF en la Comunidad Valenciana. Por lo tanto, deben haber entrevistado a la familia y haber realizado todos los pasos sugeridos en el protocolo.
- Asimismo, a la hora de comunicarse con la familia, el profesional debe disponer de un rol basado en la relación de ayuda, haya desarrollado adecuadas habilidades sociales e interiorice actitudes de: congruencia, aceptación, valoración positiva, empatía y escucha activa.

ANEXO I: Diapositivas sesiones (siguiente página).

SALUD SEXUAL Y REPRODUCTIVA



UN ASUNTO DE TODOS
Tu sexualidad es
importante

PRESENTACIONES

EQUIPO

- Psicólogo/a especializada en promoción de la salud y asuntos de inmigración e interculturalidad
- Mediador/a intercultural
- Agente de salud de base comunitario

PROGRAMA

- 7 sesiones
- Actividades explicativas, prácticas y tareas para casa
- Asistencia de familiares y/o amigos
- 2 horas



NORMAS DEL GRUPO



- ❖ Puntualidad
- ❖ Confidencialidad
- ❖ No interrumpir a otros
- ❖ Escuchar atentamente
- ❖ Preguntar dudas
- ❖ Expresar opiniones y experiencias personales

DINÁMICA: Conociéndonos mejor

- Soy Hombre/ Mujer/ Intersexo
- ¿Edad? Más o menos de 30 años
- Tengo hijas/ hijos/ No tengo ni hijos ni hijas
- Vivo con mi familia/ Vivo solo/a
- ¿Cuántos años estoy en España?
- ¿Es la primera vez que emigro de mi país?
- ¿Soy de África? ¿Qué país?
- ¿He asistido al médico aquí en España?
- ¿Qué espero de este programa?



SEXUALIDAD ¿Qué es?

-Salud Sexual: estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad, no solo la ausencia de enfermedad.

-Salud Reproductiva: vida sexual segura y satisfactoria para poder tener libertad en cuanto a tener descendencia.

DERECHO UNIVERSAL

Proceso en constante cambio y evolución

COMPONENTES

- **Sexo:** hombre/mujer
- **Erotismo:** capacidad expresar placer
- **Vinculación afectiva**
- **Reproducción**

TABÚ → ES HORA DE EXPRESAR



**Órgano
femenino
sexual
interno**

ANATOMÍA



Actividad para casa: Rellenar ficha para completar

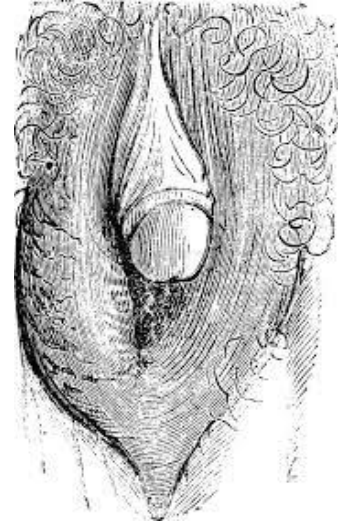
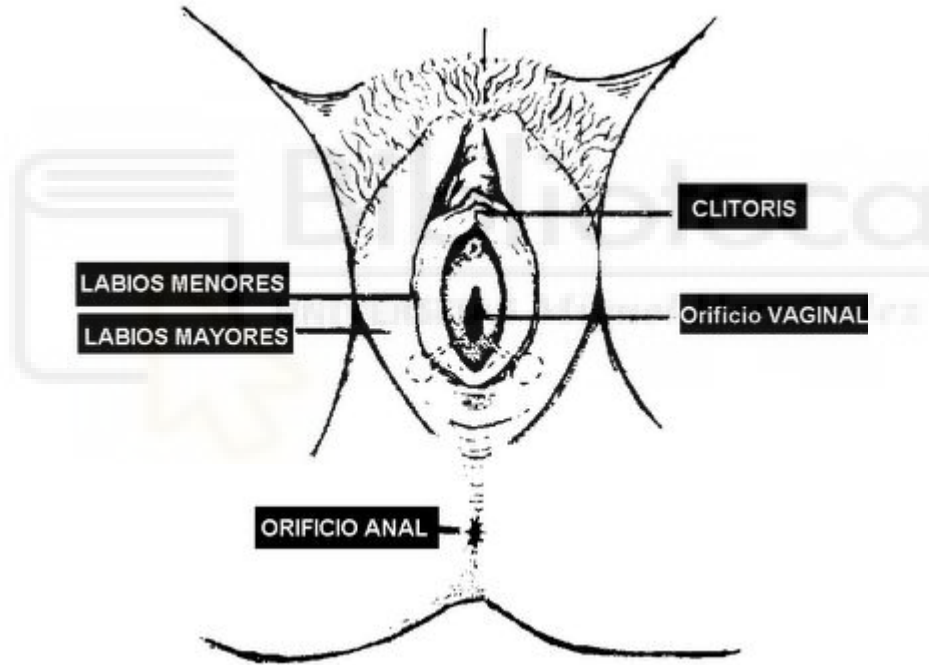
MENSTRUACIÓN

- Sangrado que aparece cada mes
- Mecanismo normal y natural
- Métodos de recogida de sangrado:
 - Salvaslips
 - Tampones
 - Compresas
 - Copas menstruales



ANATOMÍA

Órgano
femenino
sexual
externo



Actividad para casa:
Rellenar ficha para
completar

HIGIENE SEXUAL

HÁBITOS SALUDABLES

- Lavar genitales a diario. Utilizar gel íntimo
- Exceso de limpieza peligroso: con cuidado
- Revisión ginecólogo min 1 vez/año
- Secar bien para evitar hongos
- Limpiar de delante hacia atrás
- Informar a la pareja de infecciones
- Ropa interior de algodón, evitar ropa ajustada
- Durante menstruación, mayor higiene
- Tocar con las manos lavadas siempre

Enfermedades de transmisión sexual

- Clamidia
- Gonorrea
- Herpes genital
- Tricomoniasis
- Virus papiloma humano
- SIDA

¿Cómo se contagian?

- Sexo vaginal sin protección
- Sexo anal sin protección
- Sexo oral sin protección
- Petting sin protección

¿Cómo prevenir?

Uso de preservativos:
Condón o cuadro de látex

¿Qué sí se puede hacer sin riesgo?

- Acariciar
- Besar
- Abrazar
- Masturbar con la mano

PLANIFICACIÓN FAMILIAR

EMBARAZO: Proceso 9 meses incubando a un hijo.

- Responsabilidad de ambos progenitores
- Madre puede decidir quedarse o no embarazada

¿Cómo prevenir embarazo y continuar manteniendo relaciones sexuales?

Métodos anticonceptivos



EJERCICIO: MÉTODOS ANTICONCEPTIVOS

PRESERVATIVO MASCULINO O CONDÓN:

1-COLOCALO

Cuando el pene esté erecto (parado) y antes de tener cualquier roce sexual con tu pareja, sostén el condón por la punta que tiene forma de tetina de tetero.



2-DESLIZALO

Desliza el condón hasta la base del pene dejando un espacio en la punta para almacenar el semen en el momento en que se produzca la eyaculación.



3-SUJETALO

Después de eyacular y con el pene todavía erecto (parado), sujeta el condón por la base del pene para mantener el pene cubierto y retírate de tu pareja. Así evitarás que se derrame el semen o que el condón quede dentro de tu pareja.



4-RETIRALO

Cuando ya te hayas retirado de tu pareja y para quitarte el condón, desenróllalo desde la base del pene, y deslízalo hasta la punta. Luego bóttalo a la basura.



El uso correcto del Condón, te ofrece hasta un 97% de seguridad

Métodos anticonceptivos



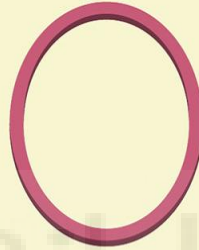
Condón
masculino



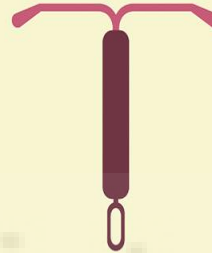
Condón
femenino



Píldoras
anticonceptivas



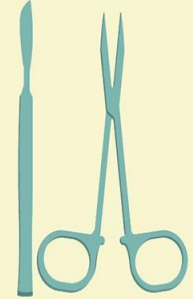
Anillo hormonal



DIU



Inyección
anticonceptiva



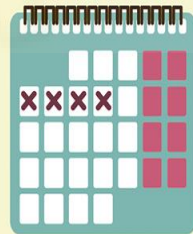
Ligadura de
trompas



Implante



Marcha atrás



Calculadora de
días fértiles



Ducha
vaginal



Parche
anticonceptivo



Diafragma

PLACER SEXUAL

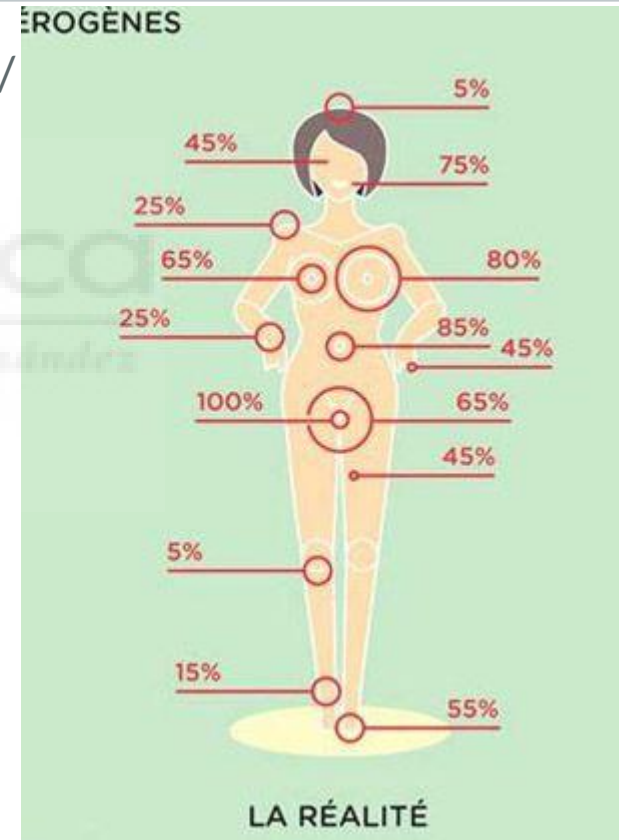
PLACER: sensación agradable al satisfacer una necesidad/deseo.

