

TESIS DOCTORAL

Alba González Timoneda

2020



A Piece Of Me, Abida. UNFPA



VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y PODOLOGÍA

PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERIA CLÍNICA Y COMUNITARIA

VIVENCIAS EN RELACIÓN CON LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA Y
CAPACITACIÓN PARA SU ABORDAJE DESDE LOS DIFERENTES
ACTORES INSTITUCIONALES IMPLICADOS EN VALENCIA.

TESIS DOCTORAL

Presentada por:
Alba González Timoneda

Dirigida por:
Prof. Dr. D. Antonio Cano Sánchez
Prof. Dr. D. Vicente Ruiz Ros



VNIVERSITAT
ID VALÈNCIA

Valencia, enero de 2020

VNIVERSITAT Đ VALÈNCIA



PROGRAMA DE DOCTORADO EN ENFERMERIA CLÍNICA Y COMUNITARIA

FACULTAD DE ENFERMERÍA Y PODOLOGÍA

TESIS DOCTORAL

Vivencias en relación con la Mutilación Genital Femenina y capacitación para su abordaje desde los diferentes actores institucionales implicados en Valencia.

Presentada por

Alba González Timoneda

Dirigida por

Prof. Dr. D. Antonio Cano Sánchez

Prof. Dr. D. Vicente Ruiz Ros

Valencia, enero de 2020

VNIVERSITAT Đ VALÈNCIA



PROGRAMA DE DOCTORAT EN INFERMERIA CLÍNICA I COMUNITARIA

FACULTAT D'INFERMERIA I PODOLOGIA

TESIS DOCTORAL

Vivencias en relación con la Mutilación Genital Femenina y capacitación para su abordaje desde los diferentes actores institucionales implicados en Valencia.

Presentada por

Alba González Timoneda

Dirigida por

Prof. Dr. Antonio Cano Sánchez

Prof. Dr. Vicente Ruiz Ros

Valencia, enero de 2020

AGRADECIMIENTOS

La realización de esta tesis ha sido posible gracias a la ayuda inestimable de diferentes personas y colectivos a los que quisiera dedicar unas palabras de agradecimiento.

Primeramente quisiera agradecer a mis directores de tesis, el Prof. Dr. Cano y el Prof. Dr. Ruiz, la confianza depositada en mí desde el inicio de este proyecto y el apoyo mostrado a lo largo de todos estos años. Gracias por la estima, el empuje y por todas las orientaciones e indicaciones que me han transmitido desde el inicio. Ha sido un verdadero placer haber podido tenerles como directores y maestros. Gracias de corazón.

También quisiera ofrecer unas palabras de agradecimiento a todas aquellas mujeres y hombres que voluntariamente han accedido a formar parte del estudio, ya que sin vosotras y vosotros la realización del mismo no hubiera sido posible. Gracias por vuestra disponibilidad y cercanía, gracias por acceder a tratar y discutir vuestras historias más personales y gracias por transmitirnos y ayudarnos a comprender la dura realidad acerca de la mutilación genital femenina.

A la Asociación *Jere Jere* y a la Asociación de Mujeres Africanas de Valencia (AMAUV), por su predisposición, interés y disponibilidad ofrecida durante la difícil tarea de la búsqueda de participantes.

A las diferentes Direcciones Médicas y Enfermeras del Departamento Valencia-Clínico-Malvarrosa, por su confianza y por abrirme las puertas durante el inicio del proyecto. También quisiera agradecer a las Direcciones y Jefaturas de los diferentes centros educativos que accedieron a ser incluidos en el estudio, así como a la Concejalía de la Policía Local y Bomberos del Excmo. Ayuntamiento de Valencia.

A Estefanía Navarrete, por su colaboración, predisposición y por transmitirme la pasión por su trabajo y por la lucha contra la violencia de género.

Por último, a mis padres, Luis y Clara, a mi hermana Marta, y a Jorge, por quererme tanto. Gracias por vuestro apoyo, vuestras palabras de ánimo y vuestra ayuda ofrecida, pero sobre todo gracias por comprender todas las horas de trabajo dedicadas que no hemos podido estar y disfrutar juntos. En especial a ti, papá.

“Me hallaba en Los Ángeles para dar una charla sobre la mutilación genital femenina. Accedí a hablar, aun cuando me resultaba difícil. En 1995 violé un fuerte tabú tradicional y hablé públicamente de mi propia circuncisión. Me había convertido en portavoz de Naciones Unidas para este asunto, pero cada vez que hablaba de ello despertaba en mí dolorosos recuerdos emocionales y físicos. Lo cierto es que cuando era pequeña le suplicaba a mi madre que me lo hicieran, pues había oído que me haría limpia y pura. Cuando no era más alta que una cabra, mi madre me sujetó mientras una anciana me seccionaba el clítoris y la parte interna de la vagina y cosía la herida. No dejó más que una minúscula abertura, del tamaño de la cabeza de una cerilla, para orinar y menstruar. En su momento yo no tenía idea de lo que estaba ocurriendo, ya que nosotros jamás hablábamos de ello. Era un tema tabú. Mi hermosa hermana Halimo murió a consecuencia de aquello. Aunque nadie de mi familia me lo dijo, estoy segura de que se desangró o murió de una infección. Las mujeres “midgaan” que practican la circuncisión utilizan una cuchilla o un cuchillo afilado en una piedra para hacer el corte. En la sociedad somalí se las considera intocables, ya que proceden de una tribu que no es descendiente del profeta Mahoma. Usan una pasta de mirra para detener la hemorragia, pero cuando las cosas van mal no tenemos penicilina. Más adelante, cuando una chica se casa, en la noche de bodas, el novio intenta abrir a la fuerza la infibulación de la novia. Si la abertura es demasiado pequeña, se abre con un cuchillo. Después de años de lucha, me di cuenta de que en realidad es una mutilación, pero así y todo me sentía angustiada cuando hablaba del tema: temía que algo malo pudiera pasarme por violar el código de silencio”.

Waris Dirie, Amanecer en el desierto (2002).

“La mutilación genital femenina es una cuestión que preocupa a las mujeres y a los hombres que creen en la igualdad, la dignidad y la justicia para todos los seres humanos, sin distinción de sexo, raza, religión o identidad étnica. No debe considerarse como el problema de un grupo o cultura determinados, ya sea africano, musulmán o cristiano. La mutilación genital femenina se practica en muchas culturas. Representa una tragedia humana y no debe utilizarse para enfrentar a africanos contra no africanos, a unos grupos religiosos contra otros, ni a mujeres contra hombres”.

Nahid Toubia, Llamamiento a la Acción Mundial (1995).

PRESENTACIÓN

Gestada y crecida en familia de cuidadores, decidí seguir la tradición familiar y me diplomé como enfermera en 2010 por la Universidad de Valencia. Seguidamente opté por la especialización, formándome en la Unidad Docente de Matronas de la Comunidad Valenciana, concretamente en el Hospital Universitario y Politécnico la Fe de Valencia, donde obtuve la titulación de enfermera especialista en obstetricia y ginecología (matrona) en 2013.

Desde entonces he enfocado mi carrera, tanto profesional como académica, por un lado, hacia el cuidado de la mujer desde el nacimiento hasta la senectud y por otro, hacia la salud pública, obteniendo en 2014 el título de Diplomada en Salud Pública por la Escuela Nacional de Sanidad (ENS) y el Instituto Carlos III (ISCIII) en colaboración con la Escuela Valenciana de Estudios en Salud (EVES). Así pues, ejercí como matrona durante varios años en diferentes comunidades autónomas españolas, proporcionando tanto cuidados básicos integrales en el área de atención primaria como especializados en salas de partos y unidades de maternidad de diferentes hospitales.

La posibilidad de trabajar en diferentes comunidades autónomas me dio la oportunidad de ampliar conocimientos y ver las diferentes concepciones y organización de la profesión en los diferentes lugares. No obstante, a principios de 2015 decidí continuar mi carrera profesional fuera de España y me instalé en Reino Unido, donde, durante más de dos años ejercí como matrona en la “Queen Mary Maternity Unit” del hospital “West Middlesex University Hospital” adscrito al “Chelsea and Westminster Foundation Trust” de Londres.

La diversidad cultural de la población existente en aquella región hizo que tuviera que adaptarme a nuevas necesidades de cuidado. Así pues, debía aprender a dar respuesta a esas necesidades como profesional responsable del cuidado, ya que, ¿de qué manera la cultura podía influir en los cuidados que yo proporcionaba y que las mujeres recibían? Los y las profesionales tenemos la necesidad de adquirir esa competencia cultural que nos facilite el establecimiento de las relaciones de cuidados a través del entendimiento y la comprensión de su cultura.

De esta manera surgió la idea del presente trabajo. Durante los primeros meses de mi estancia en aquel hospital inglés, escuché hablar, y no puntualmente, sino más bien, en reiteradas ocasiones, sobre la mutilación genital femenina y el manejo que desde el equipo de profesionales de la unidad de maternidad se llevaba a cabo en cuanto a su prevención, detección temprana, tratamiento y rehabilitación. La mutilación genital femenina era una práctica casi desconocida para mí.

¿En qué consistía la práctica de la mutilación genital femenina? ¿Cuáles eran los motivos por los que se llevaba a cabo? ¿Cómo es la experiencia de las mujeres afectadas por la mutilación genital femenina? ¿Cómo se podía intervenir desde los diferentes servicios de atención al proceso de salud-enfermedad de la población? ¿Teníamos las matronas un papel y situación privilegiada? Todas estas preguntas fueron el motor inicial de la realización de esta tesis, las respuestas a las cuales quedan plasmadas a lo largo del presente documento.

ÍNDICE

LISTADO DE ABREVIATURAS.....	X†@
LISTADO DE TABLAS.....	X@E
LISTADO DE FIGURAS	X@C
RESUMEN	XX@
RESUM.....	XX†
ABSTRACT.....	XX†@

CAPÍTULO I. BASES TEÓRICAS Y CONCEPTUALES.....	1
MARCO CONCEPTUAL
CONCEPTUALIZACIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA	3
Clasificación inicial de la OMS del año 1995	4
Clasificación actual de la MGF.....	4
Clasificaciones previas.....	7
TERMINOLOGÍA	9
CONTEXTO HISTÓRICO	12
CONTEXTO GEOGRÁFICO Y CIFRAS DE PREVALENCIA	14
Prevalencia global	14
Prevalencia en Europa.....	19
Prevalencia en España.....	21
Prevalencia en la Comunidad Valenciana	24
CONSIDERACIONES SOBRE EL DESARROLLO DE LA MGF	25
¿Quién realiza la MGF?	25
¿A qué edad se realiza la MGF?	26
¿Dónde se realiza la MGF?.....	28
¿Cómo se realiza?	29
CONSECUENCIAS DE LA MGF.....	30
Consecuencias sobre la salud.....	30
<i>Desinfibulación</i>	34
Consecuencias sociales y económicas.....	37
RAZONES POR LAS QUE SE REALIZA LA MFG Y MITOS SOBRE LA MGF.....	38
MARCO NORMATIVO.....	43
Normativa internacional	43
Legislación en España y en la Comunidad Valenciana	49
JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	5
ESCENARIO DE LA MGF EN ESPAÑA	61
OBJETIVOS	6

CAPÍTULO II. ASPECTOS METODOLÓGICOS.....	65
DISEÑO MULTIMÉTODO	6
FASE 1. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS Y LAS PROFESIONALES EN RELACIÓN A LA MGF.....	
TIPO DE DISEÑO	70
POBLACIÓN A ESTUDIO	70
Criterios de inclusión y exclusión	70
Tipo de muestreo	71
Procedencia de los participantes	72
<i>Profesionales sociosanitarios</i>	72
<i>Educadores/as</i>	75
<i>Cuerpos y fuerzas de seguridad</i>	77
MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS.....	79
Administración del cuestionario	80
CONSIDERACIONES ÉTICAS	82
VARIABLES DE ESTUDIO	83
Definición de las variables.....	83
Entrada y gestión de los datos	88
ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS	89
ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO	91
Recursos humanos y materiales	91
Presupuesto	91
CRITERIOS DE RIGOR APLICADOS	91
FASE 2. ENTREVISTAS A LA POBLACIÓN DE ORIGEN.....	9
TIPO DE DISEÑO	92
PARTICIPANTES	93
Tipo de muestreo	93
TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS.....	95
Diseño y estructura de las entrevistas	97
Proceso de captación y contacto con la población	98
Desarrollo de las entrevistas y del grupo focal	99
Grabación y transcripción de los datos	101
Material utilizado para la realización de las entrevistas	101
PROCESO DE ANÁLISIS CUALITATIVO	102
La constitución de los datos: codificación y categorización	102
Procesamiento y análisis de datos	105
CONSIDERACIONES ÉTICAS	107
CRITERIOS DE RIGOR APLICADOS	108

CAPÍTULO III. RESULTADOS	111
FASE 1. RESULTADOS EN PROFESIONALES	11
RESULTADOS GLOBALES: PROFESIONALES DE LA SALUD, EDUCADORES Y FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD	113
PROFESIONALES DE LA SALUD.....	122
EDUCADORES/AS	130
CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD	137
FASE 2. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS EN POBLACIÓN DE ORIGEN	14
PERFIL DE LAS Y LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO	143
DESARROLLO DE LA PRÁCTICA DE LA MGF	155
CONOCIMIENTO DE LA PRÁCTICA DE LA MGF	164
RAZONES POR LAS QUE SE REALIZA LA MGF	167
CIRCUNCISIÓN MASCULINA.....	175
MATRIMONIO CONCERTADO.....	175
POLIGINIA.....	176
CONSECUENCIAS DE LA MGF	176
POSICIONAMIENTO / CONTINUIDAD DE LA PRÁCTICA.....	185
LEGISLACIÓN	190
PROFESIONALES SANITARIOS Y OTRAS PROFESIONES.....	190
PROPUESTAS DE SOLUCIÓN.....	196
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN	20
ANÁLISIS DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS PROFESIONALES	20
<i>PRESENCIA Y REALIDAD DE LA MGF EN EL CONTEXTO ESTUDIADO</i>	209
<i>SOBREESTIMACIÓN DE LOS CONOCIMIENTOS</i>	211
<i>CONOCIMIENTOS SOBRE LEGISLACIÓN, PROTOCOLOS Y GUÍAS DE ACTUACIÓN PARA EL ABORDAJE DE LA MGF</i>	214
<i>DETECCIÓN, PREVENCIÓN E INTERVENCIÓN</i>	216
ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS DE LA POBLACIÓN DE ORIGEN DE PAÍSES PRACTICANTES DE MGF	21
<i>DESARROLLO DE LA PRÁCTICA</i>	220
<i>CONOCIMIENTO DE LA PRÁCTICA DE LA MGF</i>	225
<i>RAZONES POR LAS QUE SE REALIZA</i>	225
<i>CONSECUENCIAS PARA LAS MUJERES Y HOMBRES</i>	229
<i>ACTITUDES HACIA LA MGF</i>	230
<i>PERCEPCIÓN DE LA ATENCIÓN INSTITUCIONAL PERCIBIDA POR LAS PARTICIPANTES Y ÁREAS DE MEJORA</i>	231
IMPLICACIONES Y CONTRIBUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN	23
IMPLICACIONES PARA LA DISCIPLINA ENFERMERA	235
LIMITACIONES, FORTALEZAS Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN	23

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES	23
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	24
ANEXOS	2
ANEXO 1. CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.	273
ANEXO 2. INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN EN HUMANOS DE LA COMISIÓN ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL DE LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA.	277
ANEXO 3. GUION DE ENTREVISTA.	278
ANEXO 4. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.....	280
ANEXO 5. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN INGLÉS.	284
ANEXO 6. TRÍPTICO INFORMATIVO PARA PARTICIPANTES EN INGLÉS. <i>Leaflet; information sheet for participants. ...</i>	285
ANEXO 7. IMAGEN UTILIZADA COMO MATERIAL EN LAS ENTREVISTAS, TIPOS DE MGF.	286
ANEXO 8. REVISIÓN DOCUMENTAL	287
ANEXO 9. DIFUSIÓN, ARTÍCULO PUBLICADO.....	290

LISTADO DE ABREVIATURAS

A/MGF	Ablación/Mutilación Genital Femenina
AP	Atención Primaria
CEIP	Colegio de Educación Infantil y Primaria
CCyFFSS	Cuerpos y Fuerzas de seguridad
CGF	Corte Genital Femenino
FGM	Mutilación genital femenina, por sus siglas en inglés, “Female Genital Mutilation”
IAC	Comité Interafricano para las Prácticas Tradicionales Perjudiciales, por sus siglas en inglés
IES	Instituto de Educación Secundaria
KAP	Conocimientos, Actitudes y Prácticas, por sus siglas en inglés, “Knowledge, Attitudes and Practices”
MG	Mutilación Genital
MGF	Mutilación Genital Femenina
MGF/C	Mutilación Genital Femenina/Corte (FGM/Cutting)
MGM	Mutilación Genital Masculina
ONG	Organización No Gubernamental
ONGD	Organización No Gubernamental de Desarrollo
OMS	Organización Mundial de la Salud
PTP	Prácticas Tradicionales Perjudiciales
TCAE	Técnico de Cuidados Auxiliares de Enfermería
TCC	Terapia Cognitiva Conductual
UE	Unión Europea
UNICEF	Fondo de Naciones Unidas para la Infancia, por sus siglas en inglés
UNFPA	Fondo de Población de las Naciones Unidas, por sus siglas en inglés
VIH	Virus de la Inmunodeficiencia Humana

LISTADO DE TABLAS

TABLA 1. TERMINOLOGÍA TRADICIONAL Y LOCAL DE LA MGF.	11
TABLA 2. EFECTO DE LA MGF SOBRE LA SALUD DE LAS NIÑAS, MUJERES Y HOMBRES. RIESGOS INMEDIATOS Y CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO	32
TABLA 3. MITOS Y FALSAS CREENCIAS EN RELACIÓN A LA MGF.	43
TABLA 4. DERECHOS HUMANOS VIOLADOS POR LA REALIZACIÓN DE LA MGF.....	44
TABLA 5. POBLACIÓN Y CENTROS DE SALUD DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD VALÈNCIA CLÍNIC-LA MALVA-ROSA.....	74
TABLA 6. UNIDADES DE APOYO DE ATENCIÓN PRIMARIA DEL DEPARTAMENTO DE SALUD VALÈNCIA-CLÍNIC-MALVA-ROSA... ..	75
TABLA 7. LISTADO DE CENTROS EDUCATIVOS POR DISTRITO ESCOLAR Y ÁREA GEOGRÁFICA.....	77
TABLA 8. DISTRIBUCIÓN DE NÚMERO DE AGENTES POR UNIDADES DE DISTRITO EN LA CIUDAD DE VALENCIA.	78
TABLA 9. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES A ESTUDIO.....	88
TABLA 10. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES INDEPENDIENTES.	90
TABLA 11. DEFINICIÓN DE LAS VARIABLES DEPENDIENTES.	90
TABLA 12. CARACTERÍSTICAS DE LAS ENTREVISTAS INDIVIDUALES (PRIMERA FASE).	99
TABLA 13. CARACTERÍSTICAS DE LAS ENTREVISTAS INDIVIDUALES (SEGUNDA FASE).	100
TABLA 14. CARACTERÍSTICAS DE LA ENTREVISTA GRUPAL (GRUPO FOCAL).	100
TABLA 15. PLANTILLA UTILIZADA EN LAS ENTREVISTAS INDIVIDUALES.	101
TABLA 16. LISTADO DE CÓDIGOS (78) Y GRUPOS DE CÓDIGOS.	104
TABLA 17. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA Y CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS SOBRE MGF.	118
TABLA 18. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y DETECCIÓN DE CASOS SEGÚN GRUPOS DE EDAD, SEXO Y GRUPO PROFESIONAL. ...	119
TABLA 19. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y DETECCIÓN DE CASOS DE MGF SEGÚN SEXO, GRUPOS DE EDAD Y GRUPO PROFESIONAL.	120
TABLA 20. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA SOBRE DETECCIÓN DE CASOS, ACTITUDES Y CONOCIMIENTOS SOBRE PROTOCOLOS DE ACTUACIÓN SEGÚN SEXO, GRUPOS DE EDAD, GRUPOS DE PROFESIONALES Y FORMACIÓN RECIBIDA.....	121
TABLA 21. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA Y CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN PROFESIONALES SOCIO SANITARIOS.	127

TABLA 22. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y DETECCIÓN DE CASOS SEGÚN SEXO, EDAD Y CATEGORÍA PROFESIONAL SOCIO SANITARIA.	128
TABLA 23. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y DETECCIÓN DE CASOS DE MGF EN PROFESIONALES SOCIO SANITARIOS.	129
TABLA 24. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA Y CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN EDUCADORES/AS.	134
TABLA 25. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y DETECCIÓN DE CASOS SEGÚN SEXO, EDAD Y CATEGORÍA PROFESIONAL EN PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN.	135
TABLA 26. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y DETECCIÓN DE CASOS DE MGF EN PROFESIONALES DE LA EDUCACIÓN.	136
TABLA 27. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LA MUESTRA Y CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN POLICÍA LOCAL.	140
TABLA 28. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y DETECCIÓN DE CASOS SEGÚN SEXO, EDAD Y CATEGORÍA PROFESIONAL EN EL GRUPO DE CCYFFSS.	141
TABLA 29. MODELO DE REGRESIÓN LOGÍSTICA SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y DETECCIÓN DE CASOS DE MGF EN PROFESIONALES DE LOS CCYFFSS.	142
TABLA 30. CARACTERÍSTICAS SOCIO DEMOGRÁFICAS DE LAS Y LOS PARTICIPANTES (ENTREVISTAS INDIVIDUALES)	146
TABLA 31. MGF Y SUS CARACTERÍSTICAS EN LAS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO (ENTREVISTAS INDIVIDUALES).	147
TABLA 32. CARACTERÍSTICAS DE LAS PARTICIPANTES DE LA ENTREVISTA GRUPAL.	147
TABLA 33. RESUMEN Y MEMOS DE ENTREVISTAS. PRIMERA FASE, LONDRES.	149
TABLA 34. RESUMEN Y MEMOS DE ENTREVISTA. SEGUNDA FASE, VALENCIA.	153
TABLA 35. RESUMEN Y MEMO. ENTREVISTA GRUPAL.	154

LISTADO DE FIGURAS

FIG. 1. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA, TIPOS IA Y IB.	5
FIG. 2. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA, TIPOS IIA, IIB Y IIC.....	5
FIG. 3. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA, TIPOS IIIA Y IIIB.	6
FIG. 4. MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA, TIPO IV.....	7
FIG. 5. MAPAMUNDI DE LA MGF.....	16
FIG. 6. MAPA DE PREVALENCIA DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN MUJERES ENTRE 15 Y 49 AÑOS.....	17
FIG. 7. MAPA DE LA DISTRIBUCIÓN DE NIÑAS Y MUJERES QUE HAN SIDO SOMETIDAS A MGF SEGÚN PAÍS EUROPEO EN BASE AL CENSO EUROPEO DE 2011.	20
FIG. 8. DISTRIBUCIÓN TERRITORIAL DE LA POBLACIÓN FEMENINA DE ORIGEN DE PAÍSES PRACTICANTES DE MGF EN 2016. PATRÓN DE ENERO DE 2016..	22
FIG. 9. ESTRUCTURA POR SEXO Y EDAD DEL CONJUNTO DE LA POBLACIÓN RESIDENTE EN ESPAÑA DE ORIGEN DE PAÍSES CON PREVALENCIA DE MGF.	23
FIG. 10. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA ORIGINARIA DE PAÍSES CON PREVALENCIA DE MGF EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.	24
FIG. 11. DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN FEMENINA MENOR DE 15 AÑOS ORIGINARIA DE PAÍSES CON PREVALENCIA DE MGF EN LA COMUNIDAD VALENCIANA.....	24
FIG. 12. MAPA DE CONCEPTOS SOBRE LA POSIBLE AFECTACIÓN DE LA MGF (TIPO I Y II) EN LA MORBILIDAD REPRODUCTIVA. 33	
FIG. 13. POR QUÉ LA MGF CONTINÚA: MAPA MENTAL.....	39
FIG. 14. MARCO GEOGRÁFICO DEL DEPARTAMENTO DE SALUD VALÈNCIA-CLÍNICA-LA MALVA-ROSA.	73
FIG. 15. ESTRUCTURA DEL SISTEMA EDUCATIVO. DISTRITOS POR ZONAS DE LA CIUDAD DE VALENCIA.....	76
FIG. 16. ÁREA GEOGRÁFICA ABARCADA POR LA UNIDAD DE DISTRITO NÚMERO 5 DE LA CIUDAD DE VALENCIA.	79
FIG. 17. FASES DE LAS ENTREVISTAS INDIVIDUALES.....	98
FIG. 18. COMPONENTES Y FUNCIONES DEL ATLAS TI V.8.....	106
FIG. 19. DIAGRAMA DE SECTORES: DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA EN FUNCIÓN DEL COLECTIVO PROFESIONAL.....	113
FIG. 20. DISTRIBUCIÓN POR SEXO SEGÚN GRUPO PROFESIONAL.	114
FIG. 21. DISTRIBUCIÓN DE LOS GRUPOS PROFESIONALES POR EDADES AGRUPADAS.....	114
FIG. 22. DISTRIBUCIÓN POR CATEGORÍAS PROFESIONALES DE LA MUESTRA DE PROFESIONALES SOCIO SANITARIOS.	122
FIG. 23. DISTRIBUCIÓN POR CATEGORÍAS PROFESIONALES DE LA MUESTRA DE EDUCADORES/AS.....	130

FIG. 24. DISTRIBUCIÓN POR CATEGORÍAS PROFESIONALES DE LA MUESTRA DE CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD.....	137
FIG. 25. PAÍS DE ORIGEN DE LOS Y LAS PARTICIPANTES.	143
FIG. 26. TIPO DE MGF IDENTIFICADA POR LAS PARTICIPANTES.	144
FIG. 27. DESARROLLO DE LA PRÁCTICA DE LA MGF: CÓDIGOS.	156
FIG. 28. RED DE CONCEPTOS SOBRE RAZONES POR LAS QUE SE REALIZA LA MGF.....	167
FIG. 29. RED DE CONCEPTOS SOBRE LAS CONSECUENCIAS DE LA MGF.	177
FIG. 30. RED DE CONCEPTOS CON CITAS ASOCIADAS A LA RECONSTRUCCIÓN/REVERSIÓN INTRAPARTO.....	187
FIG. 31. CITAS ASOCIADAS A LOS CÓDIGOS “A FAVOR” Y “EN CONTRA” DE LA PRÁCTICA DE LA MGF.	189
FIG. 32. RED DE CONCEPTOS Y CITAS ASOCIADAS A LOS CÓDIGOS DE LA CATEGORÍA DE PROFESIONALES	197
FIG. 33. RED GLOBAL DE CONCEPTOS.	201
FIG. 34. RED GLOBAL DE CONCEPTOS, PARTE 1.....	202
FIG. 35. RED GLOBAL DE CONCEPTOS, PARTE 2.....	203
FIG. 36. RED GLOBAL DE CONCEPTOS, PARTE 3.....	204
FIG. 37. RED GLOBAL DE CONCEPTOS, PARTE 4.....	205

RESUMEN

La práctica de la mutilación genital femenina (MGF) es una tradición muy arraigada en 30 países subsaharianos y de Medio Oriente que afecta a aproximadamente 200 millones de mujeres y niñas en todo el mundo. Los procesos de globalización y los flujos migratorios han registrado casos de esta práctica en todo el mundo, que representan para los profesionales de la salud, la educación y los servicios sociales y judiciales, un desafío emergente que ha supuesto descubrir realidades culturales diferentes y afrontar nuevos retos asistenciales. La Comunidad Valenciana es la cuarta comunidad autónoma española con mayor población migrante procedente de países afectados por la MGF. No se han realizado estudios hasta la fecha que evalúen los conocimientos de los diferentes sectores implicados en el abordaje de la MGF en Valencia.

