

Resultados Investigación Cualitativa

Mutilaciones genitales femeninas

Daniela Heim
Grupo Antígona-UAB
16-09-2011

Conocimiento del fenómeno.

Hace unos veinte años, las MGF eran prácticamente desconocidas en Cataluña.

A finales de la década de 1990, la Administración Pública catalana comenzó prestar atención al tema.

Conocimiento del fenómeno.

- *“los primeros casos que se conocieron fueron en torno al 90-92, lo que pasa es que durante 10 años no se hizo nada. Qué mejor que nadie hable del tema, que no salga por ninguna parte [en los medios de comunicación] y ya está” (19Im)*
- *“En el año 2001 salieron 2 casos en el Vallès con gran transcendencia mediática. Aquí hay un encargo del Parlamento para hacer un protocolo de actuaciones. Eso se hizo a nivel de la Generalitat y en Girona, donde, por el tipo de trabajo que se hacía, se generó una comisión de todos los agentes y se hizo un protocolo en paralelo – al de la Generalitat – que dice más o menos lo mismo. Estos dos protocolos ven la luz en el año 2002” (16Int)*
- *“Entre 1992/1993 y el 2003 no se hizo nada”(21Edu).*

Prevalencia.

- **En Catalunya:**

“desde el 2000... aquí en España que pasó aquel caso en Banyoles... que se practicó una mutilación aquí (...) Luego, los casos que han ido pasando, no han pasado aquí. Han sido en el país de origen. Desde que está prohibido, y también se persigue extraterritorialmente, no se dan casos y si se han dado, lo que han hecho ha sido que la niña se quede allí, no devolverla aquí nunca y luego, estas niñas son las que acaban sufriendo el matrimonio forzado. No vuelven o vuelven cuando ya son mayores” (1E).

Prevalencia.

- **En los países de origen:**

“Y mi balance es triste, tristísimo, porque hace más de 25 años que se fundó el Comité Interafricano y mira las prevalencias, no se han movido (...) Hay millones de dólares que se han invertido en los últimos 25 años y el impacto ya lo ves. Mira, países, no sé, como Egipto, que es de los países más desarrollados de África, en el 95 cuando se prohibió tenía una prevalencia del 97% y el DHS del 2008, no, del 2005, habla de que descendió a un 96%, ¿un 1 % en diez años?! (...) Entonces, yo creo que seriamente tenemos que sentarnos y revisar qué metodologías se están usando, en qué contexto funcionan...” (21Edu).

La importancia del trabajo preventivo.

“A veces, se ha corrido a última hora. Esto es porque falta mucho más trabajo de prevención. Nos hemos encontrado algún caso que le retiraron el pasaporte a la niña cuando en realidad, nosotros ya habíamos trabajado con esta niña, y tanto yo como mi compañera, como educadora social, (...) habíamos hecho mucho trabajo y sabíamos que aquel padre no iba a mutilar a su hija. Pero claro, una trabajadora social, se enteró por el colegio a última hora y... no estaba bien coordinado, no se hizo el trabajo y le retiraron el pasaporte y claro, este padre, no iba a mutilar a su hija y además nosotras dijimos: ‘es que hemos trabajado’. Yo les dije que estaba segura de que no iba a mutilar a su hija. (...) Esto crea desconfianza y mal rollo. Además no era problema de idioma, el padre hablaba bien el catalán, el castellano, todo, y realmente, pasó así por falta de prevención, por falta de contacto con las familias. Porque si tú conoces un poco bien la familia y tienes algún contacto con la familia, estos errores, no pasan. Tú puedes detectar... aunque no seas pediatra, puedes detectar en qué familia hay más riesgo que otra”.
(1E).

El papel de los hombres.