A través de: comer, dormir, masaje, charla... y sexo.

Excitación a través de los 5 sentidos y la imaginación (fantasías eróticas)

Sexo: → Compartido

→ A solas: MASTURBACIÓN



MASTURBACIÓN

Caricias hacia el propio cuerpo, especialmente en la zona genital, para sentir sensaciones agradables y placer

MITOS

- “Las mujeres no se masturban”
- “Solo lo hacen jóvenes”
- “Solo se masturban personas solteras”
- “Puede provocar aislamiento”
- “Se disfruta más en pareja que en solitario”
- “Provoca: ceguera, calvicie, acné y crecimiento de pelo en las manos”



REALIDAD: no importa el sexo, la edad, la etnia, la especie. Todos se masturban. Es una conducta natural y beneficiosa que no provoca ningún problema.

Los Secretos Del Clítoris: Beneficios

- ❖ Cura disfunciones sexuales: anorgasmia, falta de deseo, falta de lubricación y eyaculación precoz
- ❖ Alivia jaqueca
- ❖ Contra la timidez
- ❖ Aumenta autoestima
- ❖ Reduce infecciones o enfermedades del tracto urinario
- ❖ Alivia dolor menstrual
- ❖ Potencia orgasmos
- ❖ Ayuda en el parto
- ❖ Cura insomnio

«El clítoris no es un botón, es un iceberg»

Sophia Wallace



DINÁMICA: APRENDER A SENTIRSE



- ❑ Cerrar los ojos
- ❑ Respirar profundo
- ❑ Acariciar con las yemas de los dedos cara interna de un brazo
- ❑ Concentrarse en la sensación
- ❑ Cambiar ritmo, dirección
- ❑ Imaginar

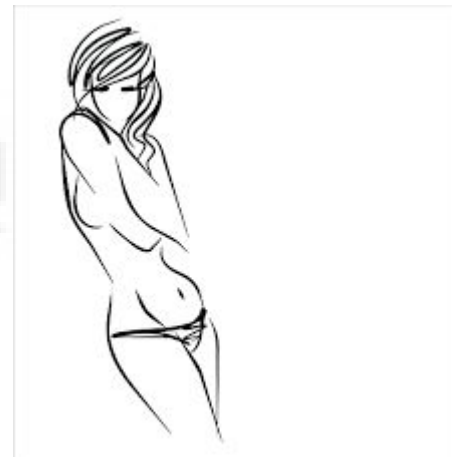
Actividades para casa



1. Rellenar ficha órgano sexual externo e interno
2. Rellenar ficha verdadero y falso
3. Probar sentirse a uno mismo en casa y en la intimidad

FRASES CLAVE DE DESPEDIDA

- ★ Cada persona vive su sexualidad de manera única.
- ★ Nuestra sexualidad nos acompaña desde que nacemos hasta que morimos y la desarrollamos a lo largo de toda nuestra vida.
- ★ “Conocer el cuerpo de uno mismo es muy importante. Conocerse significa hacerse respetar”.
- ★ “Combatir la violencia de género pasa por el empoderamiento de la mujer, y conocerse es una buena manera de hacerlo”.
- ★ “Las mujeres nunca alcanzarán la igualdad mientras su placer no cuente” Mercedes Oliveira
- ★ “En definitiva, la sexualidad la vivo a través de mi CUERPO, de lo que yo SIENTO y de las DECISIONES que tomo respecto a ella”



SESIÓN 2: DERECHOS HUMANOS, DERECHOS DEL NIÑO Y CONSECUENCIAS

UNA PRÁCTICA QUE LOS VULNERA:
MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA



Biblioteca
UNIVERSITAS Miguel Herrero

DERECHOS HUMANOS



1. Todos nacemos libres e iguales
2. No a la discriminación
3. El derecho a la vida, libertad y seguridad
4. Ninguna esclavitud
5. Ninguna tortura
6. Tienes derechos donde quiera que vayas
7. Todos somos iguales ante la ley
8. La ley protege tus derechos humanos
9. Ninguna detención injusta
10. El derecho a un juicio
11. Siempre somos inocentes hasta que se demuestre lo contrario
12. El derecho a la intimidad
13. Libertad de movimiento
14. El derecho a recibir asilo
15. El derecho a una nacionalidad
16. Matrimonio y la familia
17. El derecho a la propiedad
18. Libertad de pensamiento
19. Libertad de expresión
20. El derecho a reunirse en público
21. El derecho a la democracia
22. Seguridad social
23. Los derechos de los trabajadores
24. El derecho a jugar
25. Comida y alojamiento para todos
26. El derecho a la educación
27. Derechos de autor
28. Un mundo justo y libre
29. Responsabilidad
30. Nadie puede arrebatarte sus Derechos Humanos

DERECHOS DEL NIÑO

Derecho a la vida

Derecho al agua

Derecho a la alimentación

Derecho a la educación

Derecho a la libertad

Derecho a la salud

Derecho a la protección

Derecho a la identidad



Reflexión y discusión

¿Conocéis alguna situación que vulnere alguno de estos derechos?



- Guerras
- Atentados
- Secuestros
- Robos
- Violaciones
- ¿Qué más?

Reflexión y discusión

- ¿Y en el campo de las relaciones de pareja? ¿Se os ocurre alguna situación?
- ¿Podrías nombrar algún ejemplo cercano que conozcáis?
- ¿Dónde ocurrió? ¿En España, en África, en otro lugar?
- ¿Hemos cometido algún acto que pusiera en peligro a otra persona?
- ¿Hemos sufrido alguna situación que pusiera en riesgo nuestros derechos?



Derechos sexuales y reproductivos

Todos y todas tenemos derecho a...

- ❑ la libertad sexual
- ❑ la autonomía, integridad y seguridad sexuales del cuerpo.
- ❑ la privacidad sexual.
- ❑ la equidad sexual.
- ❑ al placer sexual.
- ❑ la expresión sexual emocional.
- ❑ la libre asociación sexual.
- ❑ la toma de decisiones reproductivas, libres y responsables.
- ❑ información basada en el conocimiento científico.
- ❑ la educación sexual integral.
- ❑ la atención de la salud sexual.



VIOLENCIA SEXUAL

VIOLENCIA → todo aquel acto que causa daño o dolor.

TIPOS

- Física
- Psicológica
- Emocional
- De género
- Sexual

Compromete la libertad sexual de las personas y su derecho a decidir cuándo y con quién desean relaciones sexuales

- Abusos sexuales
- Acoso sexual y acoso por razón de sexo
- Violación

Reflexión: ¿Se considera violación cuando es la pareja quien no respeta la decisión de no mantener relaciones sexuales y la ejecuta?

Reflexión y discusión

¿Qué opinamos sobre las siguientes situaciones?

- Matrimonios forzados
- Mutilación genital femenina

Profundicemos un poco más en esto....

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

¿QUÉ ES?

Todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos.

¿POR QUÉ?

Porque es una práctica altamente valorada en los lugares en los que persiste, se considera una actividad dentro del ciclo vital de cada individuo y tiene el consentimiento de la comunidad e incluso de la mayoría de las 10 familias de las niñas. En algunas sociedades forma parte de las ceremonias de iniciación que otorgan identidad étnica y de género.



CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO

FÍSICAS

- ❖ Intenso Dolor
- ❖ Hemorragia
- ❖ Infecciones
- ❖ Lesión órganos vecinos
- ❖ Transmisión enfermedades: VIH/
- ❖ Hepatitis B
- ❖ Tétanos
- ❖ Retención de orina
- ❖ Muerte



CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO

PSICOLÓGICAS

- ❖ Miedo
- ❖ Angustia
- ❖ Confusión
- ❖ Vergüenza
- ❖ Humillación
- ❖ Shock
- ❖ Terrores nocturnos



CONSECUENCIAS A MEDIO Y LARGO PLAZO

FÍSICAS

- ❖ Anemia
- ❖ Dolor crónico
- ❖ Mayor riesgo cáncer cervicouterino
- ❖ Necesidad intervenciones quirúrgicas
- ❖ Incontinencia
- ❖ Dismenorrea
- ❖ Queloides (hipertrofia del tejido cicatrizal)
- ❖ Fístula obstétrica
- ❖ Hematocolpos (retención contenido menstrual en la vagina)
- ❖ Complicaciones en el parto: cesárea, hemorragia postparto, prolongada estancia hospitalaria
- ❖ Infecciones: Quistes, abscesos, úlceras genitales, infección orina y pélvicas



CONSECUENCIAS A MEDIO Y LARGO PLAZO

PSICOLÓGICAS

- ❖ Trastorno por estrés postraumático
- ❖ Depresión
- ❖ Sentimiento de culpa
- ❖ Ira
- ❖ Trastornos alimentarios
- ❖ Trastornos del sueño
- ❖ Incertidumbre y temor
- ❖ Padece en silencio
- ❖ Sumisión y obediencia



CONSECUENCIAS A MEDIO Y LARGO PLAZO

SEXUALES

- ❖ Disminución de la sensibilidad sexual
- ❖ Dolor en las relaciones sexuales
- ❖ Miedo a las relaciones sexuales
- ❖ Disminución del impulso sexual
- ❖ Ausencia del deseo erótico
- ❖ Anorgasmia
- ❖ Miedo al rechazo
- ❖ Infertilidad
- ❖ Esterilidad
- ❖ Calidad deficiente de la vida sexual
- ❖ Ausencia de lubricación



CONSECUENCIAS A MEDIO Y LARGO PLAZO

SOCIALES

Ante la abstención a la práctica:

- ❖ Acoso
- ❖ Exclusión de eventos comunales
- ❖ Pérdida de redes de apoyo
- ❖ Discriminación
- ❖ No manipular agua ni alimentos
- ❖ No pareja, matrimonio
- ❖ No hijos
- ❖ Menos libertad
- ❖ Decepción y deshonor familiar
- ❖ Conflicto interno sobre identidad y lealtad



CONSECUENCIAS NEONATOS

- Incremento tasa de mortalidad de bebés durante el parto
- Elevado índice de sufrimiento fetal
- Falta de oxígeno
- Precisan reanimación
- Hospitalización prolongada



¿ALGUNA ACCIÓN QUE VULNERE ESTOS DERECHOS?

LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA VULNERA:

- Derecho a la vida
- Derecho a la protección
- Derecho a la libertad
- Derecho a la igualdad
- Derecho a la salud



- Derecho a la no discriminación por razón de género
- Derecho a no recibir torturas
- Derecho a tener una familia
- Derecho a la integridad física y psíquica

MARCO LEGAL EN ESPAÑA

En España, la práctica de la MGF, en cualquiera de sus variantes, es considerada delito de lesiones.

- ❑ **Artículo 149 Código Penal.** El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años.
- ❑ **149.2** El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años.
- ❑ Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.
- ❑ **23.4** En los casos en que la MGF se realice en los países de origen, y fuera del territorio español, siempre y cuando los responsables residan en España. Esto supone una ampliación del alcance de la ley, para evitar la impunidad en los casos en los que se aproveche la realización de un viaje al país de origen para practicar la MGF a las niñas.
- ❑ LEY ORGÁNICA 3/2005: perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina.
- ❑ Artículo **13 Protección Jurídica del Menor** se pone de manifiesto que las personas o profesionales que detecten situaciones de riesgo o desamparo de un menor o una menor se encuentran obligadas a prestarles auxilio, así como de poner los hechos en conocimiento de los representantes legales correspondientes.

TAREA PARA CASA

Material: documento repaso sesión.

Objetivo: rellenar fichas verdadero-falso sobre las consecuencias de la ablación, derechos humanos y marco legal español



MITOS A LA BASE DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

REFLEXIONES



MITO 1: RELIGIÓN

“LA RELIGIÓN OBLIGA A REALIZAR EL CORTE”



¿Cierto?

MITO 1: RELIGIÓN

NO

En el Corán no aparece mencionado nada sobre la MGF

Origen:
Antiguo Egipto

Países
musulmanes que
no la practican:
Arabia Saudí,
Marruecos...

El profeta dijo:

- 1) Cuidad a vuestras hijas y nos las dañéis
- 2) Aquel que hiere a un musulmán, me hiere a mí. Y aquél que me hiere a mí, hiere a Alá

REFLEXIONES

- ❖ Si el corte fuera un precepto religioso procedente del Islam ¿por qué lo practican países cristianos como Nigeria y Camerún?
- ❖ ¿Por qué los Wolof y los Serer no practican el corte si son africanos musulmanes?
- ❖ ¿Por qué lo practican imanes y judíos?

➡ Si el clítoris fuera impuro, Dios no lo hubiese creado y puesto en nuestro cuerpo

➡ Sugerencia: preguntad a vuestro Imán dónde aparece en el Corán que se tiene que realizar la ablación → Ellos suelen tener una actitud contraria a la práctica o neutral

MITO 2: HIGIENE

“LOS GENITALES CORTADOS SON MÁS LIMPIOS”



¿Cierto?

MITO 2: HIGIENE

NO

Causa: Existe una gran ignorancia sobre el sexo femenino

Dios nos concede cosas buenas

**MGF provoca: heridas abiertas
infecciones
Desprotección
SIDA
Cicatrices**

REFLEXIONES

- ❖ Si el corte provoca todas esas consecuencias físicas, ¿realmente promueve una higiene adecuada?
- ❖ ¿Por qué creéis que se piensa esto? ¿Por miedo hacia esa parte del cuerpo? ¿Ignorancia?



Sugerencia: podéis preguntar a mujeres españolas u otras que no tengan el corte para solventar dudas sobre higiene

REFLEXIONES



El tamaño se mantiene así desde la adolescencia durante el resto de la vida.
Con una buena higiene, la zona es limpia



Las heridas, desgarros y cortes sin desinfectar, pueden provocar infecciones, como ocurre con la ablación

MITO 3: BELLEZA

“LOS GENITALES CORTADOS SON MÁS BONITOS”



¿Cierto?

MITO 3: BELLEZA

NO

```
graph TD; NO[NO] --- B1[Clítoris no crece. Tiene siempre el mismo tamaño]; NO --- B2[No pica ni hiera]; NO --- B3[Clítoris: Facilita lubricación];
```

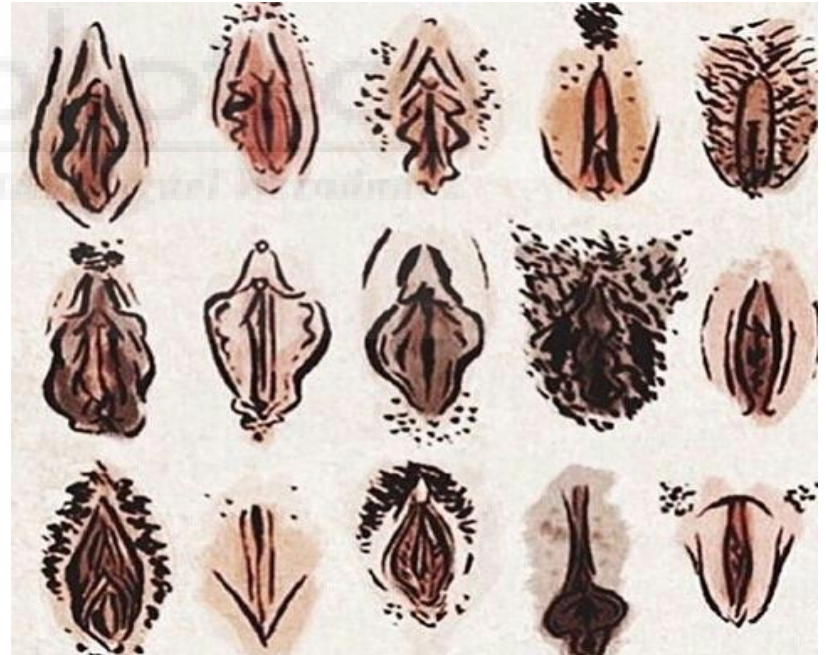
**Clítoris no crece.
Tiene siempre el mismo tamaño**

No pica ni hiera

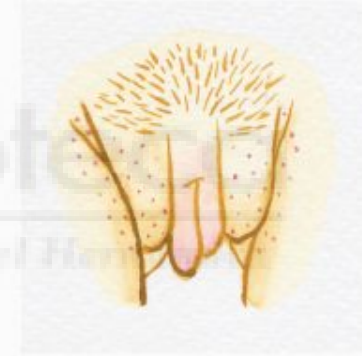
Clítoris: Facilita lubricación

REFLEXIONES

- Cada mujer es única y cada parte de su cuerpo también.
- Existe gran diversidad de tipos de vagina, según el color, tamaño y forma.
- Sin embargo, no existen datos que demuestren que un clítoris puede crecer como un pene.



DIVERSIDAD



MITO 4: REPRODUCCIÓN

“LA MUTILACIÓN GENITAL CONSIGUE QUE LA MUJER TENGA MÁS HIJOS”



¿Cierto?

MITO 4: REPRODUCCIÓN

NO

```
graph TD; A[NO] --- B[Clitoris no deja ciego al bebé ni hiere al padre durante el coito]; A --- C[Ablación: complicación parto y coito → más muertes de madres e hijos]; A --- D[Infecciones producidas por el corte puede ocasionar infertilidad];
```

Clitoris no deja ciego al bebé ni hiere al padre durante el coito

Ablación: complicación parto y coito → más muertes de madres e hijos

Infecciones producidas por el corte puede ocasionar infertilidad

REFLEXIONES

¿Las mujeres blancas tienen menos hijos porque no se someten al corte?



Realmente deciden cuántos hijos tener gracias al uso de anticonceptivos: planificación familiar

- ❖ Si las hijas e hijos que se tienen, son cosa de Dios, el corte no tiene por qué aumentar el número de hijas/os, ya que él decide



MITO 5: PSICOSEXUALIDAD

“LA ABLACIÓN MANTIENE VIRGINIDAD Y FIDELIDAD”

“LA ABLACIÓN ASEGURA EL PLACER MASCULINO”



¿Cierto?

MITO 5: PSICOSEXUALIDAD

NO

Hombres no corren peligro si rozan el clítoris durante el coito

Hay mujeres cortadas que no llegan vírgenes al matrimonio y mujeres no mutiladas que mantienen su virginidad. No depende de un corte.

Existen hombres que desarrollan problemas sexuales (disfunción eréctil) por miedo a hacer daño a la mujer

Hombres prefieren que la mujer disfrute en el sexo tras comparar sexo con mujeres cortadas y no cortadas

REFLEXIONES

❖ El clítoris es el órgano del placer por excelencia. Se puede conseguir placer en otros lugares del cuerpo, pero sin el clítoris hay dificultades.

❖ Dar placer y expresarlo es parte del disfrute de la pareja durante el sexo. ¿Qué ocurre si uno de los dos no disfruta por miedo a hacer daño o molestias?

➡ Las relaciones sexuales en pareja son más completas cuando ambos participan y consiguen disfrutar.