Los objetivos de la investigación son describir los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los profesionales de la salud, la educación y los cuerpos de seguridad en relación con la MGF, así como conocer las experiencias en relación a la práctica de la MGF de mujeres y hombres procedentes de países afectados por la MGF.

Para ello, el estudio integra metodología cuantitativa y cualitativa, utilizando un modelo mixto concurrente. Por un lado, se realizó un estudio observacional descriptivo transversal basado en un cuestionario dirigido a diferentes colectivos profesionales tanto de la sanidad y educación pública, como de los cuerpos de seguridad de la ciudad de Valencia. Por otro lado, la obtención de las experiencias de las mujeres y hombres procedentes de países donde se realiza la MGF se realizó desde una perspectiva cualitativa con un enfoque fenomenológico, mediante técnicas de recogida de datos conversacionales llevadas a cabo en Londres y en Valencia. La descripción y el análisis de los datos recogidos se realizó en función de la naturaleza de los mismos mediante distintas técnicas estadísticas y técnicas de análisis cualitativo utilizando el paquete estadístico STATA v13 y el programa Atlas.ti v8.

Se encuestó a un total de 578 profesionales (321 profesionales sociosanitarios, 188 educadores/as y 69 profesionales de los cuerpos y fuerzas de seguridad) y, por otro lado, se realizaron 23 entrevistas individuales y un grupo focal a mujeres y hombres procedentes de Malí, Somalia, Nigeria, Burkina Faso, Senegal, Camerún y Guinea Ecuatorial. Solo el 12,3% de los profesionales respondieron que habían recibido formación sobre MGF. Menos de una cuarta parte (23%) de los encuestados identificaron correctamente la tipología de la MGF, solo un 13% identificó correctamente a los países afectados y menos de un tercio identificó correctamente

la legislación en España. Se detectaron 17 casos de MGF. Más de una cuarta parte (26.4%) reconoció atender a la población en riesgo, pero no encontró ningún caso. Solo el 36% de los encuestados respondió correctamente qué es un caso de riesgo. Solo un 4.5% admitió conocer algún protocolo de acción contra la MGF. La justificación de la práctica se basa en un modelo multifactorial y existen discrepancias en cuanto a la implicación del hombre en la toma de decisiones sobre la MGF. Las principales consecuencias para la salud de las mujeres fueron las complicaciones genitourinarias, las complicaciones obstétrico-ginecológicas, las consecuencias sobre la sexualidad y las consecuencias psicológicas. Todas/os las y los participantes coinciden en abogar por el abandono de la MGF.

Este estudio demuestra que el problema de la MGF está presente en la población que reside en nuestra región. Sin embargo, los y las profesionales muestran una profunda falta de conocimiento, lo cual sugiere, sumado al hecho de que más de un tercio de los encuestados admite atender a la población en riesgo, que puede haber un infradiagnóstico de la MGF en nuestro medio. Para garantizar un enfoque multidisciplinar, transcultural y respetuoso en el abordaje de la MGF en nuestra comunidad, es necesario dar a conocer el problema de la MGF a la población en general y a los diferentes profesionales de los servicios públicos, y centrar el foco en la importancia de la prevención y detección temprana de casos en riesgo de MGF.

RESUM

La pràctica de la mutilació genital femenina (MGF) és una tradició molt arrelada en 30 països subsaharians i de l'Orient Mitjà que afecta aproximadament 200 milions de dones i xiquetes en tot el món. Els processos de globalització i els fluxos migratoris han registrat casos d'esta pràctica en tot el món que representen per als professionals de la salut, l'educació, els servicis socials i els servicis judicials, un desafiament emergent que ha suposat descobrir realitats culturals diferents i afrontar nous reptes assistencials. La Comunitat Valenciana és la quarta comunitat autònoma espanyola amb major població procedent de països afectats per la MGF. No s'han realitzat estudis fins a la data que avaluen els coneixements dels diferents sectors implicats en l'abordatge de la MGF a València.

Els objectius de la investigació són descriure els coneixements, les actituds i les pràctiques dels professionals de la salut, l'educació i les forces i cossos de seguretat en relació a la MGF, així com conèixer les experiències en relació a la pràctica de la MGF de dones i hòmens procedents de països afectats per la MGF.

Per a això, l'estudi integra metodologia quantitativa i qualitativa, utilitzant un model mixt concurrent. D'una banda, es va realitzar un estudi observacional descriptiu transversal basat en un qüestionari dirigit a diferents col·lectius professionals tant de la sanitat i educació pública, com de les forces i cossos de seguretat de la ciutat de València. D'altra banda, l'obtenció de les experiències de les dones i hòmens procedents de països on es realitza la MGF es va realitzar des d'una perspectiva qualitativa amb un enfocament fenomenològic, per mitjà de tècniques d'arreplega de dades conversacionals dutes a terme a Londres i a València. La descripció i l'anàlisi de les dades arreplegats es va realitzar en funció de la naturalesa dels mateixos per mitjà de distintes tècniques estadístiques i tècniques d'anàlisi qualitativa utilitzant el paquet estadístic STATA v13 i el programa Atlas.ti v.8.

Es va enquestar a un total de 578 professionals (321 professionals socio-sanitaris, 188 educadors/es i 69 professionals dels cossos i forces de seguretat) i, d'altra banda, es van realitzar 23 entrevistes individuals i un grup focal a dones i hòmens procedents de Mali, Somàlia, Nigèria, Burkina Faso, Senegal, Camerun i Guinea Equatorial. Només el 12,3% dels professionals van respondre que havien rebut formació sobre MGF. Menys d'una quarta part (23%) dels enquestats van identificar correctament la tipologia de la MGF, només un 13% va identificar correctament als països afectats i menys d'un terç va identificar correctament la legislació a Espanya. Es van detectar 17 casos de MGF. Més d'una quarta part (26.4%) va reconèixer atendre

la població en risc, però no va trobar cap cas. Només el 36% dels enquestats va respondre correctament què és un cas de risc. Només un 4.5% va admetre conèixer algun protocol d'acció contra la MGF. La justificació de la pràctica es basa en un model multifactorial i existeixen discrepàncies quant a la implicació de l'home en la presa de decisions sobre la MGF. Les principals conseqüències per a la salut de les dones van ser les complicacions genitourinàries, les complicacions obstètriques-ginecològiques, les conseqüències sobre la sexualitat i les conseqüències psicològiques. Tots y totes les participants coindicen a advocar per l'abandó de la MGF.

Este estudi demostra que el problema de la MGF està present en la població que residix en la nostra regió. No obstant això, els i les professionals mostren una profunda falta de coneixement, la qual cosa suggerix, sumat al fet de que més d'un terç dels enquestats admet atendre la població en risc, que pot haver-hi un infradiagnòstic de la MGF en el nostre medi. Per a garantir un enfocament multidisciplinari, transcultural i respectuós en l'abordatge de la MGF en la nostra comunitat, és necessari donar a conèixer el problema de la MGF a la població en general i als diferents professionals dels servicis públics, i centrar el focus en la importància de la prevenció i detecció primerenca de casos en risc de MGF.

ABSTRACT

The practice of female genital mutilation (FGM) is a deeply rooted tradition in 30 sub-Saharan and Middle Eastern countries that affects approximately 200 million women and girls worldwide. Globalization processes and migratory flows have registered cases of this practice throughout the world that represent for health professionals, education professionals and social and judicial services, an emerging challenge that has led to discover different cultural realities and face new care challenges. The Valencian Community is the fourth Spanish autonomous community with the largest population from countries affected by FGM. There have been no studies to date that assess the knowledge of the different sectors involved in the approach of FGM in Valencia.

The main purposes of this study are to assess the knowledge, attitudes and practices of health professionals, education professionals and security bodies in relation to FGM, as well as to know the experiences in relation to the practice of FGM of women and men from countries affected by FGM.

This research integrates quantitative and qualitative methodology, using a concurrent mixed model. On the one hand, a cross-sectional descriptive observational study was conducted based on a questionnaire addressed to healthcare professionals, education professionals and security forces of the city of Valencia. On the other hand, to obtain the experiences of women and men from countries where FGM is performed, a qualitative perspective with a phenomenological approach was chosen. Conversational data collection techniques were carried out in London and in Valencia. The description and analysis of the data collected was executed, according to their nature, through different statistical techniques and qualitative analysis techniques using the STATA v13 statistical package and the Atlas.ti v.8 program.

A total of 578 professionals (321 socio-health professionals, 188 educators and 69 professionals from the security bodies) were surveyed and 23 individual interviews and a focus group were conducted with women and men from Mali, Somalia, Nigeria, Burkina Faso, Senegal, Cameroon and Equatorial Guinea. Only 12.3% of the professionals answered that they had received training on FGM. Less than a quarter (23%) of survey respondents correctly identified the typology of FGM, only a 13% correctly identified countries affected, and less than a third correctly identified the legislation in Spain. Seventeen cases of FGM had been detected. More than a quarter (26.4%) did recognize to attend population at risk but had not found any cases. Only 36% of the respondents correctly answered what a risk case is. Only a 4.5% admitted to

know some protocol of action against FGM. The justification of the practice is based on a multifactorial model and there are discrepancies regarding the involvement of men in decision-making about FGM. The main consequences for women's health were genitourinary complications, obstetric-gynecological complications, consequences on sexuality and psychological consequences. All participants agree to advocate for the abandonment of FGM.

This study demonstrates that FGM is a problem present in the population residing in our region. However, professionals showed a profound lack of knowledge, which suggests, in addition to the fact that more than a third of respondents admit to work with population at risk, that there may be an underdiagnosis of FGM in our environment. In order to guarantee a multidisciplinary, cross-cultural and respectful approach to FGM in our community, it is necessary to raise awareness of the problem of FGM among the population and first line professionals, as well as to focus on the importance of prevention and early detection of cases at risk of FGM.

CAPÍTULO I. BASES TEÓRICAS Y CONCEPTUALES

MARCO CONCEPTUAL

CONCEPTUALIZACIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

El hecho de haber nacido en un país determinado, en una comunidad, con un género o en determinadas condiciones determinará las oportunidades de acceso a los derechos básicos como el de la salud, la educación y la protección. Esta premisa debe servir de base para el abordaje de la defensa de los derechos de la infancia y de las mujeres.

Las desigualdades de género existentes generan desventajas en muchas esferas de la vida de las mujeres y de las niñas, como la salud, la educación, la participación política y las oportunidades económicas, entre otras. Estas desventajas conllevan graves amenazas para su bienestar y el cumplimiento de sus derechos. El matrimonio precoz y forzado, la mutilación genital femenina (MGF), el embarazo adolescente, la violencia sexual y otros tipos de violencia de género están afectando de manera irreversible a la vida de millones de niñas.

Según datos del Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF, 2016), más de 200 millones de niñas y mujeres en el mundo han sido sometidas a la MGF; unos 650 millones de mujeres han contraído matrimonio antes de cumplir los 18 años; 15 millones de chicas de entre 15 y 19 años han sufrido relaciones sexuales forzadas en el mundo; la mitad de las niñas de entre 10 y 14 años dedican el doble de tiempo a las tareas domésticas que los chicos de su misma edad y la principal causa de mortalidad en adolescentes de 15 a 19 años son problemas durante el parto, como hemorragias y sepsis.

La MGF es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las mujeres y de las niñas. Refleja una desigualdad entre los sexos muy arraigada, y constituye una forma extrema de discriminación de la mujer. Viola los derechos a la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho a no ser sometido a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes, y el derecho a la vida en los casos en que el procedimiento acaba produciendo la muerte (UNICEF, 2016).

Así pues, la MGF representa una modalidad de control social sobre la mujer, sobre su sexualidad y sobre su papel en la sociedad, la cual tiene como efecto perpetuar los roles de género que la subordinan y le impiden el ejercicio de sus derechos y el desarrollo pleno de sus capacidades.

Clasificación inicial de la OMS del año 1995

La Organización Mundial de la Salud (OMS), en su informe publicado en abril de 1997, en colaboración con El Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) definieron MGF como:

“La MGF comprende 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 culturales u otras razones no médicas (OMS, UNICEF, UNFPA, 1997)”.

Las tres agencias internacionales clasificaron los diferentes tipos de MGF como los siguientes:

- Tipo I: Escisión del prepucio, con o sin extirpación del clítoris en parte o en su totalidad.
- Tipo II: Escisión del prepucio y del clítoris conjuntamente junto con la escisión parcial o total de los labios menores.
- Tipo III: Escisión de los genitales externos parcialmente o en su totalidad con sutura/estrechamiento del introito vaginal (infibulación).
- Tipo IV: Sin clasificar. Perforación o incisión del clítoris y/o los labios, estiramiento del clítoris y/o los labios; cauterización del clítoris y tejido circundante; raspado del tejido que rodea el orificio vaginal (cortes “angurya”) o cortes en la vagina (cortes “gishiri”); introducción de sustancias corrosivas en la vagina o hierbas para causar hemorragia o con la finalidad de estrecharla o endurecerla; y cualquier otro procedimiento que encaja en la amplia definición de MGF.

Clasificación actual de la MGF

En 2007, la propia OMS revisó esta clasificación, integrando algunos matices y subclasificaciones, y publicó en 2008 una nueva clasificación de MGF (OMS, 2008). Esta nueva clasificación fue revisada nuevamente en 2016, quedando de la siguiente manera (véanse **figuras 1-4**).

Tipo I: Resección parcial o total del clítoris y/o del prepucio. En la cultura islámica, este tipo se conoce como "Sunna" o "tradicción" y se compara con la circuncisión masculina.

Tipo Ia: Resección del prepucio/capuchón clitoridiano (circuncisión)

Tipo Ib: Resección del clítoris con el prepucio (clitoridectomía)

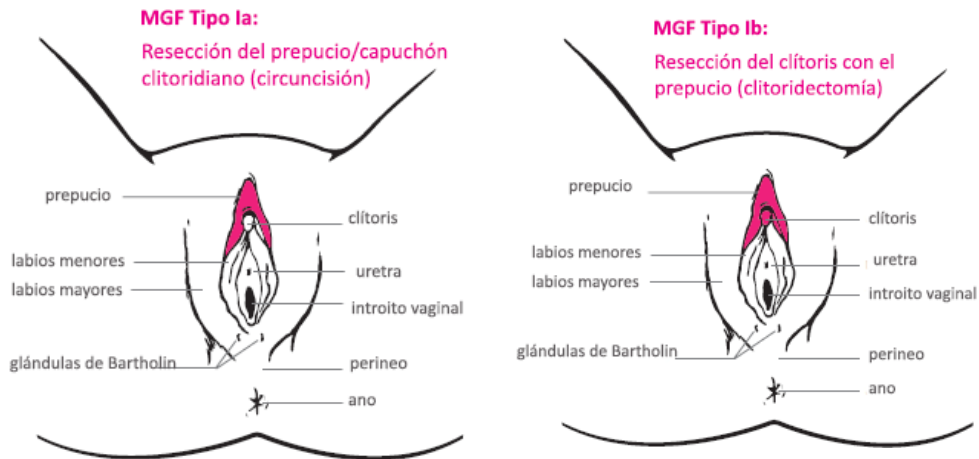


Fig. 1. Mutilación genital femenina, tipos Ia y Ib.

Extraído del Manual para profesionales, Fundación Wassu UAB (2017). Recuperado de https://mgf.uab.cat/esp/resources_for_professionals/ManualMGF_2017.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%. © Fundación Wassu 2017

Tipo II: Resección parcial o total del clítoris y de los labios menores con o sin escisión de los labios mayores. También se conoce como “escisión”.

Tipo IIa: Resección de los labios menores solamente.

Tipo IIb: Resección parcial o total del clítoris y de los labios menores.

Tipo IIc: Resección parcial o total del clítoris, de los labios menores y de los labios mayores.

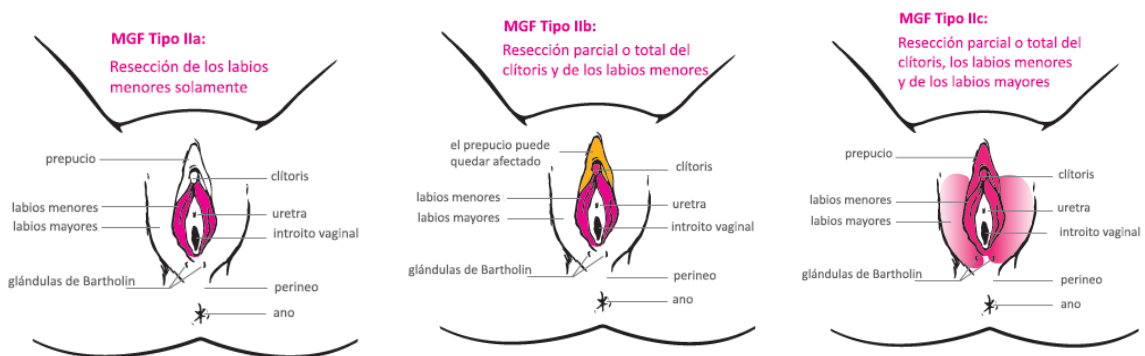


Fig. 2. Mutilación genital femenina, tipos IIa, IIb y IIc.

Extraído del Manual para profesionales, Fundación Wassu UAB (2017). Recuperado de https://mgf.uab.cat/esp/resources_for_professionals/ManualMGF_2017.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%. © Fundación Wassu 2017

Tipo III: Estrechamiento del orificio vaginal cortando y juntando los labios menores y/o los labios mayores para crear un tipo de sello, con o sin escisión del clítoris. En la mayoría de los

casos, los bordes cortados de los labios se unen entre sí lo que se denomina “infibulación”, de la palabra latina *infibulare* (“sujetar con un broche”). Este tipo es conocido a veces como mutilación genital “Faraónica”.

Tipo IIIa: Resección y aposición de los labios menores con o sin escisión del clítoris.

Tipo IIIb: Resección y aposición de los labios mayores con o sin escisión del clítoris.

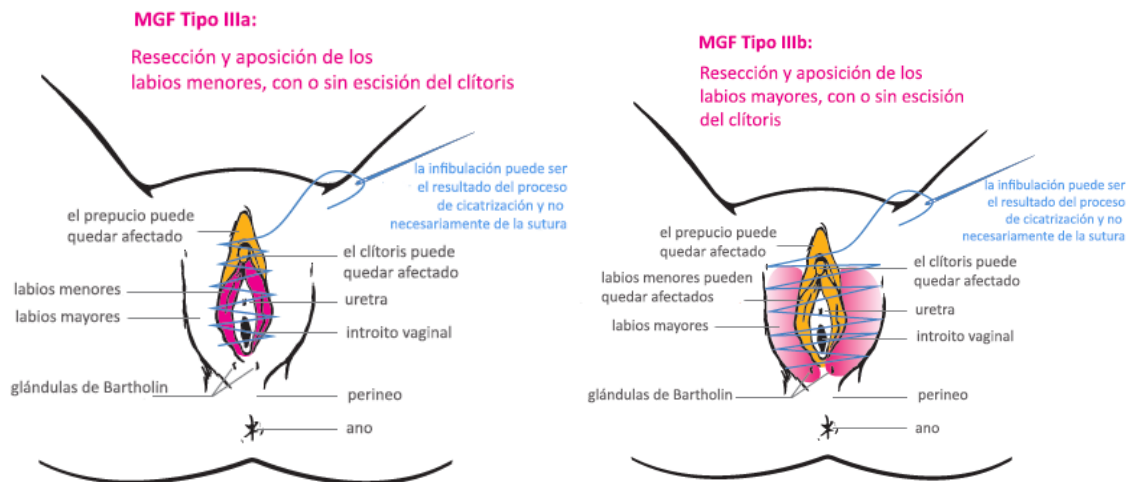


Fig. 3. Mutilación genital femenina, tipos IIIa y IIIb.

Extraído del Manual para profesionales, Fundación Wassu UAB (2017). Recuperado de https://mgf.uab.cat/esp/resources_for_professionals/ManualMGF_2017.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%. © Fundación Wassu 2017

Tipo IV: Incluye todos los demás procedimientos dañinos para los genitales femeninos con fines no médicos. Algunos ejemplos concretos serían los siguientes: punciones, perforaciones o incisiones del clítoris y/o de los labios; estiramiento del clítoris y/o de los labios; cauterización mediante abrasión del clítoris y del tejido circundante; raspado del tejido que rodea el orificio vaginal (cortes tipo *angurya*) o cortes de la vagina (cortes tipo *gishiri*); introducción de sustancias corrosivas o hierbas en la vagina para provocar una hemorragia, para tensar o estrecharla; y cualquier otra práctica (que no sea del tipo I, II o III) que pueda ser incluida en la definición de MGF anteriormente mencionada.

Las estimaciones realizadas por la OMS (2008) indican que aproximadamente el 90% de los casos de MGF incluyen el tipo I y II y únicamente el 10% son de tipo III, aunque con variaciones importantes según regiones y comunidades, tal y como veremos más adelante. Además, en ocasiones, el diagnóstico de la tipología es una tarea compleja.

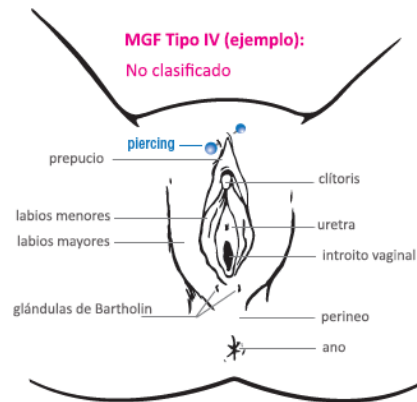


Fig. 4. Mutilación genital femenina, tipo IV.