“Es un tema que los hombres han tenido casi siempre apartado, porque realmente es un tema más de las mujeres (...) El hombre no entra dentro del ritual, ellos no quieren saber nada; ellos, lo único, que cuando se casan, la mujer que esté mutilada. (...) Pero todo lo que es el ritual, toda la parafernalia, las que más insisten son ellas”. (10S)

“[Cuando estuve en Gambia] pensé que esto era un tema de mujeres, en el que mandaban las mujeres y ellas debían ser nuestras interlocutoras. Cuando comencé, vi que no. Me di cuenta en un domicilio, aquí en Gerona, en el que el hombre estaba en el sofá mientras yo hablaba con la mujer y él me decía riendo: ‘ya puedes hablar con mi mujer, que yo desde este sofá, si llamo a Gambia y digo que las toquen o no, así lo harán’. Desde entonces, el trabajo ha sido tanto con la mujer como con el hombre. Buscamos el compromiso de todos. Si hay una de las partes que no nos da confianza, es motivo suficiente para pasar el caso al juzgado, porque queremos el compromiso de las dos partes en casos de riesgo”. (16Int)

El papel de los hombres.

“Hay un mal vicio de decir que es un tema de mujeres. Las que cortan son mujeres grandes y, casualmente, son las mujeres de las familias de los hombres muchas veces (...). Y, como mínimo, será más fácil que el tema no se produzca si convencemos a los dos y que uno convenza al otro si no está suficientemente convencido”. (19Im)

“Los hombres... es más fácil hablar con ellos ¿sabes? Porque ellos han tenido relaciones con mujeres de aquí, la migración ha sido asimétrica en términos de género y claro, uno, un día, muy divertido, me decía, ahora entiendo por qué mi mujer `tabla en la cama´ (...) y ellos quieren a sus mujeres... entonces, claro, ¿qué puedo hacer? Mira, quiérela mucho, mímalala mucho y no mutiles a tus hijas (...).” (21Edu).

Cosas a mejorar.

La prevención.

* Especialmente en los ámbitos de trabajo social, educación y salud:

“... el balance es que se podría haber hecho mucho más trabajo de prevención y que las instituciones tendrían que invertir mucho más en hacer formación a sus profesionales, por lo menos de atención primaria, trabajo social, educación y salud. Son los tres ámbitos privilegiados...”

Cosas a mejorar.

La prevención.

* El reparto de las tareas preventivas entre los diferentes ámbitos de trabajo involucrados:

“creo que hay trabajos que los tendrían que hacer los de sanidad, no nosotros, las asociaciones... Por ejemplo, explicar las consecuencias de las mutilaciones, las enfermedades que puede traer (...) Una trabajadora social no puede explicar las consecuencias de la mutilación de la mujer. Esto lo hace un médico y lo hace bien porque es su trabajo. Entonces, esta parte sí que la tendríamos que tratar más. (1E)

Cosas a mejorar.

La formación de las y los profesionales.

* En todos los ámbitos:

Yo creo, que los propios profesionales, somos unos grandes desconocedores (...) Creo que sería básico hacer campañas de divulgación y campañas de información y formación. De entrada, a los profesionales y cuando hablo de profesionales, hablo de todos los ámbitos: sanitario, social, educación... Hay muchísima gente que sabe lo que es la MGF y punto. No conocen nada más (...). Y se tendría que hacer más regular. De alguna manera como cuando se hizo lo del "Embaràs sense Fum". Se empezaron a hacer cursos, y la gente iba, ¿por qué no se hacen cursos? Se podrían hacer. (10S)

Cosas a mejorar.

La formación de las y los profesionales.

*Formar más profesionales:

“¿se ha hecho formación en los diferentes ámbitos? No toda la que quisiéramos. Se han hecho jornadas. Desde Sanidad, se ha hecho más formación y también es un tema que si no hay demanda tampoco. Hemos estado proactivos, pero también tenemos el dinero que tenemos. A medida que van saliendo las mesas es cuando se aprovecha para hacer una explicación formativa en este sentido o hacer una pequeña jornada de profesionales a través del Institut Català de la Salut o a través de otros ámbitos”. (19Im)

Cosas a mejorar.

El seguimiento de los casos.