➡ El sexo es importante en la vida de las personas. No todo es genitalidad, son esenciales las caricias, abrazos, besos y comunicación para expresar qué se quiere

➡ Fidelidad y virginidad depende de valores aprendidos y educación

MITO 6: SALUD

“LA ABLACIÓN ES BUENA PARA LAS MADRES Y LAS HIJAS”



¿Cierto?

MITO 6: SALUD

NO

```
graph TD; NO[NO] --- B1[Consecuencias negativas para la salud documentadas científicamente]; NO --- B2[La escisión no evita la transmisión de enfermedades, al contrario.]; NO --- B3[La ablación provoca mucho dolor incluso la muerte];
```

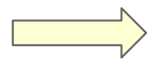
Consecuencias negativas para la salud documentadas científicamente

La escisión no evita la transmisión de enfermedades, al contrario.

La ablación provoca mucho dolor incluso la muerte

REFLEXIONES

- ❖ ¿Consideráis que esas consecuencias debidas al corte mejoran la salud de las personas?



Mujeres no cortadas aquí presentes os pueden asegurar que tienen bebés sanos. Las enfermedades que puedan tener son debidas a mala higiene o al no uso de los anticonceptivos.

MITO 7: TRADICIÓN

“LA MUTILACIÓN ES UNA TRADICIÓN Y DEBE CONSERVARSE”



¿Cierto?

MITO 7: TRADICIÓN

NO

```
graph TD; NO[NO] --- A[Las tradiciones que atentan contra la salud deben cambiarse, las que no pongan en riesgo la salud, pueden mantenerse]; NO --- B[¿Rito de paso necesario?]; NO --- C[Hablar con toda la comunidad];
```

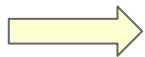
Las tradiciones que atentan contra la salud deben cambiarse, las que no pongan en riesgo la salud, pueden mantenerse

¿Rito de paso necesario?

Hablar con toda la comunidad

REFLEXIONES

- ❖ *“El hecho de que una práctica perjudicial haya existido durante mucho tiempo no justifica que se continúe. Todas las tradiciones que degradan, deshumanizan y lesionan son violaciones de los derechos humanos que debemos combatir activamente hasta que desaparezcan”, Ban Ki-moon.*
- ❖ *"La violación de los derechos de las mujeres o niñas nunca puede justificarse en base a un relativismo cultural o en nombre de la tradición.*



En algunos lugares se realiza una fiesta para celebrar el paso de la niña a mujer, con bailes, música pero sin el corte. ¿Qué opináis?

MITO 8: RESPONSABILIDAD

“LA MGF ES UN ASUNTO ÚNICAMENTE DE MUJERES”



¿Cierto?

MITO 8: RESPONSABILIDAD

NO

```
graph TD; NO[NO] --- B1[Tanto la madre como el padre deciden si se les somete a la ablación. Los padres también tienen poder en la decisión.]; NO --- B2[Los hombres participan decidiendo casarse o no con mujeres cortadas. También en los actos de exclusión participan.]; NO --- B3[Es un acto comunitario, participan líderes comunitarios, hombres y mujeres. Todos lo promueven, unos guardan silencio que también lo mantiene.]; NO --- B4[En estas sociedades las voces de los hombres son escuchadas];
```

Tanto la madre como el padre deciden si se les somete a la ablación. Los padres también tienen poder en la decisión.

Los hombres participan decidiendo casarse o no con mujeres cortadas. También en los actos de exclusión participan.

Es un acto comunitario, participan líderes comunitarios, hombres y mujeres. Todos lo promueven, unos guardan silencio que también lo mantiene.

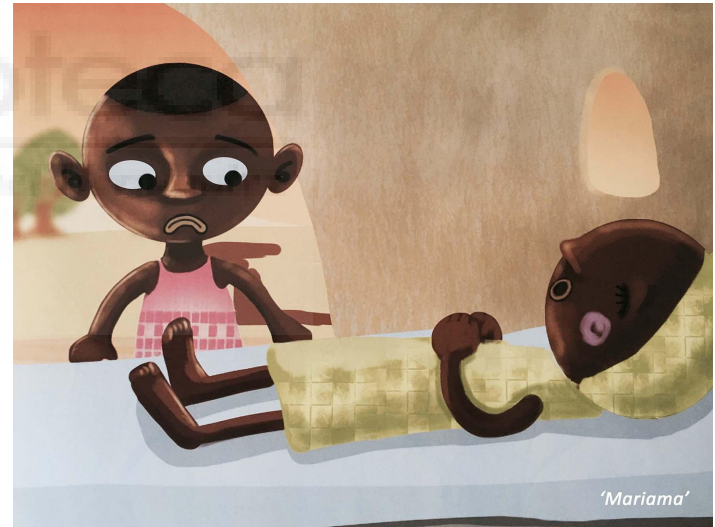
En estas sociedades las voces de los hombres son escuchadas

REFLEXIONES

- ❖ ¿Son los hombres conscientes de su participación en esto?
- ❖ ¿Conocéis algún caso de un padre, tío o amigo que se haya opuesto a que las niñas se sometieran a ello?
- ❖ Mujeres no son víctimas pasivas

➡ Proyecto: Men Speak Out

➡ Los hombres también sufren las consecuencias de la ablación



MITO 9: CIRUGÍA

“REALIZAR EL CORTE EN EL HOSPITAL CONSIGUE REDUCIR
LOS RIESGOS. NO ES GRAVE ”

“LA CIRUGIA ESTÉTICA O EMBELLECEDORA NO TIENE NADA
QUE VER CON LA MGF ”

“LAS MUJERES CORTADAS DEBEN SER REPARADAS”



¿Cierto?

MITO 9: CIRUGÍA

DEPENDE

```
graph TD; A[DEPENDE] --- B[Realizar el corte en un hospital con anestesia e instrumentos esterilizados puede prevenir el dolor inmediato, pero sigue habiendo consecuencias negativas a corto y largo plazo. Algunas investigaciones concluyen que los médicos cortan incluso más tejido y provocan más hemorragias, resulta más peligroso.]; A --- C[Médicos que lleven a cabo el corte violan derechos humanos lo que va en contra de su moral como profesional, legitima la práctica, perpetúa el control de la sexualidad de la mujer.]; A --- D[La cirugía embellecedora también extirpa o corta parte de tejido sano, y provoca consecuencias. Se considera dentro del tipo IV de ablación]; A --- E[Una mujer cortada puede sentir sensibilidad y placer sexual en otras partes del cuerpo, ella decide si quiere volver a someterse a una operación. No es obligatorio];
```

Realizar el corte en un hospital con anestesia e instrumentos esterilizados puede prevenir el dolor inmediato, pero sigue habiendo consecuencias negativas a corto y largo plazo. Algunas investigaciones concluyen que los médicos cortan incluso más tejido y provocan más hemorragias, resulta más peligroso.

Médicos que lleven a cabo el corte violan derechos humanos lo que va en contra de su moral como profesional, legitima la práctica, perpetúa el control de la sexualidad de la mujer.

La cirugía embellecedora también extirpa o corta parte de tejido sano, y provoca consecuencias. Se considera dentro del tipo IV de ablación

Una mujer cortada puede sentir sensibilidad y placer sexual en otras partes del cuerpo, ella decide si quiere volver a someterse a una operación. No es obligatorio

MITO 10: CIRCUNCISIÓN FEMENINA Y MASCULINA

“LA CIRCUNCISIÓN FEMENINA ES COMPLETAMENTE DIFERENTE O IGUAL A LA MASCULINA”



¿Cierto?

MITO 10: CIRCUNCISIÓN FEMENINA Y MASCULINA

NO

Ambos eliminan tejido sano, pero la mutilación femenina es mucho más grave y con peores consecuencias

La circuncisión masculina supone un acto obligatorio por el Corán, mientras que la femenina resulta ser una recomendación

“El equivalente auténtico sería: en la circuncisión masculina significaría cercenar el glande, mutilar los testículos y que el resto del pene quedara en una especie de bolsa vacía”

Ambos suponen un rito de paso, pero el significado es diferente: a las mujeres pretenden hacerlas sumisas y controlar su sexualidad; a los hombres para hacerles dominantes y fuertes

CONCLUSIONES



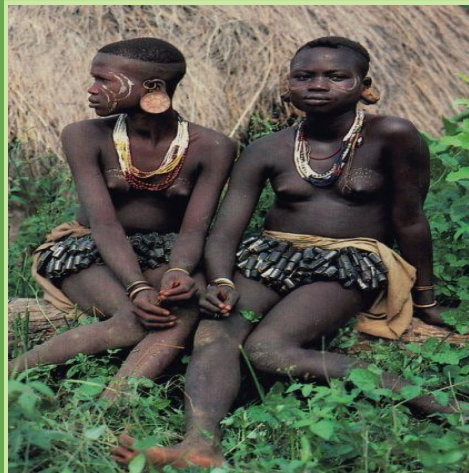
- ❖ Finalmente, podemos ver que resultan ser creencias falsas.
- ❖ Nuestro cuerpo es hermoso tal cual es y no necesita ser extirpada ninguna parte.
- ❖ La escisión se ha convertido en una tradición integrada como práctica religiosa aunque no pertenezca a ninguna religión: su origen precede al Islam. Depende de la zona y la etnia.
- ❖ Tener acceso a la educación es esencial para evitar conocimientos erróneos. El desconocimiento suele llevar al miedo, y el miedo a la protección, negación, la defensa y la agresión.
- ❖ Es necesario informar sobre las consecuencias reales como demuestran los hechos científicos a la comunidad.
- ❖ Muchos países están cambiando esta realidad.