Extraído del Manual para profesionales, Fundación Wassu UAB (2017). Recuperado de https://mgf.uab.cat/esp/resources_for_professionals/ManualMGF_2017.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%. © Fundación Wassu 2017

Clasificaciones previas

Previamente a la clasificación de la MGF establecida por la OMS en 1997, ésta realizó una amplia revisión de la literatura presente en aquel momento revelando la existencia de un amplio rango de terminología y descripciones de los diferentes tipos y clasificaciones de la MGF que plasmó en su informe de 1998 (OMS, 1998).

En 1847, se registró por escrito el primer intento de clasificación de la MGF, describiendo cuatro tipos de clitoridectomía observada en el oeste de África, aunque en sus registros no constaban referencias a la sutura de la vulva (Daniel, 1847, citado en Huelsman, 1976). Roles, en una revisión antropológica de la literatura del siglo XIX, describió la existencia de tres tipos de MGF como ritual realizado en el Este de África: clitoridectomía, clitoridectomía y resección de los labios menores y clitoridectomía con resección de los labios menores y mayores (Roles, 1967, citado en Huelsman, 1976).

En 1930, Worsley, también describió tres tipos (Worsley, 1938): “Introcisión, o corte dentro de la vagina (periné posterior) a una edad muy temprana; circuncisión de la mujer, recortando los labios conjuntamente con la escisión del clítoris e infibulación propiamente dicha, que consiste en la circuncisión previamente mencionada seguida del prácticamente cierre del orificio vulvar. Posteriormente, Shandall (1967), elaboró una clasificación, mucho más citada, basándose en los primeros estudios clínicos con gran muestra de mujeres “circumcisadas”. Shandall, describe cuatro tipos:

Tipo 1: Circuncisión verdadera. Escisión circunferencial del prepucio del clítoris. Corresponde análogamente a la circuncisión masculina. Conocida en los países musulmanes como “Sunna”.

Tipo 2: Escisión. Además del prepucio, resección del glande del clítoris o incluso del propio clítoris pudiendo incluir parte, o completamente la resección de los labios menores.

Tipo 3: Infibulación. Llamada también circuncisión Faraónica “*Pharaon*”. Supone el cierre o sellado parcial del orificio vaginal tras la escisión variable tejido vulvar. La forma más agresiva, incluye la escisión de todo o parte del monte de Venus, labios menores y mayores y el clítoris, dejando las zonas de piel “en carne viva” cicatrizar a través del extremo inferior de la vagina. Tras la operación, los muslos de las piernas son atados y sujetos conjuntamente durante 40 días. Para prevenir el completo cierre y oclusión del introito vaginal se insertaba una pequeña varilla de madera, comúnmente una cerilla.

Tipo 4. Introcisión. Este tipo envuelve el corte dentro de la vagina o la separación de la vagina (separación del periné posterior), digitalmente o mediante un instrumento cortante, y es la más severa de todas las formas de circuncisión.

En 1975, Verzin, secundando estos cuatro tipos, propuso una clasificación más precisa, aunque continuaba teniendo inconvenientes:

- La circuncisión tipo 1 o también denominada “circuncisión verdadera” nunca había sido documentada adecuadamente. En muchos países la circuncisión tipo “Sunna” incluye la escisión total o parcial del clítoris, como en el caso de Egipto o Sudan.

- El término “Pharaon” es una referencia sudanesa a la infibulación e implica un origen histórico todavía desconocido. Este tipo de mutilación es referida como “circuncisión sudanesa” por los egipcios. El uso de esta coloquial terminología en la literatura sin referencia a científicamente estandarizadas clasificaciones ha resultado en confusión cuando se comparaban escritos de diferentes países.

- Incluir la introcisión en una clasificación formal no es útil ya que no había evidencia de esa práctica fuera de Australia.

Así pues, de la necesidad de crear una clasificación estandarizada, la OMS convocó al Grupo de Trabajo Técnico sobre MGF en Geneva (1995), donde se describió la práctica como aquella que “comprende 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 culturales u otras razones no médicas (OMS,1995)”; definición que fue ratificada posteriormente por UNICEF y UNFPA tal y como se ha expuesto previamente.

TERMINOLOGÍA

La MGF, considerada como un **“Práctica Tradicional Perjudicial”** (PTP) también es denominada **“ablación”** o **“circuncisión femenina”**. Existen, no obstante diversos términos relativos a esta práctica, y la terminología utilizada ha sufrido cambios a lo largo del tiempo. La MGF es un tema extremadamente complejo y delicado y es por esta razón por la que siempre ha existido un amplio debate acerca de cómo debe nombrarse esta práctica.

Inicialmente la comunidad internacional denominó **“circuncisión femenina”** a esta práctica. Sin embargo, este término ha recibido a lo largo del tiempo múltiples críticas por el paralelismo existente con la circuncisión masculina, ya que aunque ambas prácticas suponen la eliminación del tejido sano genital, la práctica de las mutilaciones genitales se diferencia por su gravedad y sus consecuencias, mucho más devastadoras para la mujer. La versión de la circuncisión femenina priva a las mujeres de un órgano y es un procedimiento mucho más invasivo que la circuncisión masculina (Kaplan y Salas, 2017). Organismos como el UNFPA (2015a) no fomentan el uso del término *“circuncisión femenina”* porque las implicaciones para la salud de la circuncisión masculina y femenina son muy distintas.

En los años setenta, activistas feministas introdujeron el concepto de **“Mutilación Genital Femenina”** y posteriormente, en los noventa, el término fue adoptado por los textos internacionales de diferentes organizaciones. Éste fue ratificado por el Comité Interafricano (CIA) sobre las Prácticas Tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y del niño en la Declaración de Bambako (CIA, 2005) y por la OMS posteriormente en la Declaración Interagencial sobre MGF de Naciones Unidas (OMS, 2008) como término más apropiado para referirse a la práctica. Este nuevo término se aprobó en oposición al término de circuncisión femenina y con el propósito de enfatizar el aspecto de la violación de los derechos de las mujeres y las niñas.

El término MGF expresa que la práctica es una forma de maltrato infantil, una violencia contra las mujeres y las niñas, una violación de los derechos humanos y una manifestación de la desigualdad de género. Diferentes autores opinan que el término **“circuncisión”** oculta las serias consecuencias físicas y psicológicas de la práctica en la mujer y otros como Touray y Piniella (2013), creen que el término *“mutilación”* pone de manifiesto la vulneración de los derechos

humanos al eliminar una parte sana del cuerpo, la ausencia del consentimiento informado y la intencionalidad mutiladora que se da en algunos casos.

A pesar de haber alcanzado un aparente consenso en cuanto a la terminología a utilizar, a finales de la década de los noventa también se introdujeron los términos **“Ablación Genital Femenina”** y **“Corte Genital Femenino”** (CFG)¹ como respuesta al descontento existente ante el término *“mutilación”* por parte de ciertas comunidades afectadas por la MGF. Algunos consideraron que la palabra *“mutilación”* suponía un juicio de valor hacia las comunidades afectadas e implicaba una intención malintencionada de las familias, lo que podría perjudicar el movimiento contra la MGF (Red Europea contra la Mutilación Genital Femenina, 2016). Algunas organizaciones como UNICEF y UNFPA combinan ambos términos (*“mutilación/corte genital femenino”*).

La Red Europea contra la Mutilación Genital Femenina (2016) recomienda aplicar un uso contextual de la terminología para evitar la alineación cuando se trabaja directamente con las comunidades afectadas y en el interior de ellas. Cada comunidad utiliza un término específico para la práctica y para las distintas formas de ésta.

Así pues, se debe preguntar a las supervivientes o a las comunidades afectadas qué término utilizan o prefieren que sea utilizado. “Corte”, por ejemplo, parece ser el término más utilizado de una manera coloquial y “cosido” en el caso de la MGF tipo III. “Circuncisión” es el que usan algunas etnias practicantes de religión judía y musulmana y “Sunna” también se utiliza haciendo alusión al código de comportamiento de la población islámica. En la **tabla 1** se muestran diferentes términos locales para la MGF en diferentes regiones y países africanos.

País	Término utilizado	Idioma	Significado
Egipto	Thara	Árabe	Derivado del término árabe “Taher” cuyo significado es limpiar/purificar
	Khitan	Árabe	Circuncisión, utilizado tanto para MGF como para MGM
	Khifad	Árabe	Derivado del término árabe “Khafad” cuyo significado es reducir
Etiopía	Megrez	Amárico	Circuncisión/corte
	Absum	Harari	Ritual
Eritrea	Mekhnishab	Tigriña	Circuncisión/corte
Kenia	Kutairi	Suajili	Circuncisión, utilizado tanto para MGF como para MGM
	Kutairi was ichana	Suajili	Circuncisión (femenina)
Nigeria	Ibi/Ugwu	Igbo/ibo	El acto de cortar, usado tanto para MGF como para MGM
	Sunna	Mandingo	Tradición/obligación religiosa para musulmanes

¹ “Corte genital femenino” o “Female Genital Cutting” (FGC) en la versión inglesa. En la combinación se crea la terminología “Female Genital Mutilation/Cutting (MGF/C)” cuya traducción literal al español es “Mutilación Genital Femenina/Corte”.

Sierra Leona	Sunna	Sousou	Tradición/obligación religiosa para musulmanes
	Bondo	Temenee/Mandingo/Limba	Parte integral de un rito de iniciación, paso a la edad adulta para no musulmanes
	Bondo/Sonde	Mendé	Parte integral de un rito de iniciación, paso a la edad adulta para no musulmanes
Somalia	Gudiniin	Somalí	Circuncisión, utilizado tanto para MGF como para MGM
	Halalays	Somalí	Derivado del término árabe “Halai”, implica pureza. Usado por somalíes de habla septentrional y árabe.
	Qodiin	Somalí	Coser, apretar, se refiere a infibulación
Sudan	Khifad	Árabe	Derivado del término árabe “Khafad” cuyo significado es reducir
	Tahoor	Árabe	Derivado del término árabe “Taher” cuyo significado es limpiar/purificar
Chad (Ngama)	Bagne		Usado por los Sara Madjingaye
Los Sara (subgrupo) ²	Gadja		Adaptado de “Ganza”, término utilizado en la República Centroafricana
Guinea-Bissau	Fanadu di Mindjer	Kriolu	Circuncisión (femenina)
Gambia	Niaka	Mandinka	Literalmente “cortar/limpiar las malas hierbas”
	Kuyango	Mandika	Se denomina como “el asunto” pero también es el nombre del cobertizo construido para los iniciados
	Musolula Karoola	Mandika	Significa “lo que concierne a las mujeres”

Tabla 1. Terminología tradicional y local de la MGF. Traducido de: Department of Health (2016). Female Genital Mutilation Risk and Safeguarding; Guidance for professionals. London: gov.uk Recuperado de: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/525390/FGM_safeguarding_report_A.pdf

Siguiendo el consenso internacional, a lo largo del desarrollo de esta investigación se ha decidido utilizar el término MGF.

Para finalizar, cabe mencionar la desinfibulación y la re-infibulación. La **“desinfibulación”** es la práctica que consiste el corte de la abertura vaginal que ha sido sellada en una mujer sometida previamente a una infibulación, o MGF tipo III. La **“reinfibulación”**, contrariamente, consiste en el cierre o estrechamiento de la apertura vaginal en una mujer que ha sido desinfibulada, por ejemplo, previamente al parto (OMS, 2016).

² La etnia más numerosa de Chad son los Sara, entre el 28 y el 30,5 % de la población, de 4 a 4,5 millones. Hay medio millón en la República Centroafricana. Son un conjunto de pueblos que viven de la agricultura y la pesca en torno a los ríos Chari y Logone, su afluente. Entre los subgrupos sara figura los madjungayés, los djiokos, los kumras, los nars, los coulaves, los ngamas, los dayes, los nois, los mbuns, los sara-kabas, los dindjes, los mbyes, los bedjonds, los gors, los ngambayes, los kabas, los mouroums y los dobas.

El grupo étnico más grande es el Sara, que representa el 28% de la población del país. La gente de Sara remonta su ascendencia a los Sao, que fueron desplazados de los bancos del norte del río Nilo por los comerciantes de esclavos árabes y se establecieron en Chad en el siglo XNXX. Son patrilineales y no musulmanes, con una población significativa que todavía practica religiones tradicionales. La etnia se engullece en las subtribus 16, incluidas Sar, Mbay, Kaba, Gulay, Dai y Ngambay. El idioma del grupo está clasificado bajo la familia Nilo-Sahariana.

CONTEXTO HISTÓRICO

Las raíces históricas de la MGF no se conocen con precisión y todavía es necesaria más investigación en este campo tal y como señalan diferentes estudios (Dorkenoo y Elworthy, 1992; Lightfoot-Klein, 1989). Se cree que la práctica precede a la religión cristiana y a la musulmana y diferentes investigaciones remontan la práctica a más de 4000 años atrás, señalando sus orígenes en el antiguo Egipto (actualmente Sudan y Egipto), tal y como aseguran evidencias arqueológicas que datan del siglo XVI las momias circuncidadas e infibuladas encontradas en esa zona geográfica. Aunque en ese momento Egipto estaba bajo el dominio helenístico, posiblemente la MGF ya se practicaba antes de la llegada de los griegos al país (Kaplan, 2017)³.

Específicamente se señalan áreas cercanas al río Nilo como el corazón geográfico de la MGF desde donde la práctica pudo haberse continuado y expandido a las tribus costeras al Mar Rojo (Modawi, 1974, citado en Lightfoot-Klein, 1989) y al resto de países de África Subsahariana por proximidad (Adam Muñoz, 2003; Knight, 2001).

No obstante, Herodotus, famoso historiador, ya reportó la circuncisión femenina en el antiguo Egipto en el siglo cinco a.C. Éste era de la opinión de que la práctica se originó en Etiopia o Egipto, ya que era llevada a cabo por etíopes, así como fenicios e hititas (Taba, 1979; citado en Lightfoot-Klein, 1989) y hace referencia a la higiene y limpieza como razones principales por las cuales los egipcios practicaban esta costumbre. La "circuncisión faraónica", una expresión frecuente en el discurso popular de las comunidades que practican la MGF, podría considerarse como una prueba de la afirmación.

Posteriormente, en el año 163 a.C., un papiro griego -presente en el Museo Británico actualmente- es la primera referencia explícita a la realización de circuncisiones. Éstas eran realizadas a las niñas en Memphis, Egipto, a la edad en la que recibían su dote, lo que respaldaría la idea de que la MGF se originó como una forma de iniciación para las mujeres jóvenes.

Por otro lado, Estrabón, geógrafo e historiador griego, en el año 25 a.C. también hizo referencia a la clitoridectomía. Hosken (1982) cita el informe de Estrabón, el cual tras su viaje por Egipto, concluyó que inicialmente la práctica se efectuaba en mujeres de clase social alta, al parecer como rito prematrimonial. No obstante, mientras la clitoridectomía parecía haber sido realizada restrictivamente a mujeres de alto rango social, la infibulación, sería reservada para esclavas transportadas desde Sudán y Nubia (región situada al sur de Egipto y al norte de Sudán)

³ Con la conquista de Egipto por parte de Alejandro Magno en el 332 a.C. dio comienzo el período helenístico que duró hasta el 30 a.C. cuando Roma pasó a dominar el país. El período romano y bizantino se extiende desde su conversión en provincia romana, en el año 30 a.C., hasta el 640 d.C. cuando fue conquistada por los árabes.

como método que evitase que estas quedaran embarazadas. También se conocen referencias del siglo XVIII de la realización de la infibulación en esclavas que viajaban a través del Nilo (Widstrand, 1965; citado en Lightfoot-Klein, 1989).

El Imperio Romano sometía a sus esclavos a un tipo de infibulación que consistía en poner un broche, la llamada fíbula, en los labios mayores de las mujeres y en el prepucio, en el caso de los hombres, para evitar las relaciones sexuales, e incrementar así, su valor en el mercado; o simplemente para que las relaciones sexuales y los posibles embarazos no interfirieran en el trabajo. De la misma forma era utilizado por los hombres del Imperio para impedir que sus mujeres fueran infieles (Fernández de Castro, Portal Martínez y Serrano García, 2018).

Lightfoot-Klein (1989) considera que en muchas áreas donde el agua era escasa y que, por lo tanto, no podía soportar ligeros aumentos de población, la infibulación podría haberse utilizado como un método de control poblacional. Otras teorías se centran en el sistema patriarcal familiar. Lightfoot-Klein (1989) también cita a Giorgis (1981), el cual mantenía que la práctica se originó como sistema para asegurar la monogamia de la mujer. Así pues, Giorgis (1981) refirió que en el antiguo Egipto una niña no podía casarse, heredar propiedades o incluso entrar en una mezquita si no había sido mutilada.

“También se ha teorizado que la práctica de la escisión es el resultado del deseo de un hombre primitivo de dominar el misterio de la función sexual femenina. Al extirpar el clítoris, la libertad sexual en las mujeres podría ser frenada y las mujeres se cambiarían de propiedad común a propiedad privada, propiedad exclusiva de su esposo. Se pensó que la extirpación, ya que eliminaba el órgano más fácilmente estimulado, reducía el deseo sexual de una mujer (Lightfoot-Klein, 1989, p28)”.

“Se especula que los egipcios creían que los dioses, así como las almas de las personas, eran bisexuales. Se creía que cada persona poseía un alma masculina y femenina cuando nacieron y estas almas se manifestaron a través de los órganos procreadores. Se creía que la parte femenina de los machos era el prepucio y que las partes masculinas de las hembras eran el clítoris y los labios menores. La eliminación de estas partes aseguró la masculinidad y la femineidad, así como la capacidad en la vida sexual (Lightfoot-Klein, 1989, p29)”.

Sin embargo, la teoría de que la práctica se originara en el antiguo Egipto no es compartida por todos los investigadores. Autores como Castañeda (2003, 2013; citado en

Fernández de Castro, Portal Martínez y Serrano García, 2018) creen que el origen proviene del África subsahariana, donde se practicaba como rito iniciático en la pubertad, y de ahí irradió a otras zonas del continente, entre ellas, Egipto.

Fuere como fuere, la práctica de la MGF ha sido continuada y las razones médicas fueron la justificación para la realización de clitoridectomías e infibulaciones desde el siglo II hasta el siglo XVIII en las sociedades occidentales. Concretamente estas prácticas fueron documentadas como procedimientos para el control de la sexualidad y de una gran variedad de enfermedades en Europa y América del Norte. Se ha descrito la práctica como tratamiento para la histeria, la epilepsia, la masturbación, la ninfomanía y otros trastornos mentales (Brown, 1866 y Cutner, 1985; citados en Fernández de Castro, Portal Martínez y Serrano García, 2018) y otras condiciones como el adulterio o la homosexualidad (Johnsdotter 2012; citado en Falçao, 2017).

Incluso en la literatura más reciente encontramos referencias al clítoris como un órgano sucio. “La eliminación de la sexualidad clitoriana es una precondition necesaria para el desarrollo de la feminidad” escribió el padre del psicoanálisis en su libro titulado “*Sexualidad y la Psicología del Amor*”⁴.

CONTEXTO GEOGRÁFICO Y CIFRAS DE PREVALENCIA

Prevalencia global

Según últimos datos de UNICEF, el número exacto de niñas y mujeres afectadas por esta práctica a nivel mundial continúa siendo desconocido. No obstante, se estima que al menos 200 millones de mujeres y niñas en 30 países han sido sometidas a MGF. Además, se estima que tres millones de niñas están en riesgo de ser sometidas a esta práctica cada año (UNICEF, 2016) y unos 68 millones de niñas serán sometidas a la MGF entre 2015 y 2030 si no se intensifica la acción en contra de esta práctica (UNFPA-UNICEF, 2017)⁵.

La MGF ha sido documentada en 30 países, principalmente de África (África subsahariana y cuerno africano), pero también en zonas de Oriente Medio y Asia (UNICEF, 2016

⁴ Freud, S. (1963) *La sexualidad y la psicología del amor*. Nueva York: Collier.

⁵ El UNFPA, junto con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) dirige el mayor programa mundial para acelerar la eliminación de la MGF. Ese programa se centra en la actualidad en 17 países africanos y también brinda apoyo a iniciativas regionales y mundiales.

y OMS, 2014). También se han registrado y contrastado casos en algunas comunidades indígenas en Latinoamérica y en poblaciones migrantes de Oceanía, América y Europa.

A medida que se dispone de más datos sobre el alcance de la MGF aumenta la estimación del número total de niñas y mujeres que han sufrido la práctica. Los 30 países que disponen de datos representativos a nivel nacional se muestran en la **figura 5** (UNICEF, 2016).

Se puede observar la existencia de grandes variaciones en cuanto a la prevalencia de esta práctica en los países donde se poseen datos representativos (véase la **figura 6**). Mientras la práctica es prácticamente universal en países como Somalia (98%), Guinea (97%) o Djibouti (93%), en otros países como Camerún o Uganda únicamente el 1% de las mujeres entre 15 y 49 años han sido mutiladas. Carrión (2016) afirma que el 92% de las mujeres casadas egipcias de entre 15 y 49 años fueron víctima de ablación, según la Encuesta Demográfica y de Salud de Egipto.

Sin embargo, no todos los grupos étnicos que viven en estos países practican la MGF, ni todas las etnias que la practican siguen el mismo procedimiento. Las mutilaciones tipo I y II son las más comunes y suelen constituir entre el 80% y el 85% de los casos (UNAF, 2013). Aunque solo se estima que un 15-20% de las mujeres que han sido mutiladas hayan sufrido el tipo III, en algunos países como Somalia o Sudan esta proporción alcanza el 80-90% (OMS, 2008). El tipo de MGF llevada a cabo varía principalmente según etnicidad (OMS, 2008). La infibulación también ocurre, aunque en menor escala en regiones de Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Kenia o Mali (OMS, 2008). Entre las etnias más conocidas podemos mencionar (Kaplan, 2017, p.19):

- Etnias practicantes de la MGF: *Sarahule, Djola, Mandinga, Fulbé, Soninke, Bámbara, Dogon, Edos, Awusa, Fante.*
- Etnias no practicantes de la MGF: *Wolof, Serer, Ndiago.*

Por ejemplo, el grupo étnico de los *mandinga*, que constituye el 42% de la población de Gambia, presenta una prevalencia del 96,7%, mientras que, en Senegal, los *wolofs*, que no practican la MGF, constituyen el 42% de la población senegalesa, influyendo este hecho en la prevalencia final de la MGF por país. Además, existen diferencias en la tipología practicada, en la edad, tanto entre los distintos grupos étnicos que componen esta población, como dentro de los mismos

Así pues, aunque la práctica originariamente sea característica de determinadas zonas, este fenómeno local se ha globalizado extendiéndose por todo el mundo a través de los diferentes movimientos migratorios. No obstante, de los 200 millones de mujeres y niñas afectadas, más de la mitad residen en sólo tres países –Indonesia, Egipto y Etiopia- (UNICEF, 2016).

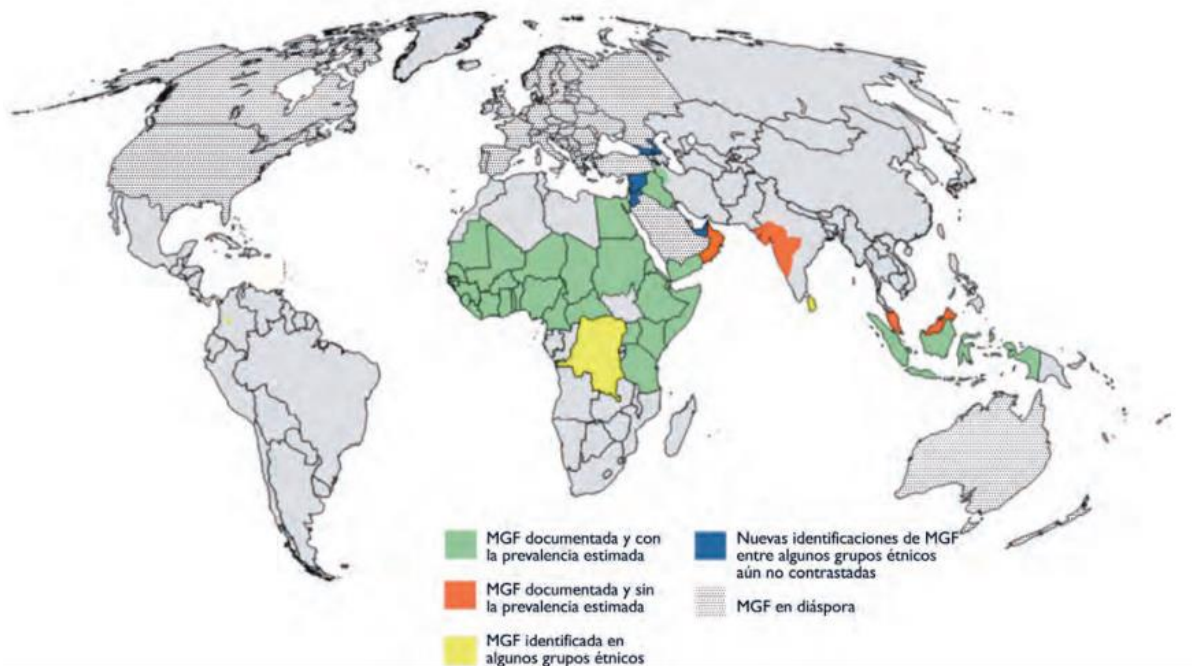


Fig. 5. Mapamundi de la MGF. Extraído de: Fundación Wassu y el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE-PTP) de la Universidad Autónoma de Barcelona, 2017.