* Relacionar historial de la madre mutilada con el de la niña:

“Lo que nosotras [las comadronas] hacemos es la detección: mujer que está mutilada y lleva una nena, nos ponemos en contacto con el pediatra y la enfermera de pediatría. Un problema que tenemos es que no hay una relación de la historia de la madre con la de la hija. Si tú pudieras poner una alerta en la historia de la madre: ‘ojo, que cuando la nena haya nacido, jojo! porque hay un riesgo de esto, porque la madre lo está.’ No podemos (...) porque la nena aún no tiene historia, hasta que nazca no tiene historia propia, y no va unida a la de la madre, así que hemos de esperar que nazca”. (9S)

Cosas a mejorar.

El seguimiento de los casos.

*Relacionar la ausencia de MGF en las niñas en posible riesgo con la prevención:

“[Dentro del apartado que hace referencia al niño inmigrante del "Protocolo de Actividades Preventivas en Edad Pediátrica] sale: 'exploración física' y pone: 'mirar si tiene hecha la MGF'. Que aquí, para mí, falta un asterisco que ponga: 'y si no la tiene hecha, hacer prevención'. No, no lo pone. Debes ir unas páginas más atrás, que pone: 'educación sanitaria' y allí pone: 'profilaxis de la mutilación genital' y te envía a una página web que bueno (...) es un poco larga esta página y cuesta de encontrar y te deriva a la guía, aquella del ICS que hizo el grupo, la verde, que es el Manual para Profesionales, del 2004". (115)

Cosas a mejorar.

El seguimiento de los casos.

*Tener conocimiento de las niñas que no vuelven después de un viaje a su país de origen:

“ahora nos estamos encontrando que... no tenemos datos porque cuando no vuelves, no vuelves. Pero hay niñas de 13, 14, 15, 16 años que no vuelven. Se van de viaje un día, no para mutilarlas, que también, pero que no vuelven porque se quedan allá... Y son niñas catalanas que sólo hablan catalán y fula y castellano, niñas de Olot (E: que se han socializado aquí) que las sacas de todo su ámbito y están allá, cómo estarán en todos sentidos, no? Hay todo esto atrás y esta es una dificultad. Debemos trabajar mucho”. (19Im).

Cosas a mejorar.

La recuperación física o psicológica de mujeres mutiladas.

“La parte que queda más “colgada” es la de la recuperación de la salud psicológica y física de estas menores. Por ejemplo, el Dr. Barri, de la Clínica Deixeus, hace reconstrucciones genitales. Ahora tiene una subvención para hacer 30 más. Pero cuántas mujeres han sido informadas de que pueden hacer estos procesos de reconstrucción o tienen espacios de soporte y de ayuda? (...). Se ha hecho mucho trabajo en la recuperación física, aunque no todos los casos son tratables. Pero psicológicamente sí que se podría tratar todos, y son muy pocas las que consiguen alguna ayuda”.
(16Int)

Cosas a mejorar.

La recuperación física o psicológica de mujeres mutiladas.

Yo pienso que no se está trabajando a nivel psicológico, por ejemplo, para dar apoyo a niñas y que sabemos, que sabemos que han venido mutiladas de allí (E. "El post-mutilación"). El post-mutilación, o sea, todo esto de la reconstrucción sí, vale, pero no es para todo el mundo ni todo el mundo va a acceder a este tipo de intervención. Yo creo que además es el apoyo psicológico, pienso que ahora, por los mapas de las mutilaciones que hemos estado haciendo, ahora empezará el boom de las adolescentes que han nacido aquí o que han venido aquí de muy pequeñas y que van a encontrar que... bueno, que no son como las otras niñas, no? Son negras, son pobres, los padres no hablan... no sé qué, no sé qué, y encima, ¡mutiladas! Bueno, alguien tiene que trabajar estos aspectos, ¿no? O sea, pienso que es un reto importante el poder trabajar con estas niñas adolescentes que están descubriendo su sexualidad, que están entrando en relaciones sexuales y que se van a encontrar diferentes, o sea, más diferentes todavía de lo que ya se sienten..." (21Edu).