Tarea para casa

- Ficha “Unir mito con realidad”
- Tiempo aproximado: 10 minutos
- Dudas: maria.rubio16@alu.umh.es



LA LUCHA CONTRA LA MGF



UN ACERCAMIENTO A LA REALIDAD

Vídeo 1



Vídeo 1: Reflexiones

“Testimonio de cortadoras o parteras”

- ¿Creéis que conocen las consecuencias negativas de las ablaciones? Ellas mismas expresan: “las niñas que sufren la ablación y les ponen puntos, tienen muchos problemas”.
- ¿Qué creéis que quieren decir con: “algunas niñas eran valientes, se sentaban y esperaban a que acabase la operación”? ¿Las niñas que no se resisten muestran valentía? ¿Una niña que se resiste, se niega y escapa del poblado mostraría valentía? Discutamos esto.
- Al parecer esta profesión les proporciona prestigio, así como ingresos necesarios. Aquí observamos a unas parteras que renunciaron a su profesión, y en consecuencia estos privilegios, al tomar conciencia del daño que perpetuaban. “Acabé comprendiendo que el trabajo que había hecho toda mi vida era muy malo”.
- Finalmente comentan materiales que usan para realizar el corte y los métodos de curación ¿Qué opináis?

Vídeo 2



Vídeo 2: Reflexiones

“Médica especialista en Obstetricia”

- ¿Qué tipo de personas dan su opinión? Transcurre en Somalilandia. Este vídeo es informativo, ¿qué datos recordáis? Tienen la tasa de mortalidad materna más alta del mundo. ¿Qué factores comentan que repercuten en la tasa de mortalidad? (No servicios sanitarios, postguerra y MGF)
- Hablan sobre algunas consecuencias negativas de la ablación, ¿recordáis cuáles? (fístula obstétrica) ¿Qué provoca esta herida rígida? ¿Afecta solo a la madre? ¿Alguna consecuencia más?
- ¿Por qué lucha contra esta tradición? Según sus palabras: “porque mata”, la considera la tradición más peligrosa de las que tienen.

Vídeo 3



Vídeo 3: Reflexiones

“Opinión de mujeres excluidas”

- Hablan de la experiencia del ritual. ¿Qué palabras utilizan para describirlo? ¿Qué emociones describen? (dolor, rabia, injusticia) ¿Qué más recuerdan con detalle?
- Describen la noche de bodas como dolorosa y dura, mencionan el comportamiento de su compañero sexual: “tuve que tener relaciones sexuales con él” a pesar del sangrado, gritos, lloros. Él decía “tienes que acostumbrarte” ¿Qué opináis sobre esto?

Vídeo 4



Vídeo 4: Reflexiones

“Educación e información”

- Las parteras se definen así mismas como no-civilizadas. ¿Por qué creéis?
- Añaden que la principal razón por la que se les realizaba el corte era para evitar violaciones de niñas
- Cuando recibieron información de los médicos sobre la peligrosidad de la práctica y el riesgo de enfermedades, ¿qué hicieron? Advertir a otras mujeres. ¿Qué hubieseis hecho vosotras/os?
- Podemos ver a una mujer sufriendo grandes dolores en cama junto a una amiga, ¿a qué es debido?
- ¿Sobre qué consecuencias se habla en este vídeo?
- ¿Qué opináis de la frase “si no estoy muerta es porque aún no ha llegado mi hora”?

Vídeo 5



Vídeo 5: Reflexiones

“Sadia Abdi. Directora de Action Aid”

- Está impulsando el movimiento contra la infibulación que deseaba desde los 14 años
- ¿Cómo denomina a la ablación? (violencia más extrema contra las mujeres) ¿Por qué?
- ¿Qué fue lo que le motivó a oponerse? (sentimiento protección hacia su hermana menor)
- ¿Qué dificultades familiares ha encontrado?
- ¿Qué opináis sobre su comentario “forma parte de tu identidad como mujer. Es la norma, no puedes ir en contra de la norma”?
- En este vídeo se evidencia la desigualdad de género en el acceso a la educación y a la alfabetización. ¿Qué provoca esto en las mujeres? ¿A qué recurren para sobrevivir? (matrimonio)
- ¿Cuál fue el mito que más le costó desmontar?

Vídeo 6



Vídeo 6: Reflexiones

“Yousuf Addi Hoore: Imán. Ministerio de asuntos religiosos”

- Nos resuelve la falsa conexión entre infibulación y el Islam. Aquí tenemos el testimonio de un Imán asegurando que la ablación no es precepto religioso. Se declara en contra de la MGF. “Es una práctica que está en contra de toda religión. Realizar esta práctica rebaja la condición humana”.
- La única forma que hubo de convencer a la madre de Sadia fue el testimonio un Imán: “la MGfaraónica no es una práctica de nuestra religión”. Observamos la influencia de los líderes religiosos.
- Finalmente escuchamos la opinión de Sadia sobre el honor familiar, la presión social y su punto de vista a todo esto: valió la pena por ver a su hermana casarse sin someterse y sin complicaciones de salud.
- Su hermana le dijo: “Sadia, gracias por salvarme la vida”.
- ¿Qué os ha parecido?

Vídeo 7



Vídeo 7: Reflexiones

“Movimientos feministas”

- ¿Qué recomendaciones dan para poder luchar contra la tradición?
- Según el vídeo ¿Por qué es importante la implicación de los hombres también?
- ¿Qué acciones llevan a cabo las 53 coaliciones de mujeres de África por ActionAid?
- “Ahora tengo mis ideas y opiniones al respecto gracias a la concienciación” ¿Qué opináis sobre esta frase?
- Sadia añade que cree que se puede erradicar en 1 generación si unimos fuerzas. ¿Qué pensáis?

Vídeo 8



Vídeo 8: Reflexiones

“Opinión de los hombres”

- Aquí observamos hombres guerreros que “aceptaron” casarse con mujeres no mutiladas. ¿Qué razones tenían para hacerlo?
- “No nos sentimos diferentes a los otros hombres y nuestras mujeres son exactamente igual que el resto”
¿Qué creéis vosotros/as?
- Aparece una mujer afirmando que aunque se sometían al rito de paso, no experimentó un cambio de poder, se seguía sintiendo sin derechos ni propiedades. ¿Vale la pena someterse a ella?
- Finaliza haciendo hincapié en la que consideran la mejor herramienta contra la MGF: la educación.
¿Opináis así? ¿Se os ocurren otras?

¡ÚLTIMAS NOTICIAS!

Por fin en Nigeria se prohíbe la mutilación genital de mujeres y niñas.

By administrador | 23 octubre, 2013 | Historia oscura, Mundo Insólito, Soy curioso | No Comments



En la actualidad, 40 millones de mujeres y niñas son mutiladas. Nigeria se suma a la lista de países que



Grupos de mujeres somalíes se manifiestan con motivo de la primera campaña nacional contra la mutilación genital femenina en el estadio de Mogadishu. EFE

PAÍSES QUE HAN PROHIBIDO LA ABLACIÓN

EGIPTO

Tras la muerte de Bodor Ahmed, de 12 años, en 2007 Egipto decidió prohibir esta práctica

GAMBIA

En 2015 el presidente de Gambia decidió que era necesario acabar con la Ablación para el correcto avance y modernización del país.

MAURITANIA

Al menos 34 personalidades religiosas y políticas de Mauritania han firmado una 'fatua' que prohíbe la mutilación genital femenina. Por lo que se inició un procedimiento en 2010 para ilegalizarla. En Mauritania aún quedan prácticas brutales contra la mujeres, como el Leblouh.

GUINEA-BISSAU

En el año 2011 la asamblea nacional de Guinea-Bissau dec

ERITREA

En el año 2007 El Gobierno reconoció que la mutilación ge peligro su salud por lo que decidieron prohibirla.

SOMALIA

En 2012 Somalia en su nueva constitución prohibiría la ab

SENEGAL

En 1998 Senegal prohibió la Ablación después de una sona

KENIA

En el año 2011 el parlamento de Kenia decidió, también, eliminar esta práctica.

BURKINA FASO

Desde 1996 Burkina Faso posee una legislación que penaliza la ablación, con penas mayores para el personal sanitario o paramédico, o ser cómplice de la práctica de la MGF. Burkina Faso ha sido uno de los países promotores de la Resolución aprobada por la Asamblea General de Naciones Unidas el 20 de diciembre de 2012, dirigida a intensificar los esfuerzos para la eliminación de la ablación.

UGANDA

En 2009 el parlamento de Uganda votó por unanimidad la prohibición de la ablación y la pena de diez años de prisión para aquellos que realizaran esta práctica.

ETIOPÍA

En Etiopía la ablación está prohibida desde 2005.

Conforme pase el tiempo se irán uniendo otros países que debaten la cuestión de la ablación, como Yemen o Mali. Pero aún queda mucho por conseguir.

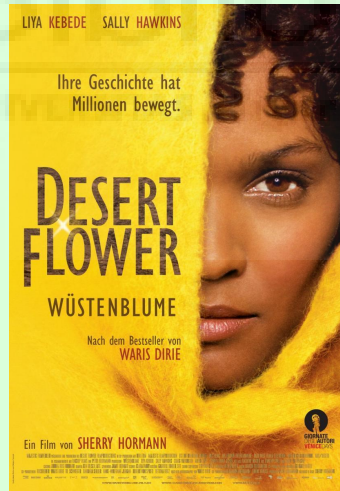
CONCLUSIONES

- ❑ Importancia a la educación
- ❑ Conocimiento de las consecuencias de la MGF
- ❑ Escuchar testimonios de otras personas
- ❑ Tomar decisiones tras reflexionar sobre ideas preconcebidas
- ❑ Cuestionar costumbres dadas
- ❑ Considerar los hombres que rechazan la MGF
- ❑ Participación de toda la comunidad
- ❑ Advertir y divulgar lo que hemos aprendido a otros
- ❑ Recordar que varios países han abolido esta tradición

EJERCICIO PARA CASA

→ Ver la película “La flor del desierto”

→ Tiempo aproximado: 2 horas



EXPRESAR A OTROS NUESTRAS DECISIONES



EMPECEMOS

“Vamos a pensar en ciertas situaciones que hayamos decidido llevar a cabo dentro de poco y que consideremos importantes”



Y las apuntamos en la hoja ...