En cuanto a las niñas de 14 años y menos, éstas representan 44 millones de todas aquellas personas que han sufrido MGF. La mayor incidencia de esta práctica entre las niñas de esta edad se produce en Gambia, con un 56%, en Mauritania con un 54% y en Indonesia, donde alrededor de la mitad de las niñas de 11 años y menos han sido sometidas a la práctica. En muchos países, la mayoría de las niñas sufrieron la ablación antes de llegar a su quinto cumpleaños (UNICEF, 2016).

En Oriente Medio y Asia la prevalencia de MGF se ha estimado en zonas como el Kurdistán iraquí (WADI, 2010; WADI, 2012), Irán (Ahmadi, 2015), Yemen (USDS, 2001) e Indonesia (Budiharsana, 2004).

La tasa global de MGF en la región del Kurdistan iraquí (zona norte de Iraq) con la excepción de la región de Dohuk es del 72%. Es practicado por kurdos sunitas, algunos árabes y turcos. En Irán, la práctica ocurre principalmente en zonas rurales y en algunas zonas periféricas de las urbes, en la zona este y oeste del país, con grandes variaciones entre comunidades. En Yemen, las cifras de MGF también son variables según diferentes regiones del país desde un 45,5% y un 96% (USDS, 2001). El ministerio de sanidad yemení en un estudio llevado a cabo en 2001 concluyó que el 95% de las prácticas fueron llevadas a cabo en el domicilio y que sólo el 10% de las mismas eran llevadas a cabo por profesionales entrenados para ello. Normalmente mujeres que tradicionalmente atienden partos o mujeres de edad avanzada de la familia son las que llevaban a cabo la práctica. Además, el 97% de las mutilaciones eran llevadas a cabo en el primer mes de vida.

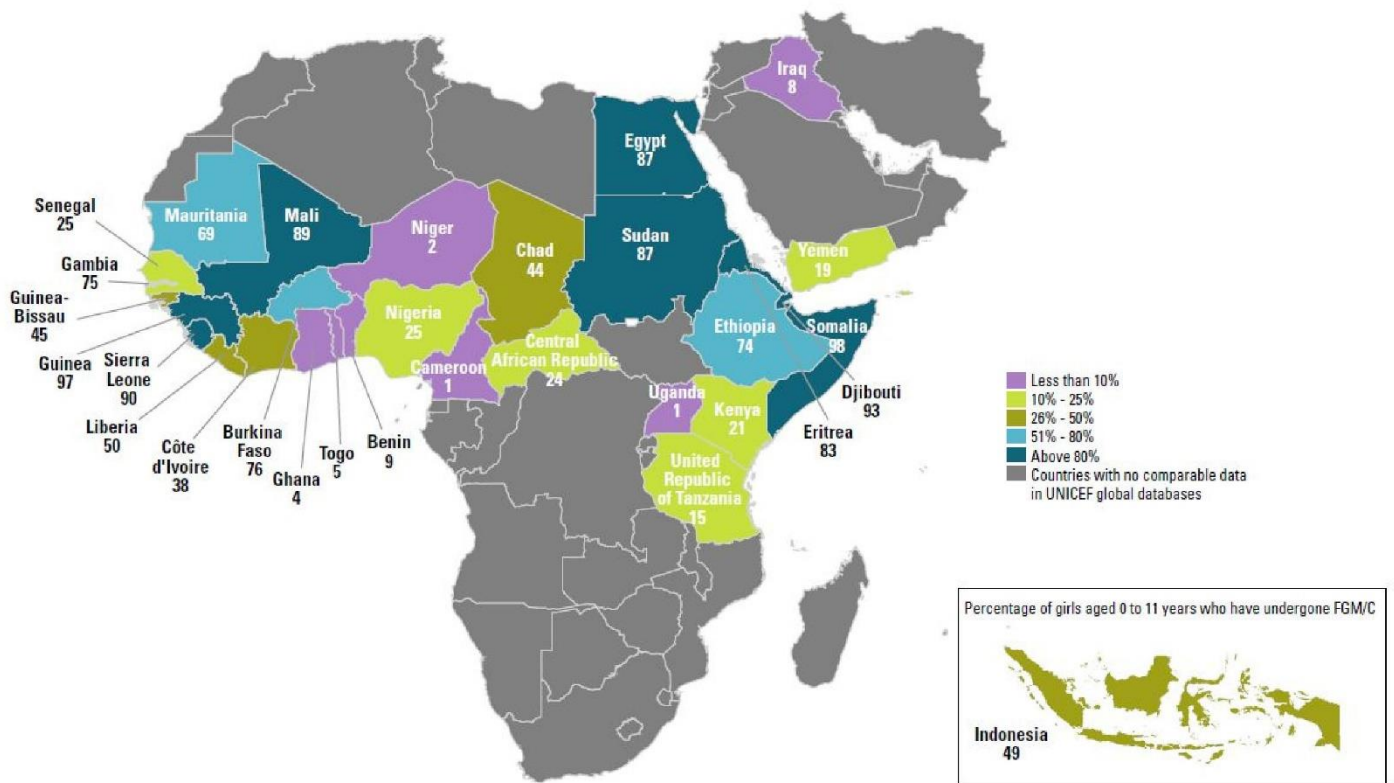


Fig. 6. Mapa de prevalencia de la mutilación genital femenina en mujeres entre 15 y 49 años. Extraído de: UNICEF global databases (2016), based on DHS, MICS and other nationally representative surveys, 2004-2015.

En Indonesia, más de la mitad de las MGF son realizadas por profesionales sanitarios en los propios hospitales y centros de atención sanitaria, ejemplo claro de la “medicalización de la MGF” (UNICEF, 2016; Budiharsana, 2004).

Tal y como relatan Kaplan et al. (2017) y Cappa et al. (2019), también existen datos que sugieren cierta prevalencia de MGF en países como Malasia (Dahlui, 2010), Omán (Al Hinai, 2014) o la India (Sahiyo, 2017), aunque en estos la prevalencia no ha sido estimada. Además, se han identificado casos en algunas comunidades y grupos étnicos países como Sri Lanka (OFPRA, 2015), Emiratos Árabes (Marzouqi, 2011), Colombia (FNUAP-Colombia, 2011), Siria (Geraci, et.al., 2016), Jordania (Charkasi, 2012) y Rusia (IWPR, 2017)⁶.

En general, la práctica de la MGF ha ido en descenso durante los últimos 30 años, aunque esta sigue siendo muy alta. Así pues, del 51% de jóvenes entre 15 y 19 años que la habían sufrido en 1985, se ha reducido hasta un 37% en 2016 (UNICEF, 2016). Sin embargo, no todos los países han progresado y el ritmo de declive ha sido desigual.

De esta manera la tasa de progreso no es suficiente para mantenerse a la par con el crecimiento de la población ya que, los países afectados por la MGF tienen, aparte de poblaciones muy jóvenes, altas tasas de fertilidad.

A nivel mundial, la tasa de fertilidad total de 2010 a 2015 fue de 2,5 niños por mujer entre 15 y 49 años y la tasa de embarazo en adolescente fue de 49 nacimientos vivos por cada 1000 mujeres de entre 15 y 49 años. La tasa de fertilidad total es mucho superior en los países afectados por MGF, siendo superior a 4 hijos por mujer en edad fértil (excepto Egipto con 3 e Indonesia con 2,3) y la tasa de embarazo en adolescentes excede el 7% (70 nacimientos vivos por cada 1000 adolescentes de entre 15 y 19 años) (UNFPA, 2015a).

Si continúan las tendencias actuales, el número de niñas y mujeres sometidas a la MGF aumentará considerablemente en los próximos 15 años (UNICEF, 2016). No obstante, su eliminación es una preocupación mundial, tal y como desarrollamos a lo largo de esta sección. En 2008, el UNFPA y UNICEF establecieron el Programa Conjunto sobre la mutilación/ablación genital femenina, el mayor programa mundial para acelerar la eliminación de la MGF y prestar servicios de atención para paliar sus consecuencias. Es un programa a escala comunitaria, nacional, regional e internacional que pretende concienciar sobre el daño causado por la MGF y empoderar a las comunidades, las mujeres y las niñas para que decidan abandonar su práctica.

En 2012, la Asamblea General de las Naciones Unidas (Resolución aprobada por la Asamblea General el 20 de diciembre de 2012. Resolución A/RES/67/146) adoptó una resolución

⁶ Extraído de: Kaplan, A. (dir.), Salas, N., y Aliaga, N., (coords.) (2017) y; Cappa, C., Van Baelen, L. y Leye, E. (2019).

unánime pidiendo a la comunidad internacional que intensificara los esfuerzos para poner fin a la práctica.

Más recientemente, en septiembre de 2015, la comunidad global acordó un nuevo conjunto de Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), que incluye en su Objetivo número 5, eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, como el matrimonio infantil, precoz y forzado, la violencia sexual contra mujeres y niñas o la MGF, para el año 2030 (Naciones Unidas, 2015). Tanto la Resolución como el marco de los ODS significa la voluntad política de la comunidad internacional y los socios nacionales para trabajar juntos para acelerar la acción hacia un final total y final de la práctica en todos los continentes del mundo. Se necesitan más y mejores datos para medir el progreso hacia este objetivo común.

Prevalencia en Europa

En Europa no encontramos la realización de encuestas continuas, sistemáticas y representativas que recopilen datos sobre la MGF. Sin embargo, el Parlamento Europeo⁷ en 2009 estimó que más de 500.000 mujeres residentes en la Unión Europea (UE) habían sido mutiladas y que 180.000 niñas y mujeres estaban en riesgo de ser sometidas a la práctica cada año.

A nivel general, la MGF no es practicada dentro del territorio de la UE, pero las niñas y mujeres o han sido sometidas a la MGF antes de mudarse a la UE, o están sujetas a sufrir la MGF cuando viajan a países extracomunitarios (European Institute for Gender Equality [EIGE], 2016). Por esta razón, estudios que estiman la prevalencia de la práctica en Europa utilizan el método de extrapolación de los datos de prevalencia de los diferentes países afectados, por el que se usan los datos sobre el número de mujeres migrantes de países practicantes de la MGF que residen en un país de la UE que contienen los censos y estadísticas nacionales (EIGE, 2013). En la ausencia de estas estadísticas nacionales se obtienen datos de otros registros como los hospitalarios, registros de protección infantil, asilo, etc. No obstante, aunque los profesionales sociosanitarios tratan con mujeres afectadas por la MGF, muy pocos registros médicos y sanitarios cuentan con esta información. Así pues, muy pocos países son los que cuentan con registro de MGF, como son el caso de Bélgica, Dinamarca, Finlandia, Inglaterra, Países Bajos, Malta, Polonia y Croacia. La mayoría de estos registros son sanitarios (EIGE, 2016).

⁷ Resolución del 24 de Marzo de 2009 del Parlamento Europeo sobre MGF en la Unión Europea (2008/2071 (INI)).

Utilizando el método de extrapolación de datos de los países con prevalencia de MGF, Van Baelen, Ortensi y Leye (2016), estimaron que en base al censo de 2011 más de medio millón de niñas y mujeres de la primera generación (mayores de 10 años) en la UE, Noruega y Suiza habían sufrido MGF previamente a inmigrar. Más de la mitad de las mismas procedían de países del este de África y la dispersión de estas mujeres en el territorio europeo era desigual, encontrándose mayoritariamente residiendo en Francia y Reino Unido (véase **figura 7**).

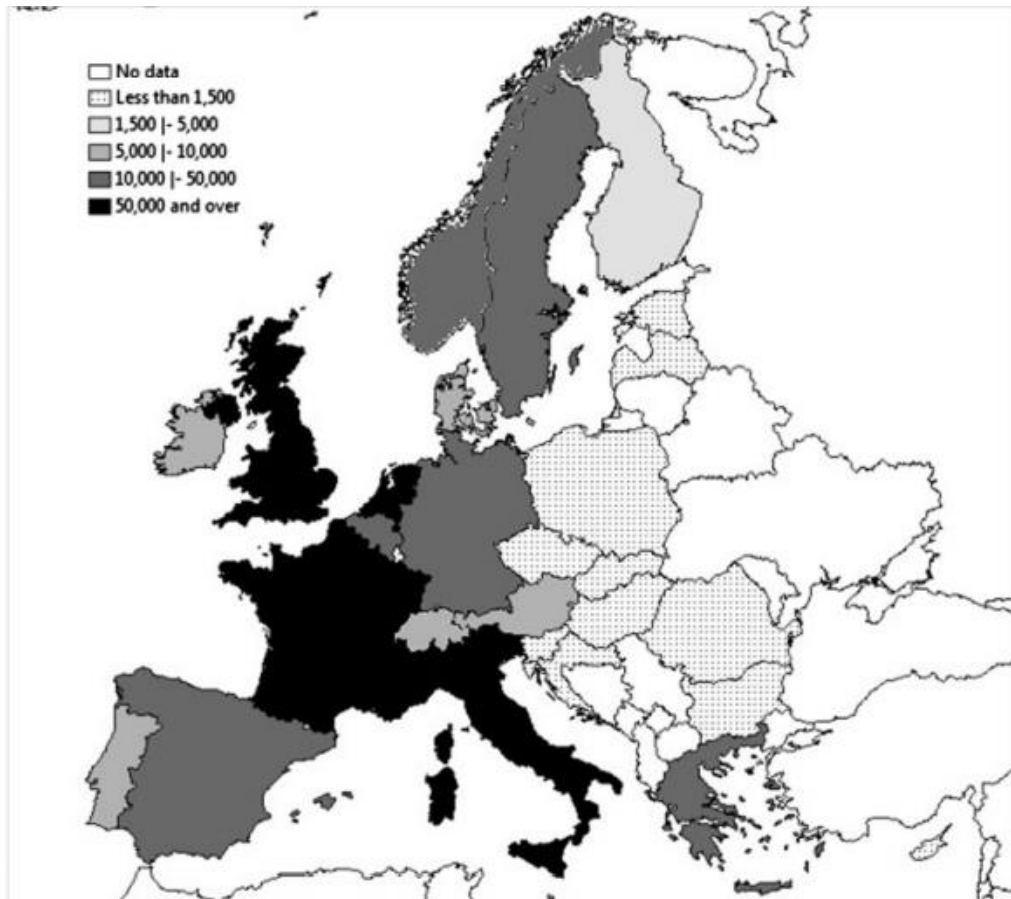


Fig. 7. Mapa de la distribución de niñas y mujeres que han sido sometidas a MGF según país europeo en base al censo europeo de 2011. Extraído de: “Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland”, Van Baelen L. et al. (2016).

En 2013, el EIGE concluía que existen víctimas o víctimas potenciales de MGF en al menos trece países de la UE: Austria, Bélgica, Dinamarca, Alemania, España, Finlandia, Francia, Irlanda, Italia, los Países Bajos, Portugal, Suecia y el Reino Unido. No obstante, el informe subrayaba la necesidad de contar con datos rigurosos para poder hacer frente al problema (EIGE, 2013).

Prevalencia en España

Aunque en la década de los noventa se detectaran en España casos de niñas que habían sido mutiladas –Cataluña, 1993 y Palma de Mallorca, 1996- (Kaplan Marcusán, Torán Monserrat, Moreno Navarro, Castany Fàbregas y Muñoz Ortiz, 2009), no existe evidencia firme de que la práctica de la MGF haya sido llevada a cabo en nuestro país posteriormente. Sin embargo, la práctica sí que ha ocurrido en población migrante procedente de países con prevalencia de MGF. Kaplan-Marcusan, Torán-Monserrat, Moreno-Navarro, Castany y Muñoz-Ortiz, (2009) en un estudio realizado entre 2001-2004 señalaron que, a pesar de no haber más casos reportados por los profesionales sanitarios desde la década de los noventa en España, se estimaba, en base a los datos censales, que unas 9545 mujeres habían sufrido algún tipo de MGF y aproximadamente 3824 niñas se encontraban en situación de riesgo de sufrirla durante los próximos años.

No obstante, en España no existen datos a nivel nacional de mujeres mutiladas que residan en nuestro país, sin perjuicio de los datos recogidos a nivel autonómico en varios Protocolos de Actuación ante la MGF. Los datos incluidos en estos protocolos se han apoyado en las investigaciones llevadas a cabo por la antropóloga Adriana Kaplan, la cual, con el objetivo de elaborar una cartografía de la práctica en España para apoyar los programas locales y autonómicos, actualiza cada cuatro años el mapa de la MGF en España.

Al inicio de nuestra investigación únicamente la Generalitat Catalana (2007), el Gobierno de Aragón (2011) y el Gobierno de Navarra (2013) habían publicado un protocolo de actuación frente a la MGF.

La población residente en España procedente de los países donde se practica la MGF, es originaria fundamentalmente de Senegal, Nigeria, Mali, Gambia, Ghana, Guinea y Mauritania, y esta población reside mayoritariamente en las Comunidades Autónomas de Cataluña, Madrid, Andalucía, Comunidad Valenciana, País Vasco, Aragón, Canarias e Islas Baleares (Kaplan Marcusán y López Gay, 2017). Por provincias, Barcelona (más de 40.000) y Madrid (más de 25.000) son las que más albergan a la población originaria de MGF, seguidas de Girona, Almería, Valencia, Lérida e Islas Baleares, con más de 10.000 habitantes de estas nacionalidades. Véase la **figura 8** donde se observa que Cataluña es la comunidad autónoma donde reside más población de estos orígenes (30,8%), seguida de la Comunidad de Madrid (12,9%) y Andalucía (11,3%).

Durante los últimos años de la década de los 90 y los años 2000 hubo una masiva expansión y crecimiento de la población procedente de países donde la MGF es realizada en España, alcanzado máximas cifras antes de 2008. No obstante, a partir de 2008 este colectivo ha experimentado una consolidación. Según el mapa de la MGF en España elaborado por Kaplan Marcusán y López Gay (2017), en 2016 residían 242.664 personas originarias de países MGF, de los cuales unos 175.000 eran hombres (71.5%). Aunque el objetivo del nuestro estudio sea la población femenina, conocer la distribución de hombres puede orientarnos hacia potenciales procesos de reagrupación familiar.

La población femenina total en 2016 era de 69.086 mujeres y niñas, representando un incremento del 5,2% respecto a las estimaciones realizadas en 2012. De estas, 18.396 eran niñas entre 0 y 14 años, grupo que se había reducido un 0.35% en los últimos 4 años. No obstante, casi el 50% de las niñas hasta 14 años pertenecían al grupo de 0 a 4 años; siendo esta cifra muy elevada y a la vez muy accesible con los recursos adecuados para poder trabajar en la prevención (UNAF, 2013).

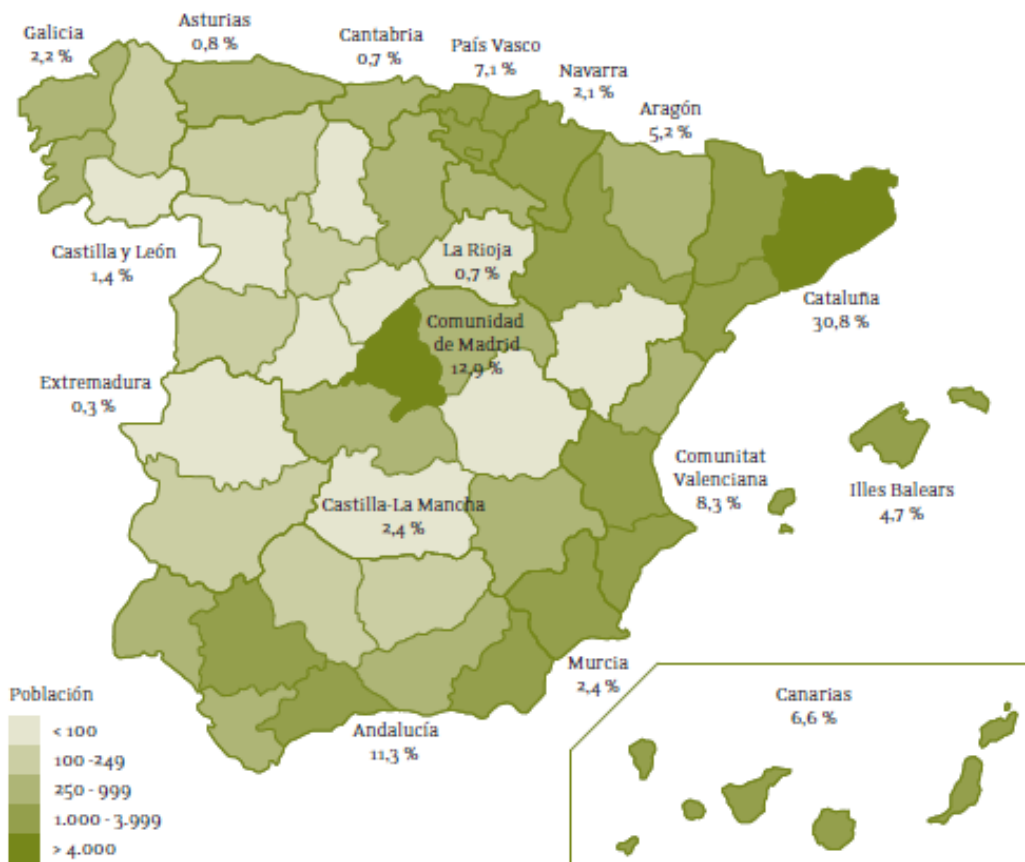


Fig. 8. Distribución territorial de la población femenina de origen de países practicantes de MGF en 2016. Patrón de enero de 2016. Extraído de: Kaplan, A y López-Gay, A (2017). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016. Antropología Aplicada 3. Servei de Publicacions. UAB, Bellaterra, España.

El crecimiento del conjunto de la población, así pues, ha sido ligeramente negativo. En 2016 residían 2,1% menos que en 2012. No obstante, y tal y como se ha mencionado, la población femenina, principalmente adulta, se incrementó un 5,2% desde 2012. El país vasco es la región que ha experimentado un crecimiento más elevado de población femenina desde 2012 en España. En el Principado de Asturias, en Galicia y en la Comunidad de Navarra, el crecimiento de este colectivo también ha sido notable, superior al 10% desde 2012. El crecimiento población en Cataluña y Aragón ha rondado el 5%. En cambio, la población femenina originaria de comunidades afectadas por la MGF ha disminuido ligeramente en la Comunidad de Madrid, en la Comunitat Valenciana y en Canarias.

En líneas generales, los principales países de origen de MGF en España perdieron residentes entre 2012-2016, a excepción de Senegal. Sin embargo, se ha visto como otros países como Egipto, Etiopía, Iraq, Tanzania, Somalia o Yemen, han emergido como nuevos orígenes (Kaplan y López, 2013 y 2017). En cuanto a población femenina, Malí y Guinea fueron los que más incrementaron su población femenina residente en España (20% de incremento desde 2012).

Además, existe un predominio claro hacia la masculinización de la migración, hecho a considerar para trabajar la prevención también con ellos. Así, por cada tres mujeres que residen en España, procedentes de estos países, encontramos una media de 7 hombres (UNAF, 2013). La distribución por sexos y edad del conjunto de la población residente en España procedente de países con prevalencia de MGF se muestra en la **figura 9**.

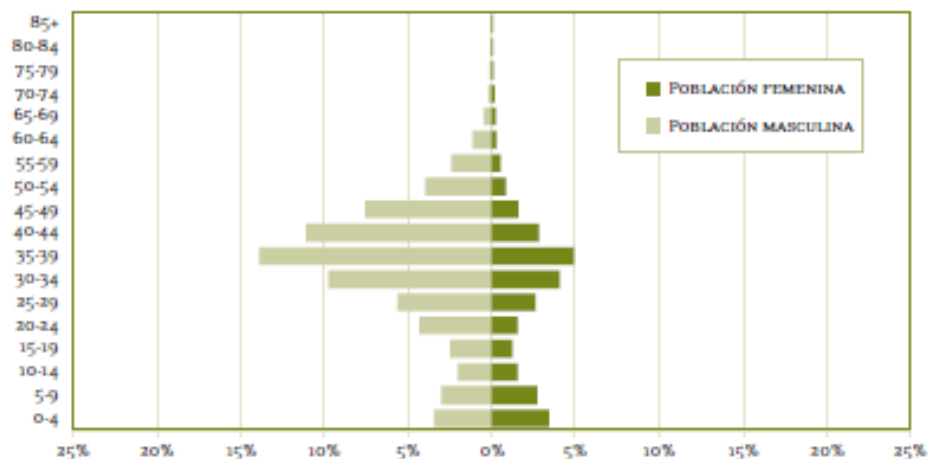


Fig. 9. Estructura por sexo y edad del conjunto de la población residente en España de origen de países con prevalencia de MGF. Extraído de: Kaplan, Adriana y López-Gay, Antonio (2017). Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016. Antropología Aplicada 3. Servei de Publicacions. UAB, Bellaterra, España.

Prevalencia en la Comunidad Valenciana

En una comunicación en prensa (Levante, 6 Febrero 2016), la Generalitat Valenciana consideró que 2.695 niñas menores de 15 años residentes en la Comunidad y procedentes de países donde se practica la MGF podrían estar en riesgo de sufrir MGF. La población femenina procedente de países donde se lleva a cabo esta práctica y que está registrada en el Sistema de Información Poblacional (SIP) de la Comunidad Valenciana, ascendía a 19.934 mujeres de 23 nacionalidades diferentes, todas del continente africano.

Posteriormente, Kaplan Marcusán y López Gay (2017) tras trabajar los datos del padrón continuo de 2016 estimaron que en la Comunidad Valenciana residen 20.019 personas procedentes de países donde la MGF es llevada a cabo. De estas, 5.748 son mujeres y 1.501 niñas entre 0 y 14 años, situando a la Comunidad Valenciana en el cuarta comunidad autónoma española con mayor población. Las **figuras 10 y 11** muestran la distribución de la población femenina adulta originaria de países con prevalencia de MGF y de las niñas de 0 a 14 años en la Comunidad Valenciana.

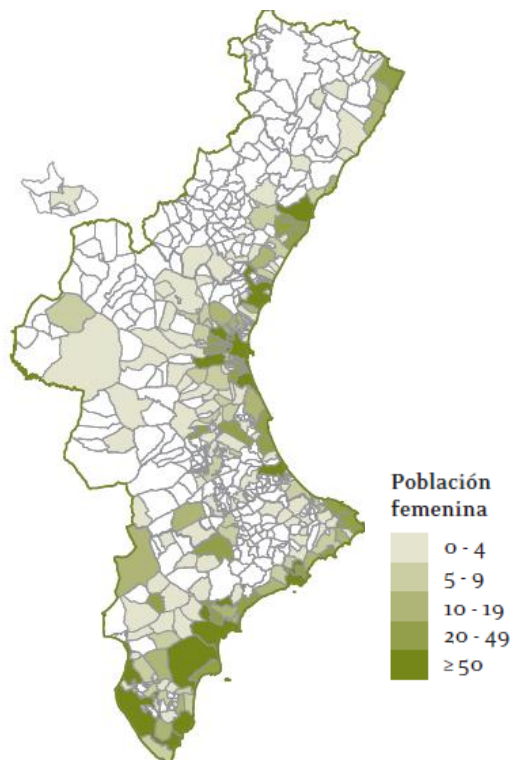


Fig. 10. Distribución de la población femenina originaria de países con prevalencia de MGF en la Comunidad Valenciana. Extraído de: Kaplan Marcusán y López Gay, 2017.

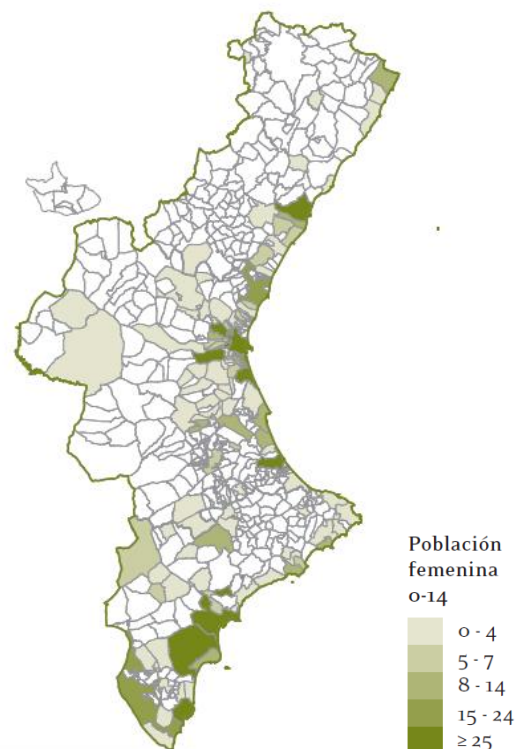


Fig. 11. Distribución de la población femenina menor de 15 años originaria de países con prevalencia de MGF en la Comunidad Valenciana. Extraído de: Kaplan Marcusán y López Gay, 2017.

La población femenina procede principalmente de Nigeria (2.425), Senegal (990), Guinea (335), Malí (241) y Camerún (234). En cuanto a la población femenina de 0 a 14 años, la mayoría procede de Nigeria (670), seguida de Senegal (274), Etiopía (105), Malí (96) y Guinea (61).

Valencia es el municipio de la comunidad autónoma que más población femenina procedente de países con prevalencia de MGF alberga con un total de 1813 mujeres y 529 niñas menores de 15 años (Kaplan Marcusán y López Gay, 2017).

CONSIDERACIONES SOBRE EL DESARROLLO DE LA MGF

¿Quién realiza la MGF?

La MGF es realizada habitualmente, aunque no exclusivamente, por mujeres mayores de la comunidad, las cuales están especialmente designadas para esta tarea. Estas mujeres suelen ser muy respetadas por la comunidad y se les atribuyen conocimientos y habilidades especiales. Ellas mismas promueven la continuación de la práctica en su propia familia.

Existen además circundadoras móviles, las cuales son llamadas por las comunidades o familias para realizar la práctica a un grupo de niñas. Sin embargo, como no siempre disponen de la confianza de la comunidad, en ocasiones tendrán que demostrar su valía mutilando a su propia hija (Touray y Piniella, 2013, p31).

En determinados pueblos la práctica es realizada por parteras tradicionales, barberos, curanderos/as o incluso parientes de las niñas. Estas personas generan ingresos con esta actividad, y aunque no siempre son monetarios, también reciben bienes en especie como ropa, alimentos, ornamentos, etc. (Touray y Piniella, 2013, p. 30).

El hecho de que la práctica sea ejercida y defendida por las mujeres puede llegar a considerarse una cuestión de mujeres, y ocultar la naturaleza de un sistema patriarcal que está detrás de la práctica como sucede en otros tipos de violencia de género (UNAF, 2013). Las mujeres son las que acaban sometiendo a sus hijas y, en muchas ocasiones, el marido no es preguntado, ni sabe cuándo ni cómo será realizada la práctica a sus hijas. La no realización de la práctica supone el rechazo y el aislamiento social, en sociedades donde el papel fundamental de la mujer es el matrimonio y la progenie, y las madres, que desean lo mejor para sus hijas, procuran la realización de la práctica.

De la misma forma, normalmente solo participan en la realización de la práctica mujeres. La circuncidadora y otras mujeres, que ejercen de ayudantes, sujetan las piernas de las niñas,

vendan los ojos de las niñas o incluso ejercen presión sobre el pecho para evitar su movilización (Pastor, Almansa, Ballesteros y Pastor, 2012).

Mientras en la gran mayoría de países afectados por la MGF, ésta es llevada a cabo por practicantes tradicionales, en otros países como en Indonesia, más de la mitad de las niñas son mutiladas por personal médico cualificado (UNICEF, 2016). Esto es el concepto denominado "medicalización de la MGF", el cual hace referencia a situaciones en las que el procedimiento, incluyendo la reinfibulación, es llevado a cabo por un profesional sanitario en un centro público o privado, en el domicilio o en cualquier otro lugar durante cualquier periodo de la vida de una mujer. Este término fue acuñado por la OMS (1997) y reafirmado posteriormente por agencias internacionales (OMS, 2008).

El UNFPA (2015a) estima que aproximadamente a una de cada cinco niñas sometidas a la MGF, ésta les fue practicada por un proveedor de atención médica cualificado, siendo esta cifra incluso superior en algunos países (tres de cada cuatro niñas). Según el UNFPA, los países donde la mayoría de casos de MGF son practicados por personal sanitario son Egipto (77%), el Sudán (55%), Kenia (41%), Nigeria (29%) y Guinea (27%). Posteriormente la OMS (2016) también apuntó un cambio de tendencia en la práctica de la MGF hacia la medicalización, señalando un aumento drástico en la proporción de mutilaciones practicadas por personal sanitario.

Pese a los esfuerzos de las agencias internacionales y locales para la erradicación de la MGF, las comunidades pueden estar recurriendo cada vez más a proveedores de atención médica para realizar el procedimiento por una combinación de diferentes razones. Entre estas, puede haber ocurrido un mal entendimiento del "enfoque de riesgo para la salud" utilizado durante años para definir la MGF como un problema de salud, que no resultó desafortunadamente en un abandono de la práctica en individuos, familias o comunidades, sino que comenzó a cambiarla pasando de circundadores tradicionales a profesionales de la salud modernos con la esperanza de que esto reduciría el riesgo de diversas complicaciones.

¿A qué edad se realiza la MGF?

La edad a la que las niñas y las mujeres son sometidas a esta práctica varía mucho de un país a otro. Varía incluso en función de los núcleos -rural o urbano- y de los grupos étnicos y su localización geográfica. En general suele realizarse a niñas de 4 a 15 años (UNAF, 2013; OMS, 2010). No obstante, diferentes estudios reflejan el descenso de la edad de realización de la práctica (UNICEF, 2005b y OMS, 2015). Recientemente se ha afirmado que, en la mayoría de los países, la mayoría de las niñas fueron mutiladas antes de los 5 años (UNICEF, 2016). Como dato

destaca que, en Yemen, el 85% de las niñas hayan sido mutiladas durante la primera semana de vida (UNICEF, 2016), aunque existen algunas culturas donde se practica incluso días después del nacimiento y otras donde se realiza antes del matrimonio, durante el embarazo o tras el parto. En algunos casos, hay niñas que viajan desde el extranjero para que se les realice esta práctica.

Así pues, el momento de la realización de la MGF depende de múltiples factores tanto internos como externos. Algunos de estos factores son para Touray y Piniella (2013) la disponibilidad de las circuncidoras, la disponibilidad económica de las familias, el momento considerado óptimo por figuras religiosas o tradicionales, la existencia de varias niñas en la familia o en la comunidad (lo cual motiva que la MGF sea practicada a todo el grupo), la definición cultural del momento de “madurez”, la condición migrante de la niña (que determinará que se aproveche un momento en el que regrese a la comunidad) o el carácter individual o colectivo de la práctica, y si esta forma parte de un rito de paso que conlleva una etapa de formación y aprendizaje.

García Bueno (2016) enumera diferentes edades o etapas de la vida en las que se lleva a cabo la práctica de la MGF:

- Recién nacidas como parte del rito del bautizo
- Niñas menores de 1 año
- Si han sido bautizadas de pequeñas, se las mutila con 6-7 años
- Después de la primera menstruación
- Como paso de una etapa de la vida a otra, paso a la edad adulta
- Como ritual que las convierte en aptas para casarse, se las realiza a las adolescentes de 13 a 15 años
- Antes del matrimonio
- Después del matrimonio
- Después del primer embarazo
- Si van a emigrar a Europa, EEUU o Canadá, antes de salir del país para protegerlas del libertinaje y la inmoralidad del país de destino.

Julio, agosto y septiembre son los meses considerados de la “temporada de corte” para muchas niñas en el mundo. El descanso escolar para las niñas es el momento de la MGF y la recuperación posterior a ella. *“Esta es la temporada alta, cuando los padres llevan a sus hijas*

para que se les practique el corte,” dijo la señora Ibrahim en una entrevista realizada por el UNFPA (2017). Asha Ali Ibrahim, de 41 años, ha practicado la MGF en niñas en Somalia desde 1997 y afirmó cuando fue entrevistada que “la circuncisión es importante como transición hacia la edad adulta. Convierte a una niña en mujer y, por esta razón, todas las niñas de mi vecindario deben someterse a la circuncisión”. Asha explicó “Mi mamá usaba la misma cuchilla de afeitar en todas las niñas que cortaba. Mi hija se enfermó al poco tiempo de que mi madre le hizo el corte, y me informaron en el hospital que la infección la habría podido ocasionar el procedimiento mismo [...] Yo había estado reemplazando a mi madre, así que le dije que dejara de practicar la MGF y yo asumí la responsabilidad”.

Los países europeos se ven cada vez más afectados por esta práctica a través de la población inmigrante originaria de países donde la MGF constituye una práctica tradicional. En efecto, queriendo mantener las tradiciones de su país de origen y reforzar así su identidad cultural, muchos migrantes practican la MGF o bien en el territorio de su país de residencia, o bien en el territorio de su país de origen (o países fronterizos) aprovechando el periodo vacacional (Gallego y López, 2010).

¿Dónde se realiza la MGF?

Diferentes autores (Pastor Bravo et al., 2012; García Bueno, 2016; Caño Aguilar et al., 2008) mencionan varios lugares donde suele llevarse a cabo la MGF. El domicilio de las niñas o de la circuncidadora, un bosque, una cabaña, un lugar cerca de un río, el patio trasero de una casa, etc. son algunos de estos lugares. Autores como Touray y Piniella (2013, p32) explican cómo la degradación de los ecosistemas ha afectado a los entornos donde se solía realizar la MGF asentándola en nuevos lugares. Así pues, la desaparición de arbustos y zonas arboladas por la creciente urbanización -que aislaba la práctica de manera que no se oían los gritos de las niñas-, ha trasladado la práctica a los domicilios o a los patios traseros de las casas, incrementando la necesidad de crear un ambiente festivo alrededor para que por ejemplo, el ruido de los tambores, impida escuchar los lloros de las niñas.

Otra de las tendencias marcada por la OMS (2015) fue en relación con el lugar de realización de la práctica. Existe la tendencia a empujar la práctica de la MGF a la clandestinidad o a alentar un movimiento transfronterizo de mujeres de un país en el que la práctica es ilegal a un país vecino que la permite.

¿Cómo se realiza?

La MGF se realiza con cuchillos especiales, tijeras, bisturís, trozos de cristal o cuchillas. No suelen utilizarse anestésicos ni antisépticos a menos que el procedimiento lo lleven a cabo profesionales médicos cualificados. En comunidades donde se practica la infibulación, a las niñas les atan las piernas para inmovilizarlas durante 10 ó 14 días y permitir así la formación de tejido cicatricial (UNFPA, 2015b). “Lo primero que hago es entumecer la zona con agua muy fría. Así no podrán sentir ningún tipo de dolor. Después realizo un corte rápido en la izquierda, luego otro a la derecha. Continué cortando de abajo a arriba. Para terminar, lo coso todo con una aguja bien gruesa e hilo. Dejo sólo un pequeño agujero para la menstruación y la orina”, relata Idil Yusuf Ahmed en una comunicación de prensa (El país, 12 de mayo de 2014).

Desde una perspectiva antropológica, Bedoya y Kaplan (2004) entienden que las mujeres africanas construyen su identidad étnica y de género, a partir de dos rituales: la iniciación a la pubertad social y la entrada en el mundo de la maternidad. Para estas autoras, las fases del rito de iniciación son de la siguiente forma:

- Primera fase, o Separación: las niñas son alejadas de la comunidad, llevadas al lugar donde se les practicará la mutilación, y se les realiza. Como consecuencia se produce una ruptura con la etapa de la infancia, marcada por la escisión del clítoris, la sangre y el dolor.
- Segunda fase, o Marginación: se corresponde con el tiempo de cicatrización de la herida, que es variable según el tipo de mutilación realizada, de 2 semanas la tipo I, a 8 semanas la tipo III. Durante este tiempo les son transmitidas las enseñanzas que aglutinan la riqueza cultural y social de su pueblo. Es la fase más crítica, pues en ella se dan las complicaciones agudas de la operación.
- Tercera fase, o Agregación: se celebra una gran fiesta de "graduación" donde se presenta públicamente a las iniciadas como nuevas miembros, con sus nuevos roles y categorías sociales. Y de esta forma, también son públicamente reconocidas, legitimadas y aceptadas por la comunidad. Son pues reconocidas socialmente por su comunidad. Las mujeres pasan a formar parte del mundo de las mujeres.

CONSECUENCIAS DE LA MGF

Consecuencias sobre la salud

La MGF no tiene beneficios conocidos para la salud de las niñas o mujeres que han sido sometidas a la práctica. Sin embargo, éstas sí que están en riesgo de sufrir las graves complicaciones físicas y psicológicas de la práctica a lo largo de su vida. El procedimiento es doloroso y traumático, y su realización, es con frecuencia llevada a cabo en condiciones no higiénicas o mediante practicantes no expertos con pocos conocimientos de la anatomía de la genitourinaria de la mujer y sin capacidad de respuesta ante eventos adversos (UNICEF, 2013).

Las consecuencias para la salud van a estar condicionados por varios aspectos como la tipología de la MGF (las MGF más severas conllevan mayor número de complicaciones con consecuencias para la salud más graves), el estado de salud de las niñas y de las mujeres sometidas a la MGF (como pueden ser estados de desnutrición, inmunosupresión, enfermedades crónicas, etc.) y las condiciones con las que se realiza el procedimiento, que, como hemos visto en el apartado anterior difieren mucho entre unas comunidades y otras (ámbito rural o urbano, medicalización de la MGF o práctica por personal no cualificado, medios y condiciones higiénico-sanitarias, recursos materiales y económicos, accesibilidad a un centro sanitario, etc.).

Los riesgos para la salud no son escasos y pueden ser tanto inmediatos como a largo plazo. Tras realizar una exhaustiva revisión de la literatura, se muestran en la **tabla 2** los riesgos inmediatos y complicaciones a corto y largo plazo.

Según una revisión sistemática y metaanálisis realizado por Berg, Underland, Odgaard-Jensen, Fretheim y Vist (2014), donde se incluyeron 185 estudios desde 1927 hasta 2011, las complicaciones inmediatas más frecuentes fueron la hemorragia (media 32%, rango 5-62%), la retención urinaria (media 31%, rango 8-53%), hinchazón del tejido genital (media 15%, rango 2-27%), problemas de cicatrización (13%) y dolor (11%). La hemorragia, resultante fundamentalmente de la laceración de la arteria pudenda interna o de la arteria clitoriana, parece ser la causa más relacionada con la manera en la que el procedimiento es llevado a cabo. No obstante, las niñas normalmente sufren más de una complicación inmediata.

RIESGOS INMEDIATOS Y COMPLICACIONES A CORTO PLAZO

Hemorragia	Generalmente por laceración de la arteria pudenda interna o la arteria clitoriana
Dolor	Podría generar anemia posteriormente
Shock	Generalmente intenso e intolerable
Lesiones del tejido	Hemorrágico/hipovolémico o séptico
Problemas o retraso en la cicatrización	Lesiones de tejidos genitales contiguos Mala cicatrización Crecimiento excesivo del tejido de cicatrización Ulceraciones
Infecciones	Infecciones locales agudas de la herida quirúrgica Septicemia, gangrena Infecciones del tracto genital y reproductivo Infecciones del tracto urinario (ITU). Transmisión de infecciones como el tétanos, la hepatitis B, hepatitis C o el Virus de la Inmunodeficiencia humana
Problemas urinarios	Retención urinaria, micción dificultosa, oliguria Disuria o dolor a la micción Lesión del tejido genital (órganos y estructuras anatómicas genitales como lesión del meato urinario por proximidad a la zona del corte)
Estrés postraumático	
Miedo, ansiedad	
Fracturas	Por la resistencia generada por la niña
Muerte	Por colapso neurogénico debido al dolor intenso o por shock séptico debido a una infección grave

CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO

Genitourinarias	Infecciones del tracto urinario repetición Micción dolorosa (por obstrucción y ITU de repetición) Incontinencia urinaria Problemas menstruales (dismenorrea, menstruaciones irregulares, dificultad en el paso de la sangre menstrual) Infecciones genitales crónicas, VPH. Picores vaginales Dolor pélvico crónico (vulvar y clitorideo) Secreción vaginal a raíz de infecciones, vaginosis bacteriana. Hematocolpos Salpingitis Inflamación pélvica Insuficiencia renal
Sexuales	Fusión no intencionada de los labios Estenosis introito-vaginal Dispareunia Disminución de la satisfacción sexual Reducción del deseo y la excitación sexual Disminución de la lubricación durante las relaciones sexuales Dificultades en llegar al orgasmo o anorgasmia Modificación de la sensibilidad sexual Vaginismo, fobia al coito Miedo a las relaciones sexuales Vivencias anómalas de la sexualidad Necesidad de desinfibulación parcial previo al matrimonio para permitir la penetración o el parto y reinfibulación (tipo II y III)
Obstétricas	Complicaciones durante el parto (distocias) Partos prolongados Cesáreas Hemorragias postparto Episiotomías, desgarros, fístulas Largas estancias hospitalarias Pérdida del bienestar fetal Muerte neonatal temprana Reanimación del recién nacido.

Reproductivas	Infertilidad
Psicosociales	Trastornos de estrés postraumático
	Trastornos de ansiedad, ansiedad crónica,
	Depresión
	Trastornos psicósomáticos, alteraciones del apetito y del sueño
	Terrores nocturnos, miedo, ataques de pánico
	Pérdida de autoestima
	Dificultades para la concentración y el aprendizaje
	Sentimientos de humillación, vergüenza, miedo al rechazo social si no aceden a la práctica
	Confusión y sentimientos de contradicción
	Sentimientos de culpa de las madres que han aceptado o promovido la práctica en sus hijas
	Marginación o rechazo social si no se realiza la MGF
Cicatrización anómala	Queloides, quistes dermoides, neuromas, fibrosis, etc.

CONSECUENCIAS PARA LOS HOMBRES

Alcoholismo	Secundario a la imposibilidad de mantener relaciones sexuales satisfactorias
Abuso de drogas	
Miedo	Miedo a causar dolor en la pareja con la penetración
Búsqueda de placer sexual fuera de la pareja	Riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual
Depresión	

ITU: infecciones del tracto urinario, VPH: virus del papiloma humano

Tabla 2. Efecto de la MGF sobre la salud de las niñas, mujeres y hombres. Riesgos inmediatos y consecuencias a largo plazo. Fuente: Elaboración propia a partir de OMS (2008, 2016, 2018a-b), Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015), Kaplan, Salas y Aliaga (2017), Berg et al. (2014), Iavazzi et al. (2013), RCOG (2015), Klein et al. (2018) y Almroth et al. (2001).

En cuanto a las complicaciones a largo plazo se hallaron múltiples complicaciones como el incremento de infecciones del tracto urinario (ITUs), vaginosis bacteriana, dispareunia y complicaciones obstétricas. Así pues, en relación con las complicaciones genitourinarias, Berg et al. (2014) mencionan la lesión del tejido genital, la secreción vaginal anómala, los picores vaginales, las complicaciones urológicas y las infecciones las más frecuentes tras revisar 17 estudios comparativos. Se vio una tendencia hacia un mayor escozor vaginal y disuria en mujeres con MGF (RR 2,56, CI 95% [0,80-8,22]; RR 1,66 CI95% [0,96-2,85]; GRADE: alta), dismenorrea (RR 1,44, CI 95% [1,11-1,86]), ciclos irregulares (RR 2,56, CI 95% [1,48-3,45]) y dificultad en la expulsión del contenido menstrual (RR 1,75, CI 95% [0,78-3,93]).

Por otro lado, también se encontró un mayor riesgo de sufrir dispareunia (RR 1,53, CI 95% [1,20-1,97]; GRADE: muy bajo), aunque directamente relacionado con el tipo de MGF, con un menor riesgo de problemas sexuales en el caso de la MGF tipo I y II. Mohammed (2014) encontró una correlación negativa entre la MGF tipo II y la satisfacción sexual, aunque sin embargo, no halló diferencias entre la MGF tipo I y la no MGF en relación a la satisfacción sexual.