RECORDATORIO BREVE

“

No debemos olvidar que este grupo tiene unas normas que se han de respetar en todos los talleres:

- ▣ Confidencialidad
- ▣ Escucha Activa
- ▣ Participación
- ▣ Puntualidad
- ▣ Respeto

1.

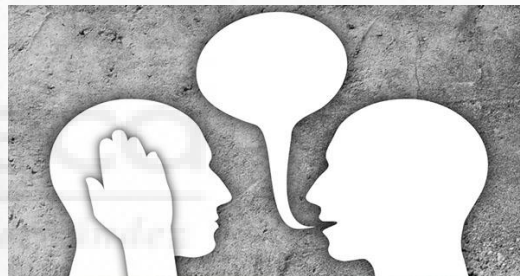
Tips introductorios

Antes de compartir las situaciones que habéis pensado, vamos a comentar ciertas pautas que todos debemos recordar cuando interactuamos:

- ▣ Mirar a los ojos
- ▣ Demostrar interés y atención con el cuerpo inclinado
- ▣ Asentir con la cabeza
- ▣ Sonreír
- ▣ Tener paciencia al explicar

DINÁMICA

- ▣ Por parejas
- ▣ Elegid un tema de los apuntados
- ▣ Expresad al compañero/a una decisión tomada que sea difícil para vosotros



*Los profesionales de este taller estaremos observando vuestras representaciones e intervendremos cuando lo consideremos necesario

VAMOS A PONER EN PRÁCTICA LAS SITUACIONES ELEGIDAS

DECISIÓN 1: "Voy a quedarme en España un tiempo"

Tenéis 10 minutos para expresar al compañero esa decisión

¿CÓMO HA IDO?
¿CÓMO OS HABÉIS SENTIDO?
¿QUÉ CAMBIARÍAIS EN VUESTRA MANERA DE EXPRESARLO?

Ahora el compañero que expresaba la decisión, será el receptor de la información

DECISIÓN 2: "Mamá, no voy a mutilar a mi hija"



¿CÓMO HA IDO?
¿CÓMO OS HABÉIS SENTIDO?
¿QUÉ CAMBIARÍAIS EN VUESTRA MANERA DE EXPRESARLO?

Esta situación era más difícil de explicar a otros

**Los que expresaban la decisión, ahora recibirán la información del
compañero*

Vamos a probar cambiando de compañero

Lo elegiremos al azar y expresaremos de nuevo esa decisión



DISCUSIÓN GRUPAL

- ¿Habéis notado diferencia al expresar esta decisión a otra persona? ¿Cuáles?
- Entre todos, ¿podéis comentar al grupo qué argumentos os han servido para explicar de una manera adecuada una decisión tan importante?

Argumentos utilizados

- La religión no obliga
- Los médicos dicen que provoca consecuencias en la salud irremediables
- Preguntar a la persona que recibe la noticia, cómo se sintió ella en esa situación
- Hay hombres que se casan con mujeres sin mutilar
- Utilizar el compromiso preventivo
- Recurrir a expresar experiencias personales sobre la situación y cómo afectó a su vida
- La ley no nos permite hacerlo
- Otros poblados cercanos no lo hacen y las niñas están bien

“

Ahora que conocemos los argumentos que más os han servido, los que no los habíais contemplado, podéis tenerlo en cuenta

TAREA PARA CASA

PRATICAR CON AMIGOS, FAMILIARES Y PAREJAS CÓMO
EXPRESAR ESTA DECISIÓN O LAS QUE NO HAYÁIS
PRATICADO AQUÍ

ESPERAMOS QUE OS HAYA SERVIDO DE UTILIDAD Y OS SINTÁIS MÁS
SEGUROS Y PREPARADOS PARA EXPLICAR DECISIONES A OTROS

¡SUERTE!



TALLER DE EXPRESIÓN EMOCIONAL

COORDINADORAS Miguel Hernández

¿QUÉ SON LAS EMOCIONES?

“Estado afectivo que se genera en un organismo debido a un acontecimiento externo o interno”

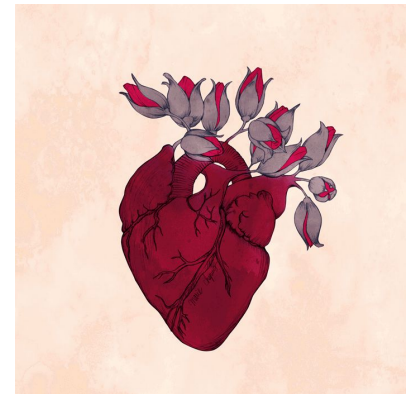
La emoción está formada por:

- cambio cerebral: respuestas químicas y neuronales
- cambios cognitivos: calificamos las emociones que percibimos
- cambios conductuales: expresión emocional

Se expresan a través de manifestaciones:

- Verbales
- No verbales: expresión fónica, facial y corporal

Aparecen de forma innata e influyen las experiencias previas



¿QUÉ SON LAS EMOCIONES?



- Por tanto ... “ Son experiencias subjetivas de corta duración que aparecen por nuestra lucha por la supervivencia y resultan ser adaptativas para prepararse y ajustarse ante los cambios de entorno”.
- Repercuten los pensamientos, recuerdos, creencias, motivos, significados que damos, la personalidad \longleftrightarrow Una = situación puede generar diferentes emociones en diferentes personas y en una misma persona \rightarrow Nos ayuda a percibir los estímulos y valorarlos.
- Es decir, tienen funciones muy importantes que nos ayudan en nuestra interacción con los demás y con el mundo \rightarrow Influyen en nuestras decisiones (acercamiento/evitación)

EMOCIONES BÁSICAS: ¿Cuáles son?

Se considera la existencia de 6 emociones básicas:

1. Miedo
2. Tristeza
3. Asco
4. Ira
5. Alegría
6. Sorpresa o interés



Las cuales son: “universales, innatas y compartidas por todo ser humano, conllevan expresiones faciales y acciones concretas”

→ Vamos a conocer cuáles son las emociones básicas y qué función cumple cada una ...

MIEDO

Emoción básica producida por la percepción de un daño o peligro físico (dolor) o psicológico (recuerdo)

Funciones:

- **DEFENSA:** para protegerse o incitar a acciones de huida, escape o lucha
- **AFRONTAMIENTO:** ayuda a conocer formas de enfrentarse

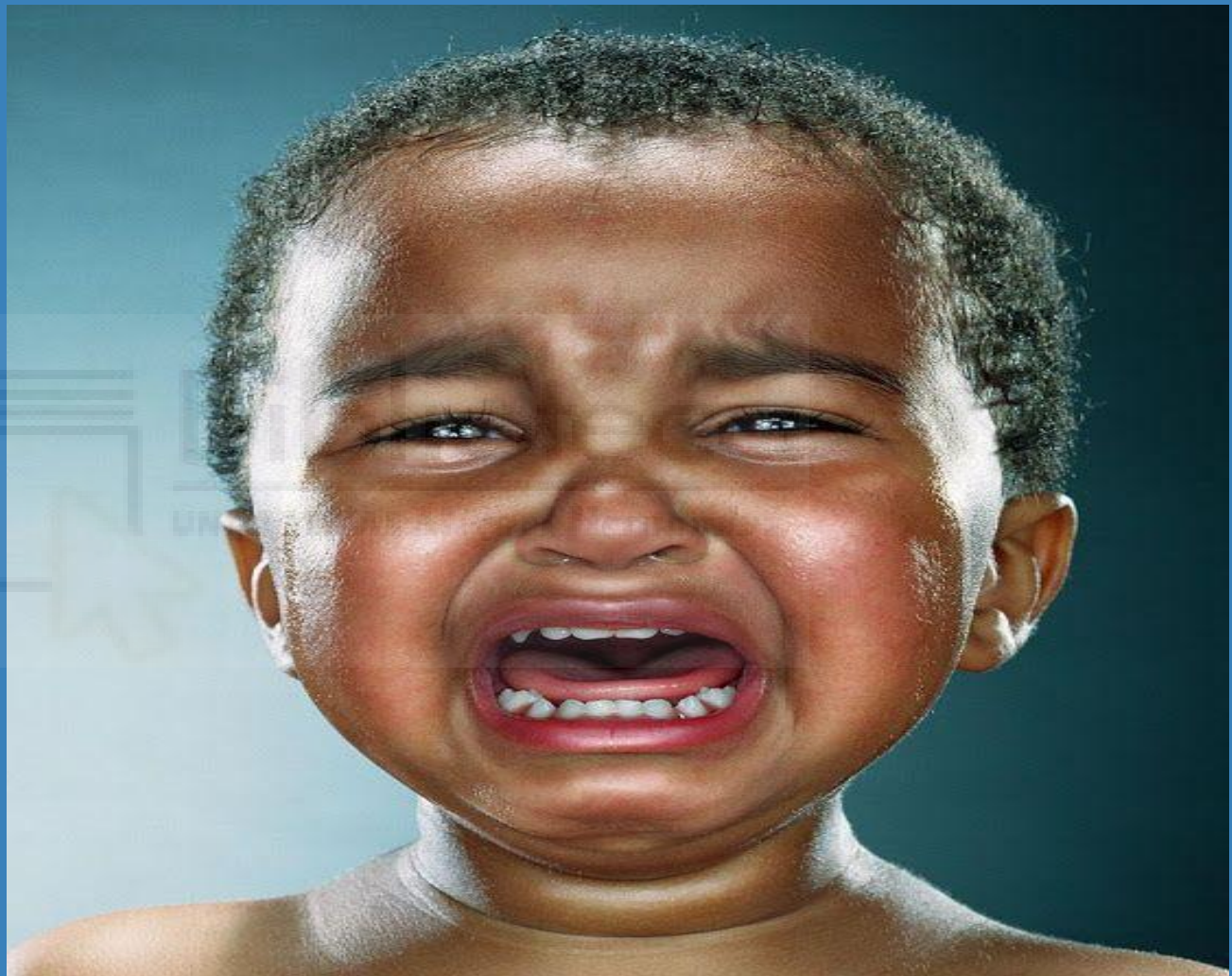


TRISTEZA

Emoción básica producida por una separación o pérdida de personas u objetos, por un fracaso propio o por otros, y debido a dolor físico y emocional.