En cuanto a la infertilidad, a las infecciones de transmisión sexual y a la transmisión del virus de la inmunodeficiencia adquirida (VIH), Berg et al. (2014) no pudieron establecer una diferencia en relación a la MGF. Sin embargo, Lavazzo, Sardi y Gkegkes (2013), en una revisión sistemática sobre infecciones y MGF identificaron diferentes cuadros infecciosos como eran los secundarios al trauma local tras la MGF, las infecciones del tracto urinario y genitourinario, formación de abscesos, septicemias e infección por el VIH. Además, la mayoría de las infecciones fueron identificadas en aquellas mujeres que habían sido sometidas a la MGF tipo III. Los patógenos aislados con mayor frecuencia fueron el VIH, *Clostridium tetani*, *Chlamydia trachomatis*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Treponema pallidum*, *Candida albicans*, *Trichomonas vaginalis*, virus del herpes simple tipo 2 (VHS-2), *Pseudomonas pyocyanea* y *Staphylococcus aureus*.

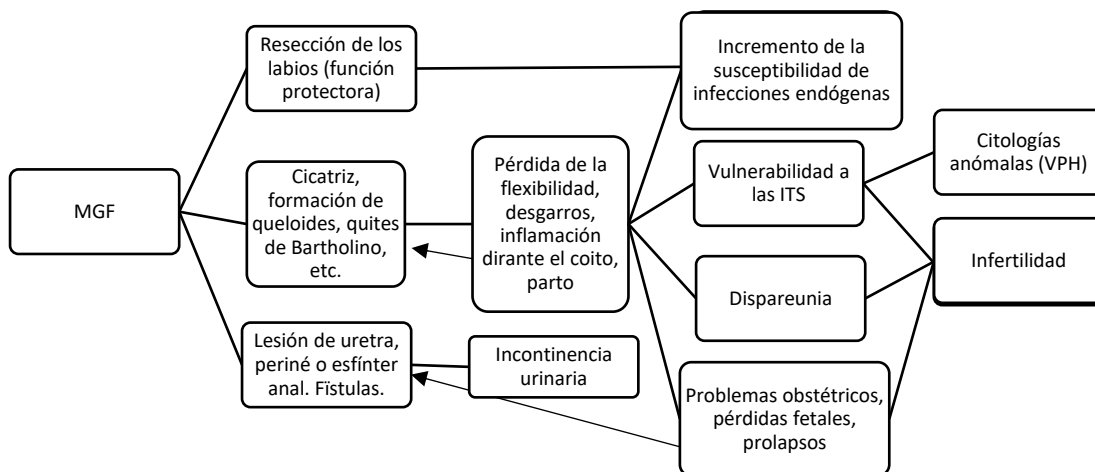


Fig. 12. Mapa de conceptos sobre la posible afectación de la MGF (tipo I y II) en la morbilidad reproductiva. Traducido y adaptado de: Morison L., Scherf C., Ekpo G. et al., (2001). The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey, *Tropical Medicine and International Health*, 6(8), 643-653.

En cuanto a los resultados obstétricos plasmados en el estudio de Berg et al. (2014), el parto prolongado, los desgarros obstétricos, las episiotomías, el parto instrumental, la hemorragia y las distocias obstétricas fueron reportadas en 26 de los estudios comparativos incluidos. Los datos metaanalizados encontraron un riesgo considerable mayor de parto prolongado (ORa 1.49, CI 95% [1.01-2.19]), de parto distócico (ORa 1.88, CI 95% [1.06-3.35]) y de finalización por cesárea (ORa 1.60, CI 95% [1.33-1.97]) en mujeres con MGF (GRADE: bajo), así como de episiotomías (RR 1.38, CI 95% [1.14-1.67]), parto instrumental en primíparas (ORa 1.56, CI 95% [1.32-1.86]), desgarros obstétricos (OR 1.39, CI 95% [0.99-1.95]) y hemorragias postparto (ORa 1.50, CI 95% [1.22-1.84]) (GRADE: muy bajo).

Esto coincide con los resultados obtenidos en un estudio prospectivo realizado por la OMS y citado en el Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la MGF (Ministerio de Sanidad [MSSSI], 2015) donde se afirma que las mujeres que han sido sometidas a una MGF tipo II y III, tienen un mayor riesgo de complicaciones obstétricas y perinatales como son la finalización del parto mediante cesárea y hemorragias postparto secundarias, aumento del número de episiotomías (especialmente en la MGF tipo III), mayor mortalidad materna y perinatal y mayor necesidad de reanimación al nacimiento.

Además, en aquellas mujeres que han sido sometidas a una MGF tipo III, existe una serie de actividades cotidianas que podrían verse entorpecidas debido a las distorsiones anatómicas causadas por la MGF, como los exámenes ginecológicos, pruebas de citología, legrados, colocación de dispositivos intrauterinos (DIU) y uso de tampones (OMS, 2016).

Finalmente también cabe destacar que no únicamente las niñas o mujeres que se someten a la MGF se ven afectadas por consecuencias y complicaciones de su estado de salud. Las consecuencias en los hombres, aunque estén menos documentadas, también se han descrito, encontrando problemas como el alcoholismo, el abuso de drogas secundario a la imposibilidad de mantener relaciones sexuales, depresión, búsqueda del placer sexual fuera de la pareja con el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual, etc.

Las complicaciones tanto a corto como a largo plazo de la MGF deben ser conocidas por todos y todas las profesionales y es responsabilidad de los mismos conocer la legislación relativa a la misma (Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG], 2015).

Desinfibulación

La OMS (2016), establece una serie de recomendaciones y buenas prácticas en cuanto a la desinfibulación. Debido a que la mujer sometida MGF tiene un riesgo aumentado de complicaciones durante el parto, se recomienda, para tratar de asegurar un parto vaginal más seguro, que se realice, bien anteparto o bien intraparto, una incisión genital anterior que revierta la mutilación. Así pues, la desinfibulación es recomendada para la prevención de complicaciones obstétricas en mujeres con MGF tipo III (recomendación fuerte, evidencia muy baja) tanto anteparto o intraparto (recomendación condicional, evidencia muy baja) y además, ésta está recomendada para la prevención y el tratamiento de complicaciones urológicas, especialmente las infecciones urinarias de repetición y la retención urinaria, en niñas y mujeres con MGF tipo III (recomendación fuerte, no evidencia directa).

Las niñas y mujeres con MGF tipo III deben recibir información sobre la desinfibulación, así como un adecuado preoperatorio y anestesia local para el procedimiento. La preferencia de la mujer, el acceso a los servicios de salud, el lugar donde va a tener lugar el parto y el nivel de habilidad del profesional sanitario deben ser factores a considerar antes de realizar una desinfibulación anteparto o intraparto.

Por otro lado, El Royal College de Obstetras Obstetricians and Gynaecologists (RCOG, 2015), enumera una serie de recomendaciones en relación al manejo de la MGF. Esta institución reafirma que la “reinfibulación” es ilegal y que no hay justificación clínica por lo que no debería realizarse bajo ninguna circunstancia (grado de recomendación D).

Cuando desde el sistema sanitario se identifica a una mujer que ha sido sometida a la MGF, el o la profesional sanitaria debe explicarle la legislación sobre MGF (grado de recomendación D). No obstante, el profesional debe saber que no es mandatorio derivar a todas las mujeres embarazadas a los servicios sociales o a la policía, sino que se debe realizar una evaluación del riesgo en cada caso; y, si se considerara que existe potencial riesgo para la no nacida o cualquier otra niña, entonces debe emitirse un informe.

Además, los y las ginecólogas-obstetras y los y las matronas deben recibir formación obligatoria en relación a la MGF y a su manejo, incluyendo las técnicas de desinfibulación. Del mismo modo en las consultas se debe garantizar un ambiente seguro y privado, y así como un enfoque sensible y no juicioso, utilizando servicios de traducción si fuera necesario. Otros miembros de la familia no deben ser utilizados como traductores (recomendación D).

A aquellas mujeres que pueden beneficiarse de una desinfibulación se les debe asesorar y se les debe ofrecer una desinfibulación antes de quedar embarazadas, aunque idealmente antes de iniciar las primeras relaciones sexuales (recomendado por el grupo que elabora la GPC). Sin embargo, la RCOG, no recomienda la reconstrucción clitoriana ya que la evidencia sugiere riesgos inaceptables sin concluir beneficios evidentes (recomendación D).

Las mujeres con MGF generalmente deberían dar a luz en unidades con acceso inmediato a servicios obstétricos de emergencia y deberían tener un acceso intravenoso disponible durante el parto y muestras de sangre para determinación del recuento sanguíneo completo y del grupo sanguíneo. Sin embargo, en determinadas circunstancias, las mujeres con MGF pueden considerarse de bajo riesgo y puede ser apropiada la atención por matronas durante el trabajo de parto (recomendado por el grupo que elabora la GPC).

Todas las mujeres, independientemente del país de procedencia, deben ser preguntadas en las primeras visitas de embarazo sobre si han sido sometidas a la MGF. Además esta

información debe aparecer registrada en la historia de la mujer (recomendado por el grupo que elabora la GPC).

La técnica de “desinfibulación” en el momento del parto es similar en principio a la “desinfibulación” realizada en otro momento. Sin embargo, en contraste a la “desinfibulación” pre-embarazo, antenatal o durante la primera etapa del trabajo de parto, cuando se puede utilizar un bisturí o una tijera, en el momento del parto para la “desinfibulación” se debe realizar la incisión con tijeras (en lugar de un bisturí) justo antes de coronar la cabeza del feto. Para ello debería ser usada lidocaína sin adrenalina (epinefrina).

Una vez realizado el procedimiento, debe ser evaluada la necesidad de episiotomía; esta se requiere comúnmente (independientemente del tipo de MGF) debido a la cicatrización y reducción de la elasticidad de la piel del introito.

Tras el parto, la incisión anterior debe ser reparada por un obstetra experimentado o matrn/a. La sutura subcuticular del tejido retraído debe realizarse para promover la hemostasia y prevenir la reanastomosis de los bordes. Si no se sutura o no se reparan correctamente los bordes puede ocurrir una “reinfibulación” desigual (NSW, 2014).

En las mujeres en quienes se planeó la “desinfibulación” intraparto para permitir un parto vaginal seguro, una cesárea de emergencia puede dar lugar a que la mujer continúe con la necesidad de “desinfibulación” durante un nuevo embarazo. Si es factible desde la perspectiva del bienestar materno y fetal, la opción de “desinfibulación” perioperatoria (justo después de la cesárea) debe ser discutida con la mujer antes del traslado al quirófano. Este escenario puede ser discutido con las mujeres prenatalmente (RCOG, 2015).

En cuanto a las recomendaciones de la GPC de la RCOG (2015) respecto a la atención intraparto esta guía dispone que si una mujer requiere “desinfibulación” intraparto, el profesional sanitario que la atiende la debe estar bien entrenado en la técnica o debe ser supervisado apropiadamente (recomendación basada en la experiencia clínica del grupo elaborador de la guía).

Además, la matrona que emite el alta hospitalaria de la puérpera debe asegurarse que todos los procesos legales y reglamentarios se han cumplido previo al alta (recomendación basada en la experiencia clínica del grupo que elabora la GPC).

Berg, Taraldsen, Said, Sorbye y Vangen (2018) concluyen tras una revisión metaanalizada de 62 estudios (5829 mujeres) sobre la efectividad de las técnicas quirúrgicas en mujeres con MGF, que, la desinfibulación en comparación con la no desinfibulación muestra significativamente menos riesgo de finalización del parto por cesárea y de desgarros de segundo,

tercer y cuarto grado. No obstante, el metaanálisis no detectó diferencias entre la desinfibulación anteparto o aquella realizada intraparto.

La cirugía reconstructiva resultó en un clítoris visible en el 77% de las mujeres. La mayoría de las mujeres refirieron mejoras en su vida sexual, pero hasta el 22% experimentó un empeoramiento de los resultados relacionados con la sexualidad después de la reconstrucción, por lo que Berg et al. (2018) concluyen que cualquier mujer que consulte a cerca de esta cirugía debería ser informada sobre la evidencia disponible en cuanto a los beneficios y a los potenciales riesgos y daños de los procedimientos disponibles.

Por otro lado, para la OMS (2016) el uso de la terapia cognitiva conductual (TCC) debe considerarse en niñas y mujeres que viven con MGF y que experimentan síntomas consistentes con trastornos de ansiedad, depresión o estrés postraumático (recomendación condicional, no evidencia directa). Además, cualquier niña o mujer que haya recibido o vaya a recibir cualquier intervención quirúrgica para corregir las complicaciones de la MGF debe tener un servicio de apoyo psicológico disponible (OMS, 2016 y RCOG, 2015).

Consecuencias sociales y económicas

La MGF implica costes no solo a nivel individual, sino también para los diferentes servicios sanitarios y gobiernos. Además una mayor severidad en cuanto al tipo de MGF parece asociarse a un mayor coste sanitario.

Los costes generados a los servicios de salud son fundamentalmente debidos a los efectos secundarios y a las complicaciones asociadas a la salud de las mujeres por la realización de la MGF. En un estudio de cohortes realizado por Adam et al. (2010) en seis países africanos el costo anual de las complicaciones obstétricas relacionadas con la MGF ascendió a 3,7 millones de dólares y varió entre el 0.1% y el 1% del gasto público en salud correspondiente a las mujeres de 15-45 años. En la población de 2,8 millones de mujeres de 15 años que en aquel momento había esos seis países africanos, cabe prever por tanto una pérdida de 130.000 años de vida como consecuencia de la asociación de la MGF a hemorragias obstétricas, lo que equivale a un recorte de medio mes de la esperanza de vida. Así pues, la MGF no sólo acarrea grandes pérdidas económicas, sino también pérdidas de vida.

Por otro lado, las consecuencias económicas directas en las mujeres y sus familias pueden originarse fundamentalmente del desarrollo de infecciones secundarias a la MGF que precisan tratamientos costosos o al desarrollo de otras complicaciones como la dismenorrea

que pueden generar discapacidad y consecuentemente una disminución de horas laborales o de educación recibida. A la larga, y en determinado contextos, esta situación podría conllevar la dependencia económica directa del marido o de su padre (Refaei et al., 2016). No obstante, Mpinga et.al (2016) concluyen, tras realizar una revisión sistemática sobre el impacto económico y social de la MGF, que no existe suficiente evidencia en relación al impacto de la MGF sobre el empleo o el absentismo escolar.

Además, la práctica de la MGF y la ceremonia alrededor de esta, puede ocasionar costes elevados que pueden suponer un endeudamiento familiar. El pago a la persona que realiza la MGF, el coste de los cuidados postoperatorios, los regalos para la niña o los invitados, el banquete, etc. son costes adicionales que deben considerarse (Refaei et al., 2016).

Finalmente también cabe destacar las consecuencias sociales que conllevan realizar la MGF o no realizarla en las niñas y sus familias. Como hemos visto anteriormente, la MGF en algunas comunidades es un requisito para las niñas, las cuales pasan a la adultez y adquieren cierta posición social y pertenencia a un grupo. Así pues, la MGF es una importante marca de identidad social y no conformarse a esto puede conducir a consecuencias sociales, como el acoso, el ridículo, el estigma social, exclusión de la comunidad de adultos, eventos comunitarios y apoyo social, discriminación por parte de pares, rechazo social, pérdida de estatus social, aumento del aislamiento debido a la falta de capacidad matrimonial y la vergüenza familiar, así como exclusión de toda la familia de la aceptación social y del sistema de bienestar de la comunidad (Refaei et al., 2016 y Mpinga et al., 2016).

RAZONES POR LAS QUE SE REALIZA LA MFG Y MITOS SOBRE LA MGF

La MGF se realiza en el contexto de una comunidad y de un grupo, y es legitimada a través de creencias que varían, entre otros, en función de la etnia y la localización geográfica, las cuales ofrecen una serie de explicaciones para su justificación y mantenimiento. Estas explicaciones son debidas a factores culturales, religiosos, sociales y comunitarios. Ni siquiera dentro de una misma comunidad las respuestas al por qué de la realización de la MGF son homogéneas. Además, de la misma manera que las propias comunidades, las razones por las que se realiza la MGF no son estáticas, y han ido y siguen actualmente adaptándose al contexto sociocultural emergente.

Para la OMS (1999) y tal y como se muestra en la **figura 13**, todos los motivos que justifican la realización de la MGF se ajustan a un elaborado sistema de creencias que opera en diferentes niveles, todos dirigidos a los genitales externos de mujeres y niñas.

En el primer nivel se sitúan tres razones superpuestas en el centro de la figura: razones espirituales y religiosas, razones sociológicas y razones higiénico-estéticas. Éstas, parecen instruir a la sociedad hacia la MGF sin estar explícitamente relacionadas con la sexualidad de las mujeres. En la mayoría de las sociedades donde se realiza la MGF, ésta se considera una **tradición cultural**, y este argumento parece ser el más utilizado para el mantenimiento de la misma. La propia presión social de adaptarse a aquello que hacen los demás y a aquello que se ha venido haciendo tradicionalmente soporta la perpetuación de la MGF. La identificación étnica y la pertenencia son así pues clave, y renunciar a estas implica traición de la propia identidad y una falta de respeto hacia el resto de la comunidad. La presión social y las dinámicas identitarias pueden pesar más que la voluntad individual (Touray y Piniella, 2013). Esa presión social viene también sustentada por líderes religiosos y comunitarios, e incluso por personal sanitario (MSSSI, 2015).

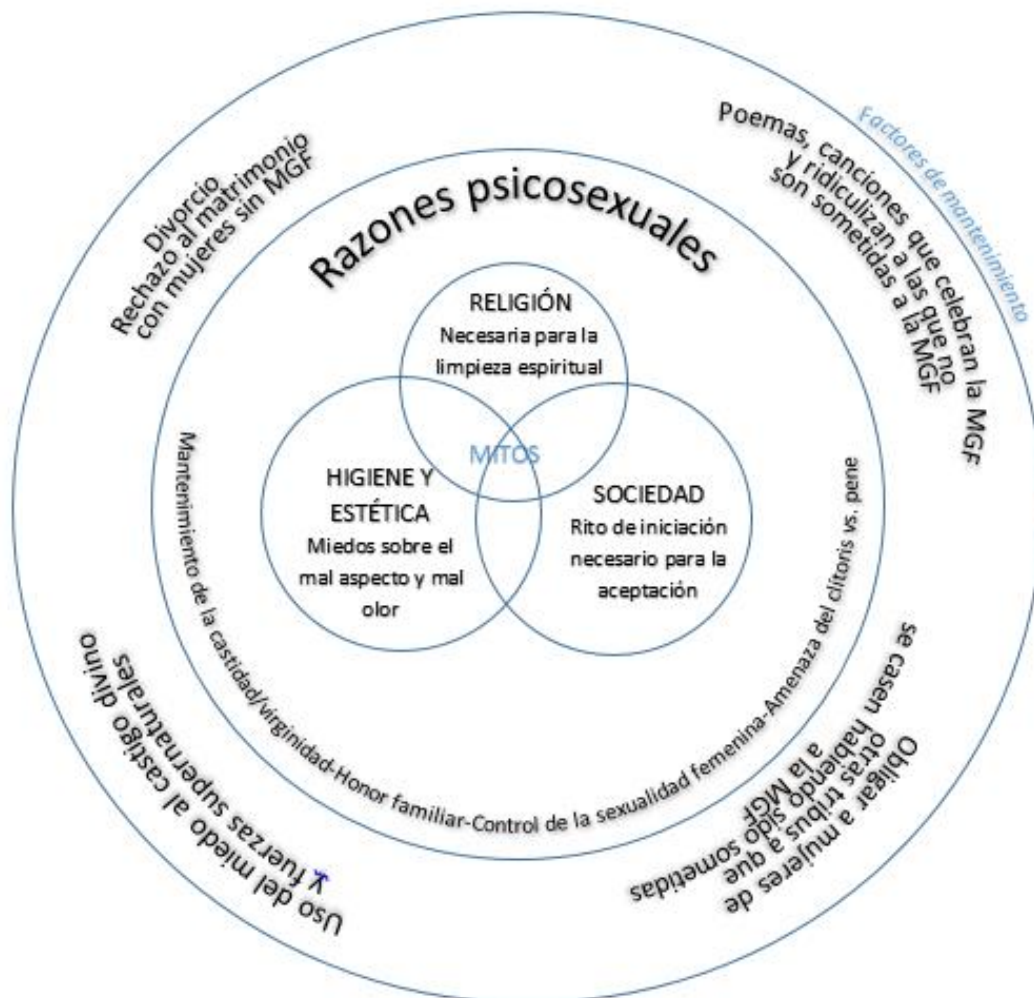


Fig. 13. Por qué la MGF continúa: mapa mental. Traducción y adaptación propia de: OMS (1999). Female Genital Mutilation Programmes to Date: What Works and What Doesn't. Department of Women's Health Health Systems and Community Health. World Health Organization https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65857/WHO_CHS_WMh_99.5.pdf;jsessionid=A5F0E45705F043BAABC05BD3C09AD566?sequence=1

Además, se supone que los genitales externos femeninos hacen a las mujeres **espiritualmente impuras** y su eliminación es requerida por la **religión** (OMS, 1999). No obstante, la MGF es practicada por poblaciones donde se profesan diferentes religiones como la musulmana, la cristiana, la judía y animista y la práctica de la MGF no está respaldada por ningún texto religioso. La MGF no se menciona ni en el Corán ni en la Biblia, aunque, quienes llevan la práctica a cabo suelen creer que tiene un respaldo religioso. Los líderes religiosos adoptan diferentes posiciones con respecto a la MGF: algunos la fomentan, otros la consideran irrelevante para la religión, y otros contribuyen a su eliminación (MSSSI, 2015) aunque mayoritariamente los líderes religiosos creen que esta tradición debe ser erradicada (OMS, 2018).

Por otro lado se cree que el clítoris y los **genitales externos son feos y sucios**; se consideran una parte carente de belleza y excesivamente voluminosa, que además puede crecer desproporcionadamente. Así pues, la mujer no mutilada es considerada sucia y por lo tanto la comunidad le prohíbe, por ejemplo, la manipulación del agua y de los alimentos en algunas comunidades (MSSSI, 2015). Asimismo se cree que un clítoris "sin cortar" se volverá grande y actividades como andar en bicicleta o a caballo, o incluso usar ropa ajustada podrían despertar sexualmente una mujer sin escisión (OMS, 1999). Otros mitos asociados relacionan el clítoris con la mala fortuna. Por ejemplo, algunas comunidades creen que los genitales externos tienen el poder de hacer ciega a una partera, hacer que los bebés desarrollen malformaciones congénitas, se vuelvan locos o incluso puedan morir.

También se cree que sólo con la eliminación del clítoris de una mujer ésta puede **alcanzar la madurez** y convertirse en un miembro de pleno derecho de la comunidad. Los ritos de iniciación, no son ritos de pubertad física porque no coinciden con la pubertad fisiológica, sino con una pubertad social cuyas edades varían en función del sexo, de las etnias, de la localización territorial de éstas y de la densidad demográfica de los grupos. Independientemente de que estemos hablando de una pubertad social y no fisiológica, este ritual es imprescindible para el acceso futuro al mundo de los adultos. Es una "marca" permanente que simboliza que su unión al grupo también será de por vida. Se trata, por tanto, de una cuestión de cohesión social y pertenencia, estás dentro o estás fuera (Kaplan, 2003).

Sobre la práctica y los cuidados posteriores existe un **gran secretismo y silencio**, que favorecen la ignorancia al respecto de la misma de las niñas de la comunidad. Las niñas deben jurar guardar el secreto en relación al dolor y las técnicas asociadas con el procedimiento; la MGF no se discutirá, especialmente con mujeres no sometidas a la MGF (OMS, 1999). Además, la MGF como rito de iniciación se celebra mediante una ceremonia y una fiesta donde la niña

recibe múltiples regalos y atenciones, lo cual provoca el deseo del resto de niñas de que llegue el momento ignorando los detalles del procedimiento (Touray y Piniella, 2013).

Por otro lado, en un segundo nivel, surgen razones más amplias que se centran directamente en los aspectos psicosexuales de los genitales externos y las consecuencias que pueden suceder a la niña, su familia, y la sociedad en general si no se eliminan los genitales. De esto perspectiva, la sexualidad de una mujer joven debe controlarse para garantizar no perder su **virginidad**, deshonrando así a su familia y perdiendo su **oportunidad para el matrimonio** (OMS, 1999). Se cree que mitiga el deseo sexual, garantiza la fidelidad e incrementa el placer sexual masculino (MSSSI, 2015). Mediante la infibulación, por ejemplo, se dificulta físicamente que la mujer tenga relaciones sexuales prematrimoniales por el sellado de los labios mayores. Se cree que el miedo al dolor si se reabre o el miedo a ser descubiertas desalientan aún más las relaciones sexuales 'ilícitas' en las mujeres a las que se les ha aplicado ese tipo de MGF. Posteriormente se necesita un doloroso procedimiento para reabrir la vagina y permitir el coito (MSSSI, 2015).

Además, la mayoría de las comunidades practicantes de la MGF son poligínicas⁸, lo que acentúa en mayor medida esa motivación por el control de la sexualidad femenina y la limitación del deseo sexual mientras el marido dispone de la libertad para mantener relaciones con cualquiera de sus otras esposas.

Finalmente, en un nivel superior, la OMS (1999) destaca aquellos mecanismos de refuerzo comunitario que varían desde el castigo, el divorcio o el rechazo al matrimonio hasta formas más sutiles como la perpetuación de la MGF a través de poemas, canciones o cuentos populares o creencias en relación a maldiciones ancestrales y otros poderes sobrenaturales.

Conocer los argumentos que justifican estas creencias es fundamental para emprender una acción intercultural con el fin de prevenir y, en su caso, erradicar alguna de estas prácticas tradicionales perjudiciales. Cuando nos relacionamos con personas que defienden las MGF –o que están en situación de riesgo– es fundamental saber cuáles son los motivos concretos que les llevan a realizarlas. Se muestran en la **tabla 3**, un listado de mitos, argumentaciones y falsas creencias en relación a la MGF que se han recopilado tras una revisión exhaustiva de la literatura.

⁸ Régimen familiar en el que el hombre tiene varias esposas al mismo tiempo.

<i>La MGF es un precepto religioso.</i>
<i>Hay que limpiar espiritualmente a las mujeres para ser aceptadas por Dios.</i> The Girdle (girls up against FGM) [Twitter] (16 de febrero de 2019). https://twitter.com/thegirdlengr/status/1096900491089510404
<i>Sólo las mujeres que son sometidas a MGF pueden transicionar hacia la edad adulta y ser consideradas con respeto.</i>
<i>Las niñas entienden y eligen llevar a cabo la MGF.</i>
<i>Los hombres no apoyan el abandono de la MGF</i> Nota: En la mayoría de los países con datos recogidos, la mayoría de los niños y hombres piensan que la práctica debería terminar (OMS, 2018a).
<i>Si una mujer no está mutilada, no encontrará un marido ni se casará.</i>
<i>Si la MGF es realizada por un profesional sanitario no existen riesgos de daños para la salud de las niñas y mujeres.</i>
<i>El clítoris es un órgano maligno que puede dañar al bebé durante el parto de diferentes maneras (sordera, enfermedad mental, etc.).</i>
<i>La MGF protege el honor de la mujer y de la familia.</i>
<i>La MGF evita el VIH / SIDA.</i>
<i>La MGF evita que el clítoris crezca sin control.</i>
<i>La MGF evita la locura de la mujer.</i>
<i>La MGF muestra la fortaleza y la buena condición de la joven que va a ser casada.</i>
<i>La MGF disciplina a las mujeres i evita que se descontrolen, rompan utensilios, sean vagas.</i>
<i>La MGF evita el adulterio y la prostitución.</i>
<i>Si los hombres tienen que ser circuncidados, las mujeres también.</i>
<i>La MGF incrementa el placer del marido.</i>
<i>El prepucio es la parte femenina del hombre y el clítoris la parte masculina de la mujer, han de ser eliminados para mantener el equilibrio.</i>
<i>La MGF evita que la mujer adulta se vuelva ninfómana.</i>
<i>El clítoris puede envenenar el pene del hombre.</i>
<i>La mujer no mutilada pierde la capacidad y el instinto para criar niños y niñas.</i>
<i>El clítoris presente en una mujer no mutilada envenena su leche tras el nacimiento.</i> The Girdle (girls up against FGM) [Twitter] (16 de febrero de 2019). https://twitter.com/thegirdlengr/status/1096900491089510404
<i>En el prepucio y en el clítoris habita el “wanzo”, un espíritu que impide la fecundidad.</i>
<i>La MGF tiene beneficios para el recién nacido.</i>
<i>La MGF facilita el embarazo y el parto.</i>
<i>Si una mujer es desinfibulada, el bebé caerá durante el embarazo.</i> Nota: La MGF no afecta a la integridad del cérvix uterino (OMS, 2018a).
<i>El clítoris es un órgano envenenado que produce impotencia en el hombre.</i> The Girdle (girls up against FGM) [Twitter] (16 de febrero de 2019). https://twitter.com/thegirdlengr/status/1096900491089510404
<i>Si el clítoris toca la cabeza del recién nacido, el bebé muere.</i> The Girdle (girls up against FGM) [Twitter] (16 de febrero de 2019). https://twitter.com/thegirdlengr/status/1096900491089510404
<i>La MGF previene el cáncer de vagina.</i> The Girdle (girls up against FGM) [Twitter] (16 de febrero de 2019). https://twitter.com/thegirdlengr/status/1096900491089510404

<p><i>Después de ser mutilada no puedes hablar abiertamente sobre el proceso con otras personas, ya que tu estómago se inflama y mueres.</i></p> <p>The Girdle (girls up against FGM) [Twitter] (19 de febrero de 2019).</p>
<p><i>Una mujer que practica la MGF: “derramar sangre humana también tiene sus consecuencias: así pues, antes de cortar cualquier niña, llevamos a cabo una serie de rituales y nos limpiamos espiritualmente”.</i></p> <p>The Girdle (girls up against FGM) [Twitter] (25 de febrero de 2019). Recuperado de: https://twitter.com/thegirdlengr/status/1096330467496865792</p>
<p><i>Si una mujer no mutilada se queda embarazada, será presionada para ser mutilada previamente al parto para asegurar que el recién nacido no tocará el clítoris a su paso por el canal del parto.</i></p> <p>Mrs Osanrenren. The Girdle (girls up against FGM) [Twitter] (19 de febrero de 2019).</p>

Tabla 3. Mitos y falsas creencias en relación a la MGF. Elaboración propia a partir de la bibliografía consultada (OMS, 2018a; Médicos del mundo, 2014; The Girdle, 2019; Bedoya y Kaplan, 2004; y otros).

MARCO NORMATIVO

Normativa internacional

La MGF constituye una violación fundamental de los derechos humanos, de las mujeres y de las niñas tal y como ha sido descrita en numerosas convenciones internacionales (véase **tabla 4**). Es una actividad discriminatoria y viola el derecho a la igualdad de oportunidades en la vida; el derecho al nivel más elevado de salud; el derecho a la libertad contra todas las formas de violencia física y mental, lesiones o abuso; el derecho a la protección contra las todas las formas de prácticas tradicionales perjudiciales para la salud; el derecho a tomar decisiones sobre la reproducción libres de discriminación, coerción y violencia; el derecho a la libertad contra los prejuicios y todas las demás prácticas que estén basadas en la idea de inferioridad o superioridad o bien de los géneros o en funciones estereotipadas de los hombres y las mujeres (OMS, UNICEF, UNFPA, 1997; OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, 2008; OMS, 2010; UNICEF, 2013; Khosla et al., 2017).

Para abordar la MGF, las primeras bases legislativas se establecieron a mediados del siglo pasado. Tras los crímenes de la Segunda Guerra Mundial se elaboró la **Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDDHH)** adoptada y proclamada por la Asamblea General el 10 de diciembre de 1948 y en años posteriores se fueron adoptando diferentes medidas para el abordaje general de la discriminación contra las mujeres.

“Todos los seres humanos nacen libres e iguales en dignidad y derechos y, dotados como están de razón y conciencia, deben comportarse fraternalmente los unos con los otros”
(Art. 1 DUDDHH, 1948)

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

*“Toda persona tiene derecho a la vida, a la libertad y a la seguridad de su persona”
(Art.3, DUDDHH, 1948)*

*“Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes”
(Art.5, DUDDHH, 1948)*

En 1946 se crea la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer que origina, en 1967, la primera Declaración sobre la Eliminación de la Discriminación contra la Mujer. Posteriormente, la ONU, quiso ir más allá en el tratamiento de los derechos fundamentales y en concreto en la igualdad entre hombres y mujeres, y aprobó el 18 de diciembre de 1979 la **Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer de (CEDAW)**, aunque esta no entró en vigor como tratado internacional hasta septiembre de 1981. Esta Convención fue la cúspide del trabajo desarrollado por la Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. Sin embargo, este texto no incluía ningún mecanismo jurídico para la sanción legal de la MGF, y esto no ocurrió hasta 1999, cuando se aprobó el **Protocolo de la Convención**, que entró en vigor en el año 2000.

<p><i>El derecho a la vida y a la integridad física, incluida una vida libre de violencia</i> Artículo 1 y 3 de la Declaración Universal de Derechos Humanos (DUDDHH); Preámbulo del Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (PIDESC); Preámbulo y artículo 9.1 del Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP); y Artículo 19 de la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN).</p>
<p><i>El derecho a la dignidad</i> Artículo 22 de la DUDDHH</p>
<p><i>El derecho a la salud</i> Artículo 3 de la <i>Declaración Universal de Derechos Humanos</i>; Artículo 6 del <i>Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos</i>.</p>
<p><i>Derecho a estar libre de todas las formas de discriminación (por razón de sexo)</i> Artículo 2 de la <i>Declaración Universal de Derechos Humanos</i>; Artículo 2 del <i>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</i>; Artículos 2 y 26 del <i>Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos</i>; Todos los artículos de la <i>Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres</i>.</p>
<p><i>Los derechos de los niños y niñas</i> Artículos 2, 3, 6, 19, 24 y 37 de la <i>Convención sobre los Derechos del Niño</i>.</p>
<p><i>Igualdad entre hombres y mujeres</i> Artículo 3 del <i>Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales</i>; Artículo 3 del <i>Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos</i>; todos los artículos de la <i>Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra las Mujeres</i>.</p>
<p><i>Derecho a estar libre de tortura, penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes</i> Artículo 5 de la <i>Declaración Universal de Derechos Humanos</i>; Artículo 7 del <i>Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos</i>; Todos los artículos de la <i>Convención contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes</i>.</p>

Tabla 4. Derechos humanos violados por la realización de la MGF. Traducido de European Institute for Gender Equality. (2013). Female genital mutilation in the European Union and Croatia. Vilnius: EU.

La CEDAW define la discriminación de la mujer como *“cualquier distinción, exclusión o restricción hecha en base al sexo que tenga el efecto o propósito de disminuir o nulificar el reconocimiento, goce y ejercicio por parte de las mujeres, independientemente de su estado civil, sobre la base de igualdad del hombre y la mujer, de los derechos humanos y libertades fundamentales en las esferas política, económica, social, cultural, civil o en cualquier otra esfera”* (Art. 1, CEDAW, 1979).

Cabe destacar también el artículo donde se establece que *“los Estados partes tomarán todas las medidas apropiadas para modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres; garantizar que la educación familiar incluya una comprensión adecuada de la maternidad como función social y el reconocimiento de la responsabilidad común de hombres y mujeres en cuanto a la educación y al desarrollo de sus hijos, en la inteligencia de que el interés de los hijos constituirá la consideración primordial en todos los casos* (Art. 5, CEDAW, 1979).

La Convención sobre los Derechos del niño (1989), elaborada también por la ONU, es otra de las bases normativas fundamentales para el abordaje de la MGF. Se destaca en esta la obligación explícita de los Estados a adoptar medidas para abolir las prácticas tradicionales.

“Compromiso de protección y cuidado por parte de los Estados Miembro a través de instituciones, servicios y establecimientos que cumplirán la normativa establecida por las autoridades competentes” (Art. 3, CDN, 1989)

“Los Estados Partes adoptaran las medidas legislativas apropiadas para proteger al niño/a, sea cual sea su nacionalidad. Las autoridades adoptarán medidas de protección en caso de que el menor esté amenazado” (Art. 19, CDN, 1989)

“Los estados están obligados a asegurar la atención sanitaria prenatal y postnatal a las madres” y exhorta a los Estados a “Adoptar las medidas para abolir prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de los niños” (Art. 24, CDN, 1989)

No obstante, en el desarrollo de estos primeros textos democráticos reconocedores de los derechos humanos no se alude específicamente a la MGF, y esa falta de referencia justificó la adaptación de los siguientes tratados a esa realidad ignorada y no reconocida en los textos internacionales previos.

Así pues, en 1984 se crea el Grupo de Trabajo de la ONU sobre Prácticas Tradicionales que afectan a la Salud de las Mujeres y los Niños y en 1993, tiene lugar la **Declaración de la Conferencia Mundial de Derechos Humanos, de Viena**, que establece que:

“los derechos humanos de la mujer y de la niña son parte inalienable, integrante e indivisible de los derechos humanos universales (...). La violencia y todas las formas de acoso y explotación sexual, en particular las derivadas de prejuicios culturales y de la trata internacional de personas, son incompatibles con la dignidad y la valía de la persona humana y deben ser eliminadas” (Párrafo 18, DCMDDHH, 1993).

En el mismo año y como complemento a CEDAW, la ONU aprueba la **Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer de las Naciones Unidas (48/104 de 20 de diciembre de 1993)**, la cual reconoce la todavía existente desigualdad entre hombres y mujeres en ese momento y hace expresa referencia a la MGF como una de las prácticas violentas contra la mujer que hay que erradicar sin que los argumentos de la tradición, la costumbre o la religión sean un motivo para que los Estados eludan sus responsabilidades. Se entiende como violencia contra la mujer:

“La violencia física, sexual y psicológica que se produzca en la familia, incluidos los malos tratos, el abuso sexual de las niñas en el hogar, la violencia relacionada con la dote, la violación por el marido, la mutilación genital femenina y otras prácticas tradicionales nocivas para la mujer, los actos de violencia perpetrados por otros miembros de la familia y la violencia relacionada con la explotación” (Art. 2a, resolución 48/104, 1993)

Dos años más tarde tuvo lugar la **IV Conferencia Mundial sobre la Mujer** celebrada en Beijing, la cual logró una asistencia sin precedentes, que compartía un objetivo común: la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres, en todas partes. De este encuentro surgió la **Declaración y Plataforma de Acción de Beijing**, el plan más progresista que jamás había existido para promover los derechos de la mujer. Algunas de las medidas a adoptar en relación a la MGF fueron:

Aprobar y aplicar leyes contra los responsables de prácticas y actos de violencia contra la mujer, como la mutilación genital femenina (...) y respaldar con determinación los esfuerzos de las organizaciones no gubernamentales y locales por eliminar esas prácticas. (Objetivo estratégico D.1., 124i, Beijing, 1995)

Prohibir la mutilación genital femenina dondequiera que ocurra y apoyar vigorosamente las actividades de las organizaciones no gubernamentales y comunitarias y las instituciones religiosas encaminadas a eliminar tales prácticas. (Objetivo estratégico I.2., 232h, Beijing, 1995)

Desarrollar políticas y programas en los que se dé prioridad a los programas oficiales y no oficiales que ayuden a la niña y le permitan adquirir conocimientos, desarrollar el sentido de su propia dignidad y asumir la responsabilidad de su propia vida; y prestar especial atención a los programas destinados a educar a mujeres y hombres, especialmente los padres, sobre la importancia de la salud física y mental y del bienestar de la niña, incluidos la eliminación de la discriminación contra la niña en la ración alimentaria, el matrimonio precoz, la violencia ejercida contra ella, la mutilación genital, la prostitución infantil, el abuso sexual, la violación y el incesto. (Objetivo estratégico L.2., 277d, Beijing, 1995)

Promulgar y aplicar leyes que protejan a las muchachas contra toda forma de violencia, como (...), la mutilación genital, (...) y establecer programas seguros y confidenciales y servicios de apoyo médico, social y psicológico apropiados para cada edad destinados a las niñas que son víctimas de la violencia. (Objetivo estratégico L.7., 283d, Beijing, 1995)

En 2001, la Resolución sobre Mutilación Genital Femenina (2001/2035 -INI-) del Parlamento Europeo, insta a la Comisión Europea, al Consejo de Europa, así como a los Estados miembros, a que tomen medidas para la protección de las víctimas de esta práctica y se les reconozca el derecho de asilo a las mujeres y niñas que están en riesgo de ser sometidas a ella.

En 2004, la Comisión de los Derechos Humanos de la ONU, publica el Plan de Acción para la Eliminación de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales para la Salud de la Mujer y el Niño. En este plan se entiende como violencia contra la mujer y contra las niñas:

“La violencia contra las mujeres y las niñas es un fenómeno mundial que pasa las fronteras geográficas, culturales y políticas y varía tan sólo en sus manifestaciones y en su gravedad (...). La violencia contra la mujer (que incluye la mutilación genital) (...) es una violación de los derechos humanos y no sólo una cuestión ética. Tiene graves consecuencias negativas en el desarrollo económico y social de la mujer y de la sociedad y es una expresión de una subordinación social de la mujer por razón de su sexo” (párrafo 43, Comisión DDHH, 2004)

Cuatro años después, la Asamblea Mundial de la Salud en su resolución WHA61.16 (Ginebra, 2008) insta a todos los Estados Miembros a que aceleren las actividades encaminadas a eliminar la MGF, incluidas las de educación y suministro de la información necesaria para entender cabalmente las dimensiones de género, salud y derechos humanos de la MGF; a que apliquen y hagan cumplir la legislación para proteger a las niñas y mujeres de toda forma de violencia, en particular de la MGF, y velen por la aplicación de la legislación que prohíbe la MGF por cualquier persona, inclusive por profesionales médicos; a que respalden y refuercen las actividades comunitarias encaminadas a eliminar la práctica, velando en particular por que en el proceso de eliminación de esa práctica participen los varones y los dirigentes locales; a que colaboren con todos los sectores gubernamentales, organismos internacionales y organizaciones no gubernamentales en apoyo del abandono de esta práctica como contribución muy importante al logro de los Objetivos de Desarrollo del Milenio relativos a la promoción de la igualdad entre los sexos y la autonomía de la mujer, la reducción de la mortalidad de los niños y la mejora de la salud materna; a que formulen y promuevan directrices para la atención, en particular durante el parto, de las niñas y mujeres que hayan sido sometidas a MGF; y a que establezcan servicios de apoyo y atención social y psicosocial, o refuercen los que ya existan, y

adopten medidas para mejorar la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, con el fin de prestar asistencia a las mujeres y las muchachas que son objeto de esa violencia.

En los años posteriores la Asamblea General de Naciones Unidas publica varias resoluciones destinadas a intensificar los esfuerzos mundiales para la eliminación de la MGF (Resolución 67/146, 2012; Resolución 68/146, 2013; Resolución 69/150, 2014; Resolución 71/168, 2016; Resolución 73/149, 2018). La resolución de 2012 estable el 6 de febrero como el Día Internacional de la Tolerancia Cero contra esta práctica.

A nivel Europeo, el Consejo de Europa, tras los movimientos migratorios de personas que provienen de países con prevalencia de MGF, se vio obligado a pronunciarse en relación con la MGF instando también a los respectivos a los Estados miembros a adoptar medidas legislativas y/o jurídicas contra la misma. En 2001, el Parlamento Europeo en la Resolución 2001/2035(INI), condena la MGF considerándola una violación gravísima de los derechos fundamentales, no justificable ni por respeto a tradiciones culturales o religiosas del tipo que fueren ni en el contexto de rituales de iniciación.

“Condena enérgicamente las mutilaciones genitales femeninas por ser una violación de los derechos humanos fundamentales” (pto 1, Resolución A5-0285/2001)

“Pide que la Unión Europea y los Estados miembros colaboren, en nombre de los derechos humanos, de la integridad de la persona, de la libertad de conciencia y del derecho a la salud, en la armonización de la legislación existente y, si la legislación existente demuestra no ser apropiada, en la elaboración de una legislación específica en la materia” (pto 2, Resolución A5-0285/2001)

Así mismo, el Parlamento Europeo reconoce que se están llevando a cabo mutilaciones genitales en niñas residentes en países en los que esta práctica no es originaria, entre ellos varios de los europeos, a causa de la diáspora migratoria.

La Parlamento Europea volvió a pronunciarse sobre esta materia en dos nuevas resoluciones: la 2007/2093, de 16 de enero de 2008, estableciendo las prioridades en las estrategias europeas relacionadas con los derechos de los niños, para instar a los Estados miembros a que apliquen medidas legales específicas sobre la MGF o a que adopten leyes que permitan la adopción de acciones penales contra toda persona que lleve a cabo actos de mutilación genital; y la 2008/2071, de 24 de marzo de 2009, dedicada, específicamente, a la lucha contra la MGF en la UE, una violencia contra las mujeres que surge de estructuras sociales basadas en la desigualdad entre los sexos y en relaciones desequilibradas de poder, dominación

y control, en las que la presión social y familiar está en el origen de la violación de un derecho fundamental como es el respeto de la integridad de la persona.

El 1 de agosto de 2014 entra en vigor el *Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica*, más conocido como Convenio de Estambul. Es el primer instrumento de carácter vinculante en el ámbito europeo en materia de violencia contra la mujer y violencia doméstica, y está considerado el tratado internacional más completo y de mayor alcance sobre la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Reconoce la violencia contra las mujeres como una violación de los derechos humanos y aborda la violencia contra las mujeres a través de medidas dirigidas a la prevención de la violencia, la protección a las víctimas y el enjuiciamiento de los autores.

Este Convenio contempla como delito todas las formas de violencia contra la mujer: la violencia física, psicológica y sexual, incluida la violación; la MGF, el matrimonio forzado, el acoso, el aborto forzado y la esterilización forzada. Esto implica que los Estados deberán introducir en sus sistemas jurídicos estos delitos.

A fecha de junio de 2018, todos los países de la Unión Europea han firmado el Convenio de Estambul, pero 10 Estados miembros todavía tienen que ratificarlo. Estos son concretamente: Bulgaria, República Checa, Grecia, Hungría, Irlanda, Letonia, Lituania, Luxemburgo, Eslovaquia y el Reino Unido.

Legislación en España y en la Comunidad Valenciana

El marco legislativo general sobre el que se apoya la legislación específica sobre MGF es la Constitución Española de 1978 en sus artículos 10 y 15 del Capítulo II sobre Derechos y Deberes fundamentales que se interpretan conforme a los acuerdos y tratados internacionales ratificados por España en esta cuestión, así como la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección del Menor, que obliga a la Administración a intervenir en casos de desprotección del menor.

La primera legislación específica desarrollada en relación a la MGF, tipificó la MGF como delito, disponiendo que *“el que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a doce años”* (artículo 149.2 de la **Ley Orgánica (LO) 11/2003, de 29 de septiembre** que modifica la LO 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal).

Posteriormente y gracias a la lo previsto en el artículo 23.4 de la **LO 3/2005, de 8 de julio** (que modifica la LO 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial), se estableció que la jurisdicción española también era competente de perseguir la MGF no solo en territorio español sino también extraterritorialmente, es decir, cuando la comisión del delito se produjese en el extranjero, siempre que los autores o la persona afectada residieran en el territorio español, como sucedería en la mayor parte de los casos.

Será competente la jurisdicción española para conocer de los hechos cometidos por españoles o extranjeros fuera del territorio nacional susceptibles de tipificarse, según la ley penal española, como alguno de los siguientes delitos: (...) g) Los relativos a la mutilación genital femenina, siempre que los responsables se encuentren en España (Art. único, LO 3/2005)

Otro paso significativo fue la aprobación de la **LO 3/2007, de 22 de marzo, para la igualdad efectiva de mujeres y hombre**. Gracias a esta ley se modifica la Ley de Asilo y se amplían los motivos para optar al estado de refugiado de mujeres que huyen de sus países de origen debido a un temor fundado a sufrir persecución por razón de género.

Años más tarde se aprobó la **LO 1/2014, de 13 de marzo**, que también modificaba la LO 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la justicia universal⁹ y sin embargo, esta

⁹ Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la justicia universal (B.O.E. nº 63, de 14 de marzo de 2014), con entrada en vigor el 15 de marzo de 2014. Se transcribe el texto de la nueva ley, en lo que específicamente afecta al delito objeto de este estudio:

«2. También conocerá la jurisdicción española de los delitos que hayan sido cometidos fuera del territorio nacional, siempre que los criminalmente responsables fueren españoles o extranjeros que hubieran adquirido la nacionalidad española con posterioridad a la comisión del hecho y concurrieran los siguientes requisitos: a) Que el hecho sea punible en el lugar de ejecución, salvo que, en virtud de un Tratado internacional o de un acto normativo de una Organización internacional de la que España sea parte, no resulte necesario dicho requisito, sin perjuicio de lo dispuesto en los apartados siguientes. b) Que el agraviado o el Ministerio Fiscal interpongan querrela ante los Tribunales españoles. c) Que el delincuente no haya sido absuelto, indultado o penado en el extranjero, o, en este último caso, no haya cumplido la condena. Si sólo la hubiere cumplido en parte, se le tendrá en cuenta para rebajarle proporcionalmente la que le corresponda.»