Funciones:

- **MOTIVAR:** a realizar conductas encaminadas a recuperar el estado anterior.
- **COHESIÓN GRUPAL**



ASCO

Emoción básica producida por estímulos o acontecimientos físicos repugnantes: comida, sabor, olor...

Funciones:

- **RECHAZO:** para mantener y promover la salud. Provoca cambio de hábitos personales, huida o rechazo a alimentos caducados, conservación entorno.

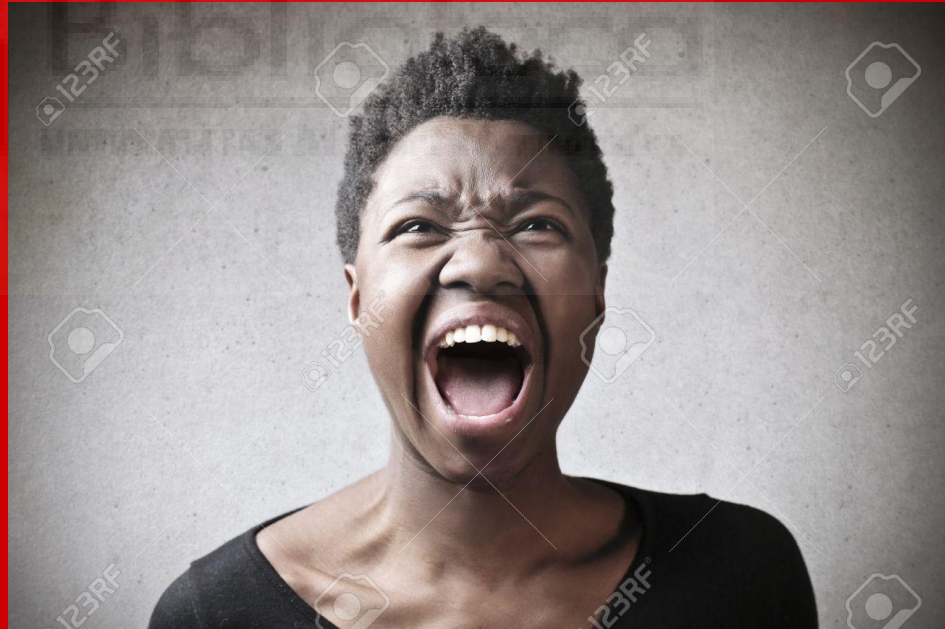
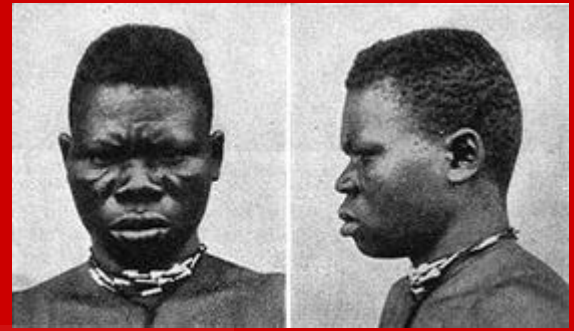


IRA

Emoción básica producida por una situación que resulta ofensiva para mí o para mis seres queridos. Ante control físico o psicológico o ser engañado, traicionado, herido.

Funciones:

- **MOVILIZAR Y ACTIVAR:** energía destructiva y energía constructiva



ALEGRÍA

Emoción básica producida por el logro de objetivos personales que confirmen autovalía o ante el alivio de estados negativos físicos y psicológicos.

Funciones:

- **CONTRARRESTAR** experiencias vitales frustrantes, decepcionantes
- **PARTICIPACIÓN SOCIAL**



SORPRESA

Emoción básica producida por acontecimiento ambiental de cambio, novedad y desafío. También por pensamientos y actos que posibilitan el descubrimiento.

Funciones:

- **MOTIVA** conductas de exploración e investigación ambiental
- **DESEO** de creatividad, aprendizaje y desarrollo personal



EMOCIONES BÁSICAS: IDENTIFICACIÓN

→ A continuación vamos a practicar el reconocimiento de emociones:

1. Vamos a pensar en una situación con alta carga emocional, es decir que la recordemos por su intensidad. Es recomendable que sea real y no sea neutral.
2. A continuación, relataremos la historia a los demás.
3. El que relata se concentra en las emociones que siente al contarla y en las sensaciones que experimenta en su cuerpo.
4. Los observadores se centran en sus expresiones faciales, cambios de tono y postura corporal.
5. Después comentaremos entre todos lo que creemos y si coinciden entre todos.

RECORDEMOS LAS NORMAS DE GRUPO IMPORTANTES PARA ESTE EJERCICIO:

- RESPETO
- NO INTERRUMPIR
- ESCUCHA ACTIVA
- CONFIDENCIALIDAD

¡VAMOS ALLÁ!

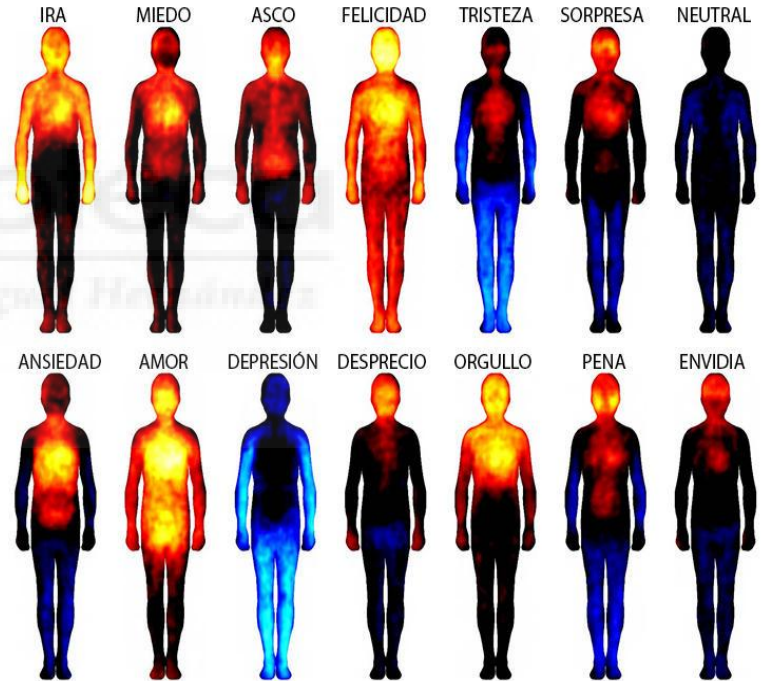


REFLEXIONES

- ¿Qué emociones habéis sentido e identificado?
- ¿Qué tipo de sensaciones corporales habéis notado?
- ¿En qué partes del cuerpo?

Y fundamental...

- ¿Por qué sentíamos esas emociones en esas situaciones? ¿Qué función tenían?



TESTIMONIO MEDIADOR INVITADO

ESCUCHAREMOS

Su historia personal.
Expresará su
experiencia como
padre en la lucha
contra la ablación.



DUDAS

Podemos
preguntarle
nuestras dudas
y contar
historias
relacionadas
con la temática
si se desea

MARIAMA

**VISIONAREMOS EL CORTO DOCUMENTAL BASADO EN LA HISTORIA QUE HEMOS
ESCUCHADO**



A PICTURE IS WORTH A THOUSAND WORDS

- ▶ ¿Qué os ha parecido?
- ▶ ¿Qué habéis sentido?
- ▶ ¿Qué creéis que sentían los personajes?



REEQUILIBRIO EMOCIONAL MEDIANTE RELAJACIÓN

ANTES DE IRNOS ... VAMOS A REALIZAR UN
EJERCICIO DE RESPIRACIÓN PARA CONSEGUIR
RELAJARNOS

- Solo escuchemos la música de fondo
- Dejád pasar los pensamientos
- Inspirad profunda y lentamente
- Mantened el aire unos segundos
- Espirad el aire vaciando el vientre



TAREA
PARA CASA

FICHA
“Escuchar
emociones”





CANCIONES AFRICANAS

A continuación
escucharemos las letras
de unas canciones
típicas de África y
reflexionaremos sobre
su significado





BAMBA WO LEYANGO LE?

Cocodrilo, ¿dónde están las
ovejas?

Circuncidadora, ¿dónde están
las corderas para el sacrificio?

- ¿La habías escuchado alguna vez?
- ¿Qué significado tiene la letra? ¿Sobre qué habla?
- ¿Qué opinas sobre el mensaje?



"Esta canción refleja una conversación entre las circuncidoras y las ayudantes de estas (cocodrilos), preguntándose dónde están las niñas que aún no han sido circuncidadas (ovejas) y expresan el deseo de buscarlas y realizarles la MGF."

¿PROMUEVE LA MGF?





NUMO SAMA BAA NUMO

"Circuncidadora, oh poderosa
circuncidadora,
por la noche algo escuece"

- ¿La habías escuchado alguna vez?
- ¿qué significado tiene la letra? ¿Sobre qué habla?
- ¿qué opinas sobre el mensaje?



"Esta canción tiene el mensaje de invocar a las circuncidadoras para que ayuden a las niñas, la tratan como un ser sobrenatural, ya que con sus poderes puede impedir los males que ataquen a las niñas en los arbustos, el lugar donde se suele llevar a cabo la MGF."

¿PROMUEVE LA MGF?





CHAKUARR SLETA LA YROLAA, YRO LA YE DI

"Poderosa, circuncidadora, oh
poderosa circuncidadora, por favor
oh poderosa circuncidadora, por
favor, poderosa circuncidadora"

- ¿La habías escuchado alguna vez?
- ¿Qué significado tiene la letra? ¿Sobre qué habla?
- ¿Qué opinas sobre el mensaje?



"Aquí se evidencia un tono de súplica por parte de las madres de las niñas que van a ser circuncidadas, se suele cantar en el momento en el que están sentadas en el lugar donde se va a realizar la ablación. Expresa el poder que ven en la circuncidadora y reconociéndolo, respetándolo, pero al mismo tiempo sienten pena por sus hijas."

¿PROMUEVE LA MGF?



MALATA JAATI YE MANG DING JALA

"He podado la planta de tomate agria,
he mirado a un lado y a otro
y he comprobado que no ha quedado
nada

La planta de tomate agrio ha sido
cortada
y ya no hay fruto"

- ¿la habías escuchado alguna vez?
- ¿qué significado tiene la letra? ¿Sobre qué habla?
- ¿qué opinas sobre el mensaje?



"Se evidencia una metáfora en la que el tomate agrio hace referencia a los genitales femeninos de la niña sin cortar. Esta canción sirve para asegurarse de que la circuncidadora ha realizado su tarea de manera eficaz, sin dejar rastro de "suciedad" o de fruto. Se piensa que se debe podar la planta."

¿PROMUEVE LA MGF?





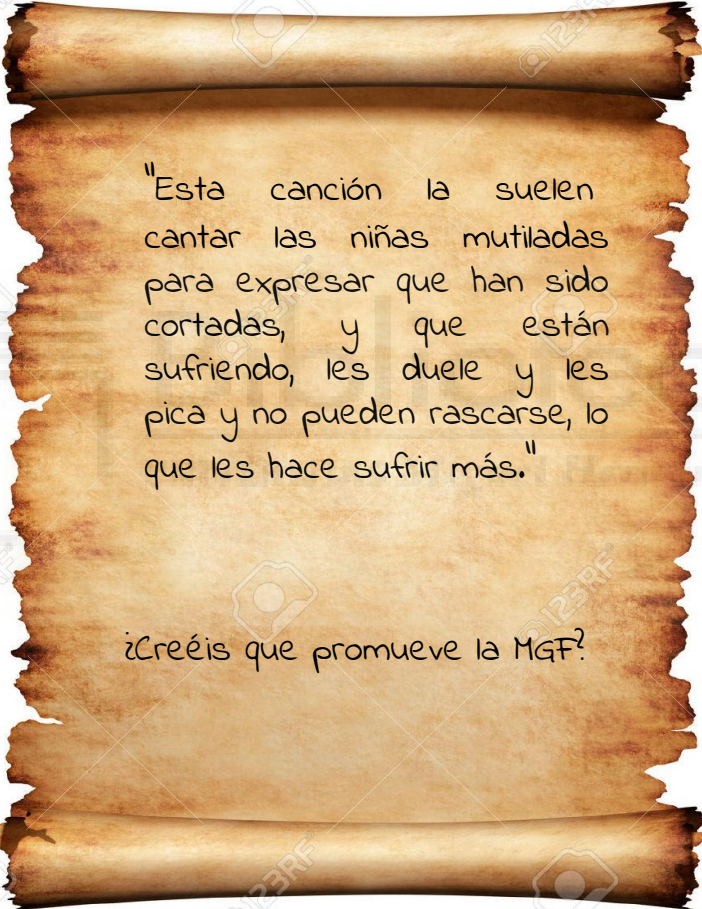
FENE SELETANA KENI JAROTO

"Algo se ha subido a mí, en el árbol de Teca,
ha subido y bajado
y seguido el camino del agua descendiendo la
colina"

lioteca

AS Miguel Hernández

- ¿La habías escuchado alguna vez?
- ¿qué significado tiene la letra? ¿Sobre qué habla?
- ¿qué opinas sobre el mensaje?



"Esta canción la suelen cantar las niñas mutiladas para expresar que han sido cortadas, y que están sufriendo, les duele y les pica y no pueden rascarse, lo que les hace sufrir más."

¿Creéis que promueve la MGF?



NGASINGDING DONA YABE JALABA

"La niña que ha sido mutilada
está danzando bajo el árbol
Jalaba a pesar de su dolor"

lioteca
AS Miguel Hernández

- ¿La habías escuchado alguna vez?
- ¿Qué significado tiene la letra? ¿Sobre qué habla?
- ¿Qué opinas sobre el mensaje?



"Esta la cantan las niñas una vez han superado la ablación, es decir, cuando ha cesado la hemorragia y lo demuestran danzando frente a su familia y la comunidad. Al danzar demuestran el valor de la niña, ya que ellos son conocedores de su dolor. La danza consigue que su familia se sienta orgullosa, ya que responde a las expectativas de todos por mantener el silencio sobre el trauma que le han causado. El baile es una mecanismo de presión social para que no exprese su dolor."



¿ESTÁIS DE ACUERDO

Jalaba es el nombre de un árbol amargo y según la lengua africana, esta metáfora simboliza la contradicción entre el baile que suele evidenciar una expresión de felicidad, y el intenso dolor que sufre la niña. Estos bailes, en los que la niña expresa alegría y se celebra un contexto de fiesta y el dolor se reserva y silencia, consigue que las niñas sin mutilar deseen lo mismo."



**AHORA ESCUCHARÉMOS 2 CANCIONES
NUEVAS**

**¿ENCONTRÁIS DIFERENCIAS CON LAS
ANTERIORES?**

ANALICEMOS



NYAKA BOYO ALI NGA BULA TORABA

"Paremos la MGF porque es perjudicial, causa mucho daño.

La MGF niega a la niña su derecho a la salud y el resto de sus derechos.

Debido a la MGF, algunas mujeres tendrán quiboides en sus cuerpos, otras serán selladas y esto les afectará cuando tengan que consumir el matrimonio.

Cuando la niña crezca, se case y su marido la reclame, algunas veces les llevará dos, tres días, a veces una semana, antes de poder consumir el matrimonio.

Tendrán que volver a llevar a la niña a la circuncidadora de nuevo para quitar el sellaje, cortando de nuevo a la niña. Tras remover el sellaje, deberán tomar un trozo de tela con manteca de karité y lo colocarán en la apertura ara que no vuelva a cerrarse antes de que, al atardecer, sea consumado el matrimonio.

Al anochecer, cuando la niña sea llevada a su marido, tendrá que consumir el matrimonio pese a todo el dolor.

Ella casi se querrá morir de dolor, y su marido estará impactado, ella estará en estado de shock y esto son grandes problemas, grandes problemas.

Y si en ese proceso ella queda embarazada y está a punto de dar a luz; si tiene un queloide como un mango, entonces tendrá muchas dificultades porque tendrá problemas en el parto. A veces parece un pequeño limón, y esto le causará problemas a su bebé.

Si está a punto de dar a luz y no puedo hacerlo normalmente, tendrán que llevarla a la enfermera para que le haga una episotomía.

Y si es desafortunada en este proceso, tanto ella como su bebé pueden morir.

Todo esto es culpa del daño causado por la MGF."



NINGKO NA KUMO YE BANBANG

"Si queremos que nuestro mensaje sea fuerte y respetado, debemos cambiar nuestra actitud y adoptar los mensajes importantes.

Aceptamos la información sobre la MGF, todos sabemos que la MGF es nuestra cultura pero el pueblo debe adquirir conocimiento, y la investigación ha sido hecha: donde la MGF nos ha llevado y de qué modo nos hace daño.

Porque la MGF niega a las niñas sus derechos y su propia buena salud. Con este mensaje debemos educar a la gente, hablarles, sensibilizarles para que puedan escuchar y estar de acuerdo con lo que ha sido planteado porque la gente ha practicado la MGF durante un largo tiempo y es difícil parar inmediatamente, habla con ellos de forma adecuada para que sean capaces de cambiar.

Este es el motivo por el que Gamcotrap recorre el país para concienciar sobre lo que saben de la MGF, para compartirlo con otras personas y que ellas puedan entender el daño que la MGF hace y puedan así pararlo para siempre.

Además, de negar los derechos de la infancia, también daña nuestra sexualidad, en nuestros hogares, ellos lo saben, así que debemos hablar y sensibilizar a la gente para que puedan parar, para que puedan entender lo que nos ocurre durante el parto y el conocimiento adquirido nos muestra la vida mejor sin la MGF.

Somos conscientes de los problemas que algunas personas padecen; si la niña está sellada, es llevada a las circuncionadoras para abrirla de nuevo e incluso es forzada para consumir el matrimonio de nuevo ese mismo día, eso es también un problema que la MGF causa a los matrimonios.

Tenemos que proporcionar conocimiento, la gente ha compartido, ha sido informada, ahora tenemos que cambiar nuestra actitud."

¿QUÉ OS HAN PARECIDO?

¿QUÉ MENSAJES TRANSMITEN?

¿QUÉ ASPECTOS CONCRETOS
PODEMOS
COMENTAR?



Estas canciones han sido creadas por comunicadoras africanas tradicionales que están sensibilizadas y exponen las consecuencias para la salud de la MGF promoviendo el cambio de actitud.

TAREA



Reuniros en grupos de 3 o 4 y cread unas líneas de una canción con temática de la MGF



Y AHORA ES MOMENTO DE
CANTARLO A LOS DEMÁS

...

¿QUÉ OS PARECE?

¿QUÉ SIGNIFICADO TIENEN?



VALORACIÓN DEL
PROGRAMA

ESPERO QUE OS HAYA
GUSTADO Y RESULTADO
ÚTIL

PASE DE CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN



HASTA PRONTO