«4. Igualmente, será competente la jurisdicción española para conocer de los hechos cometidos por españoles o extranjeros fuera del territorio nacional susceptibles de tipificarse, según la ley española, como alguno de los siguientes delitos cuando se cumplan las condiciones expresadas: (...)

k) Delitos contra la libertad e indemnidad sexual cometidos sobre víctimas menores de edad, siempre que:

- 1.º el procedimiento se dirija contra un español;
- 2.º el procedimiento se dirija contra ciudadano extranjero que resida habitualmente en España;
- 3.º el procedimiento se dirija contra una persona jurídica, empresa, organización, grupos o cualquier otra clase de entidades o agrupaciones de personas que tengan su sede o domicilio social en España; o,
- 4.º el delito se hubiera cometido contra una víctima que, en el momento de comisión de los hechos, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España.

l) Delitos regulados en el Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011 sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, siempre que:

- 1.º el procedimiento se dirija contra un español;
- 2.º el procedimiento se dirija contra un extranjero que resida habitualmente en España; o,
- 3.º el delito se hubiera cometido contra una víctima que, en el momento de comisión de los hechos, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España, siempre que la persona a la que se impute la comisión del hecho delictivo se encuentre en España.

modificación supuso un gran retroceso a todo el avance realizado en la anterior reforma LO 3/2005. Esta Ley elimina de la Ley Orgánica del Poder Judicial cualquier alusión directa a la MGF, dejando limitada de la protección de los tribunales españoles los delitos contra la libertad e indemnidad sexual cometidos fuera del territorio español cuando no se cumpla con estos criterios:

“El procedimiento se dirija contra un español;

El procedimiento se dirija contra ciudadano extranjero que resida habitualmente en España;

El procedimiento se dirija contra una persona jurídica, empresa, organización, grupos o cualquier otra clase de entidades o agrupaciones de personas que tengan su sede o domicilio social en España; o,

El delito se hubiera cometido contra una víctima que, en el momento de comisión de los hechos, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España”. (Art. único, LO 1/2014).

Tras esta modificación, la MGF como tal, ya no es nominada expresamente como tipo penal para su persecución por la jurisdicción española. Así pues, desde entonces, su asunción, se acoge al **Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011 sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica** (entró en vigor el 1 de agosto 2014), el cual contempla como delito todas las formas de violencia contra la mujer: la violencia física, psicológica y sexual, incluida la violación; la mutilación genital femenina, el matrimonio forzado, el acoso, el aborto forzado y la esterilización forzada (art. 36-39)¹⁰. Además, se establece la obligación de los Estados para establecer su competencia jurisdiccional en determinados supuestos.

No obstante, para la persecución de los delitos que contempla el Convenio, la ley española, desde que se aprobó la nueva **LO 1/2014, de 13 de marzo**, impide la persecución del

¹⁰ El artículo 38 del Convenio del Consejo de Europa de 11 de mayo de 2011 relativo a la MGF establece:

“Artículo 38 – Mutilaciones genitales femeninas

Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para tipificar como delito, cuando se cometa de modo intencionado:

a) la escisión, infibulación o cualquier otra mutilación de la totalidad o parte de los labios mayores, labios menores o clítoris de una mujer;

b) el hecho de obligar a una mujer a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin;

c) el hecho de incitar u obligar a una niña a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin.”

delito en el caso de que la niña, antes de viajar a España y adquirir la nacionalidad española, haya sido mutilada en su país de origen¹¹. Vemos algunos ejemplos tras la reforma:

- En el caso de una niña residente en España que viajase al país de origen y se le practicase la MGF, se continuaría aplicando la extraterritorialidad, ya que la víctima estaría residiendo en España (*Art. único, 3l, LO 1/2014*).

- Si se imputa a los padres de la niña y estos residen en España o tienen nacionalidad española, también se los inculparía (*Art. único, 1l, 2l, LO 1/2014*)

- Si se trata del caso de una familia de un país practicante de MGF con nacionalidad española en el que la niña viaja a ese país y vuelve mutilada, si el autor no está en España, no podría ser juzgado. Si la niña está en el país de origen, la quieren mutilar y ella se niega, puede acudir al consulado español como ciudadana española.

- En el caso de una niña reagrupada que llega mutilada a España, se duda que se pueda juzgar el delito, ya que esta niña no era residente en España en el momento de los hechos.

Por otra parte, puesto que la MGF se practica generalmente a menores de edad, cabe destacar la legislación en relación a los mismos. La **LO 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor** (modificada por la Ley 26/2015, de 28 de julio) señala como principios rectores de la actuación de las Administraciones públicas la protección de las menores frente a la MGF:

La protección del menor por los poderes públicos se realizará mediante la prevención y reparación de situaciones de riesgo, con el establecimiento de los servicios adecuados para tal fin, el ejercicio de la guarda, y, en los casos de desamparo, la asunción de la tutela por ministerio de la Ley (Art 12.1, LO 1/1996).

Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función, detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise (Art. 13.1, LO 1/1996).

Las autoridades y servicios públicos tienen obligación de prestar la atención inmediata que precise cualquier menor, de actuar si corresponde a su ámbito de competencias o de dar traslado en otro caso al órgano competente y de poner los hechos en conocimiento de los representantes legales del menor, o cuando sea necesario, del Ministerio Fiscal (Art. 14, LO 1/1996).

¹¹ Véase Vallejo Peña, C. (2014). Mutilación genital femenina: violencia de género con nuevas trabas para su persecución en España. Revista Estudios Jurídicos. Segunda Época, (14). Recuperado a partir de <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rej/article/view/2134>

La **Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia**, establece que serán principios rectores de la actuación de los poderes públicos en relación con los menores, y en concreto establece:

“La protección contra toda forma de violencia, incluido el maltrato físico o psicológico, los castigos físicos humillantes y denigrantes, el descuido o trato negligente, la explotación, la realizada a través de las nuevas tecnologías, los abusos sexuales, la corrupción, la violencia de género o en el ámbito familiar, sanitario, social o educativo, incluyendo el acoso escolar, así como la trata y el tráfico de seres humanos, la mutilación genital femenina y cualquier otra forma de abuso” (Art. 11, 2, Ley 26/2015).

Así pues, en España, el personal sanitario tiene la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo.

En el caso de la Comunidad Valenciana, la **Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de la Generalitat, de Salud de la Comunidad Valenciana**, en su art. 56 titulado “Derecho a la promoción de la salud y a la prevención de enfermedades y situaciones de riesgo en los menores” establece que:

“Para detectar de forma precoz los factores de riesgo socio-familiares, los titulares de los centros sanitarios, tanto públicos como privados, y sus profesionales sanitarios y sociales tienen la obligación de poner en conocimiento y denunciar ante las administraciones públicas competentes aquellos casos que puedan suponer la existencia de malos tratos o una situación de desprotección, riesgo o desamparo en la que se encuentre un menor, así como el deber de colaborar con las entidades públicas competentes en materia de protección de menores en el ejercicio de la función protectora de éstos. A fin de facilitar la prevención, detección y actuación ante estas situaciones y ante el caso de embarazadas con riesgo social, las distintas administraciones y departamentos con competencias en la materia actuarán de manera coordinada mediante los mecanismos de colaboración establecidos a tal efecto” (Art 56, Ley 10/2014).

A nivel autonómico, únicamente dos comunidades autónomas, Cataluña y la Comunidad Valenciana, han incluido referencias a la MGF en sus normas propias de protección a la infancia y Aragón, Cantabria, la Comunidad de Madrid, la Comunidad Valenciana, Cataluña, Islas Canarias, Murcia, Navarra y La Rioja han incorporado referencias a la MGF en sus normas autonómicas en materia de igualdad de oportunidades y de violencia contra las mujeres.

La **Ley de la Comunidad Valenciana 12/2008, de 3 de julio, de protección integral de la infancia y la adolescencia** (última modificación Ley de la Comunidad Valenciana 26/2018, de 21 de diciembre) dispone que:

“Los poderes públicos adoptarán las medidas necesarias para protegerlos de cualquier forma de violencia, incluido el maltrato físico o psicológico, los castigos físicos humillantes y denigrantes, el descuido o trato negligente, la explotación, la ejercida a través de las nuevas

tecnologías, los abusos sexuales, la corrupción, la violencia de género o en el ámbito familiar, sanitario, social o educativo, incluyendo el acoso escolar, así como la trata y el tráfico de seres humanos, la mutilación genital y cualquier otra forma de abuso, así como los actos de omisión producidos por las personas que deban ser garantes de su protección” (Art. 9, Ley de la CV 26/2018).

También en la Comunidad Valenciana **la Ley 7/2012, de 23 de noviembre, integral contra la violencia sobre la mujer en el ámbito de la Comunitat Valenciana** enmarca la MGF como una de las manifestaciones de violencia sobre la mujer, integrando a las mujeres que *“han sido expuestas a mutilación genital”* en las medidas de protección frente a la violencia contra la mujer establecidas en el marco de la norma.

Por otro lado, posteriormente se publicó **la Orden 1/2016, de 19 de mayo, de la Vicepresidencia y Conselleria de Igualdad y Políticas Inclusivas y de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública**, por la que se regulan las medidas de colaboración y coordinación sociosanitaria en el ámbito de la protección integral del menor y se aprueba la nueva hoja de notificación para la atención sociosanitaria infantil y la protección de menores.

JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO

Aunque se desconoce con exactitud la tasa de MGF a nivel global, se estima que al menos 200 millones de mujeres y niñas en 30 países han sido sometidas MGF (UNICEF, 2016). Además, se estima que 3 millones de niñas están en riesgo de ser sometidas a esta práctica cada año (UNICEF, 2016) y unos 68 millones de niñas serán sometidas a MGF entre 2015 y 2030 si no se intensifica la acción en contra de esta práctica (UNFPA-UNICEF, 2017).

Así pues, aunque la práctica originariamente sea característica de determinadas zonas, este fenómeno local se ha globalizado extendiéndose por todo el mundo a través de los diferentes movimientos migratorios. Para los profesionales de la salud, de la educación y para los servicios sociales, este hecho, ha supuesto descubrir realidades culturales diferentes y afrontar nuevos retos asistenciales (Adams, 2004; Lofvander, 2002), en el marco de complejos procesos de aculturación e integración social de estos colectivos (Kaplan, 1998).

Según el mapa de la MGF en España elaborado por Kaplan Marcusán y López Gay (2017), en 2016 residían en España 242.664 personas originarias de países afectados por la MGF, de las cuales 69.086 eran mujeres y niñas. En la Comunidad Valenciana, Kaplan Marcusán y López Gay (2017) tras trabajar los datos del padrón continuo de 2016 estimaron que en la Comunidad Valenciana residían 20.019 personas procedentes de países donde la MGF es llevada a cabo. De

estas, 5.748 eran mujeres y 1.501 niñas entre 0 y 14 años, situando a la Comunidad Valenciana en el cuarta comunidad autónoma española con mayor población.

En España, la MGF está tipificada como delito de lesiones desde 2003 en el Código Penal de 1995 (art. 149) y castigada con pena de prisión de 6 a 12 años e inhabilitación de la patria potestad en el caso de menores (Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio). En el año 2005, se aprobó la normativa que permitía la persecución extraterritorial de la MGF, y aunque en 2014 se llevara a cabo una reforma restrictiva de la justicia universal (Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo), los delitos de violencia contra las mujeres siguen siendo perseguidos si la mujer superviviente de una MGF tiene nacionalidad española y siempre que la persona a la que se le imputó comisión del hecho delictivo se encuentre en nuestro país.

No obstante, a pesar de que el avance legislativo es un paso importante en la erradicación de esta práctica, sigue siendo insuficiente y se deben diseñar e implantar estrategias de transformación social y cultural, más allá de prohibiciones penales y jurídicas. Ya en el año 2006, Kaplan, Torán, Bermúdez y Castany, alentaban a la utilización del código penal como último recurso y mostraban una fuerte apuesta por la prevención.

Las voces en todo el mundo pidiendo que se ponga fin a la MGF están cobrando fuerza. Bajo el liderazgo del Grupo Africano y con un fuerte apoyo de la Unión Europea, la Asamblea General de las Naciones Unidas adoptó una Resolución trascendental en 2012: *«Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina»*. Posteriormente, el Consejo de la Unión Europea en 2014 establece las conclusiones para la *"Prevención y lucha contra todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, incluida la mutilación genital femenina"* siguiendo las directrices de la Asamblea General de las Naciones Unidas.

En su informe, el Consejo de la Unión Europea, entre las conclusiones desarrolladas, pide a la Comisión y a los Estados a:

- Elaborar y aplicar, y seguir mejorando en caso de que ya existan, planes de acción, programas o estrategias generales multidisciplinares y multiinstitucionales coordinadas según corresponda para prevenir y luchar contra todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas.
- Desarrollar programas de apoyo adecuados destinados a las víctimas en situaciones vulnerables, así como intervenciones adecuadas dirigidas a los autores de violencia contra las mujeres con el objetivo de prevenir futuros actos de violencia

- La prevención de la MGF en todos los sectores, especialmente en el de la salud, incluida la salud sexual y reproductiva, el trabajo social, el asilo, la educación, incluida la educación sexual, la aplicación de la ley, la justicia, la protección de la infancia y los medios de comunicación.
- La formación básica sobre la MGF y otras prácticas nocivas para las niñas en los programas educativos de aquellas disciplinas que desempeñan un papel fundamental en su prevención.
- La creación de redes y de estrategias integradas para la prevención de la MGF, incluidas la formación de trabajadores sociales, de personal médico, de dirigentes de la comunidad o religiosos, y de funcionarios de policía y de la justicia, entre otras.
- Promover una formación adecuada a todos los profesionales interesados para hacer frente a la MGF, garantizar un acceso de las mujeres y las niñas a servicios de apoyo especializados, incluidos unos servicios sanitarios y, en su caso, sociales adaptados a sus necesidades, y elaborar medidas para prevenir la mutilación genital femenina en estrecha cooperación con las comunidades en las que se realizan estas prácticas
- Recoger y divulgar datos fiables, comparables y actualizados periódicamente sobre la prevalencia de la mutilación genital femenina a escala de la UE, así como a escala nacional.

Así pues, en esta línea, observamos como existen diferentes ámbitos implicados en la prevención de la MGF, y cómo todos ellos deben estar involucrados para la prevención y erradicación de la práctica de la MGF. En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015) hace hincapié en que las actuaciones de los profesionales sociosanitarios, educadores y cuerpos y fuerzas de seguridad se deben realizar desde una perspectiva integral, multi e interdisciplinar, con la finalidad de procurar una coordinación de acciones y garantizar la continuidad de cuidados a la persona sometida a MGF y a la familia. Por otro lado, autoras como Kaplan y Bedoya (2004), también coinciden en que el/la profesional mejor situado/a para identificar factores de riesgo e impedir la MGF en las niñas, se corresponde con quien actúa en los sistemas: sanitario, educativo, social y comunitario. Estas autoras se refieren a ellos/as como personal de primera línea.

Los y las profesionales de la salud tienen un papel vital en romper el ciclo generacional de la MGF. Cuando una mujer es identificada como sometida a MGF o es de un país donde se practica la MGF, entonces sus hijas, futuras hijas, hermanas menores y otros los miembros femeninos más jóvenes de la familia deben considerarse en riesgo y preventivos medidas implementadas. Pero en la actualidad no existe un enfoque coherente para identificar el riesgo

niñas y vigilándolas durante toda su infancia. Este proceso debería comenzar incluso antes de que nazca la niña.

En Reino Unido (Social Care, Local Government and Care Partnerships/Children, Families and Communities/Maternity and Starting well, 2016) es una recomendación que el estado de la MGF de la madre y sus intenciones hacia si someter a su niña a MGF sea una pregunta obligatoria en la primera visita prenatal realizada en la consulta de la matrona. De la misma manera, también se debe incluir en el informe de alta hospitalaria toda la información relevante a la MGF cuando corresponda, cuando se haya identificado la MGF o existan antecedentes familiares de MGF; antes, durante o después del nacimiento de un bebé. Tras el nacimiento de la niña, y una vez en los cuidados son centralizados en atención primaria (AP), el médico de AP debe actualizar esa información en los registros tanto de la madre como del recién nacido.

Actualmente, la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) cuenta con el diagnóstico médico “Estado de mutilación genital femenina” (N90.81), así como los específicos en función de la tipología: “Estado de mutilación genital femenina, no especificado” (N90.810), “Estado de mutilación genital femenina, tipo I” (N90.811), “Estado de mutilación genital femenina, tipo II” (N90.812), “Estado de mutilación genital femenina, tipo III” (N90.813) y “Otros estados de mutilación genital femenina” (N90.818) donde se incluye el “Estado de ablación genital femenina, tipo IV” y “Otros estados de ablación genital femenina”.

De la misma manera, la NANDA-I en su sexta edición (2018-2020) incluye el diagnóstico enfermero “Riesgo de mutilación genital femenina” (00272).

Por tanto, los y las profesionales sanitarios/as, y en particular aquellos/as que trabajan en la AP de salud y los servicios sociales, por su cercanía a la población, y su accesibilidad a la misma son un colectivo privilegiado para la detección, intervención y prevención de la MGF (Kaplan et al., 2006). Además, para abordaje de la MGF es imprescindible una tarea interdisciplinar y tanto médicos/as de AP, enfermeros/as, matrones/as, pediatras, trabajadores/as sociales, ginecólogos/as, psicólogos/as y otros colectivos deben estar coordinados. La prevención debe ser una línea estratégica prioritaria para la erradicación de la violencia contra las niñas y mujeres dirigida por un lado a “informar-sensibilizar” a la población/familias para facilitar un cambio de actitud hacia la MGF y a “anticipar” detectando los posibles casos de riesgo.

Las escuelas tienen un doble papel importante en la lucha contra la MGF, primero identificando víctimas potenciales o reales, y en segundo lugar, creando conciencia sobre la práctica entre el alumnado. Con respecto a los primeros, los maestros, particularmente en las escuelas primarias, pueden ser los primeros en darse cuenta de que una niña de un país que

practica la MGF va a partir de vacaciones a su país de origen. Además, durante el largo periodo lectivo, el profesorado puede identificar niñas en riesgo de ser sometidas a MGF ante un viaje inminente a sus países de origen o incluso detectar cambios de carácter, de comportamiento en las niñas tanto previamente al viaje como ausencias posteriores y otros indicadores de sospecha de MGF tras las vacaciones. En estas situaciones debe ser el deber de la escuela hacer ponerse en contacto con los servicios sociales y la policía, de la misma manera que sucedería con otras formas de abuso infantil (Home Affairs Committee, 2015). Además, desde las escuelas pueden generar ese vínculo de confianza con el alumnado e incluso con sus familias.

Así pues, los docentes son los que tienen más interacción regular y continua con jóvenes fuera de sus hogares. Se encuentran en una posición privilegiada para detectar las señales de advertencia de que una niña puede estar en riesgo de MGF, o de que ya haya sido sometida al procedimiento. Es vital que el personal escolar conozca estos indicadores y saber cuándo y cómo debe actuar en estos casos. Desde 2014, en Reino Unido, la formación sobre MGF es obligatoria tanto a las direcciones como a los maestros/as de los centros (Home Affairs Committee, 2015).

Por otro lado, los/as agentes de policía también tiene un doble papel importante que desempeñar en la lucha contra la MGF; primero trabajando con servicios sociales de protección al menor y otras agencias para proteger a los niños en riesgo, y en segundo lugar, investigando dónde pudo haber tenido lugar un delito. Así pues, los oficiales también deben recibir formación para la capacitación para responder adecuadamente a estas necesidades.

Por tanto, la mejor estrategia para el abordaje de la MGF es la coordinación entre los diferentes sectores implicados. Sin embargo, hasta ahora el foco de lucha contra la MGF se ha centrado en el ámbito sanitario, siendo parte fundamental para la prevención, la coordinación interdisciplinar con el resto de recursos sociales y educativos. En el momento en el que surgió la idea de esta investigación, en 2015, existían en España los siguientes protocolos de actuación:

En el ámbito nacional encontramos la primera y única iniciativa gubernamental a nivel nacional que es el “Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina”, aprobado en el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, en enero de 2015, de acuerdo con la Estrategia Nacional para la Erradicación de la violencia sobre la Mujer 2013-2016. A diferencia del resto de protocolos autonómicos este se centra solamente en el ámbito sanitario.

En el ámbito autonómico encontramos el “Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina”, de la Comunidad Autónoma de Cataluña de 2007; el “Protocolo

para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón,” de la Comunidad Autónoma de Aragón de 2011 y el “Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Navarra”, de la Comunidad Foral de Navarra de 2013.

Posteriormente, y simultáneamente a la realización de nuestro estudio otras comunidades autónomas publicaron sus respectivos protocolos, como el “Protocolo de prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Región de Murcia” en 2016, el “Protocolo de actuación sanitaria ante la MGF de la Comunidad Valenciana” publicado en noviembre de 2016, o el “Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina de Castilla-La Mancha” publicado en 2017.

En otras comunidades se publicaron también guías de actuación como la “Guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi” en 2016, la “Guía para la concienciación sobre mutilaciones genitales femeninas” de la Junta de Andalucía en 2016 o la “Guía de actuaciones sanitarias frente a la mutilación genital femenina en la Comunidad de Madrid” de 2017.

Tras realizar una revisión de la literatura existente en relación con el abordaje de la MGF en los diferentes sectores implicados, se observa una falta de evidencia en cuanto al conocimiento, actitudes y capacidades de los y las profesionales de los diferentes sectores en el abordaje de la MGF, y todavía más en nuestro ámbito territorial.

A nivel global, en una revisión sistemática realizada por Zurynski et al. en 2015 solo se encontraron 18 estudios desde 2000 a 2014 en relación a los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud, evidenciando la falta de investigación en relación al tema. La revisión sistemática remarcó la necesidad de disponer de recursos accesibles a los profesionales y guías de actuación basadas en la evidencia para facilitar un enfoque cultural y psicológico de los cuidados ofertados las mujeres y niñas que han sido mutiladas.

En España, y centrándonos en el área de la AP de salud, la bibliografía revisada señala que existe una carencia de conocimientos relacionados con el tema por parte de los profesionales sanitarios a pesar de ser una problemática presente en la práctica comunitaria (Kaplan y López, 2012; MSSSI, 2015).

Una encuesta (Moreno y Castany, 2002, citado en Kaplan et. al, 2006) realizada a profesionales de la salud en la comarca del Maresme (Barcelona) mostraba que el 56% de los encuestados no identificaba correctamente el tipo de MGF, el 17% no estaban interesados por el tema y su respuesta a la pregunta «¿Qué harías ante un caso de MGF? fue «ignorarla». El 21% del personal del programa de atención a la salud sexual y reproductiva, el 7% de los

pediatras y el 5% de los profesionales de medicina general declararon haber detectado o conocido algún caso, tanto en las madres como en sus hijas.

Kaplan-Marcusan et al. (2009), en un estudio realizado entre 2001-2004 en Cataluña, demostraron la existencia de esta realidad social en los centros de atención primaria, donde al menos un 16% de los profesionales habían detectado casos de mujeres que la habían sufrido. Sin embargo, el grado de conocimientos de los profesionales sobre el tema era bajo, donde menos de la mitad de los encuestados conocían los diferentes tipos de MGF y los países de origen de la práctica.

León-Larios y Casado-Mejía (2014), en otro estudio similar, realizado con 80 matronas de atención primaria de salud de la provincia de Sevilla, destacan la necesidad de la formación en la materia, debido al vacío de conocimientos detectado. Las matronas no conocían los protocolos de actuación las guías de actuación, ni la legislación vigente. Además, las encuestadas tenían percepción de conocimiento del fenómeno en cuanto a definición, países donde se practica y motivos para la práctica que no se correspondía con las respuestas aportadas.

En la Comunidad Valenciana sólo encontramos un estudio similar realizado por García y Sánchez (2013). Éste se llevó a cabo en la provincia de Valencia y se encuestaron 110 profesionales (ginecólogos, pediatras y matronas) tanto de atención primaria como de atención especializada pública y privada. En este estudio se evidenció que los conocimientos de los pediatras, matronas y ginecólogos no eran suficientes para responder con eficacia a los retos que implica la MGF.

Por otro lado, no se han hallado estudios en cuanto a los conocimientos, actitudes y prácticas sobre MGF en Europa en el colectivo docente tras realizar una exhaustiva revisión de la literatura en bases multidisciplinares como Dialnet, Latindex o el CSIC y en otras específicas de las ciencias educativas como EIPPEE (Educational Evidence Portal), ERIC (Education Resources Information Center) y REDINED. Estudios realizados en Nigeria (Adeniran, 2015) y Egipto (Khalil y Orabi, 2017) quedan muy fuera del contexto de nuestra investigación y se han dedido no incluir. Tampoco se han hallados estudios realizados en cuerpos y fuerzas de seguridad, siendo nuestro estudio el primero en estudiar los conocimientos, actitudes y prácticas del cuerpo policial sobre MGF.

Vemos por tanto que existe una necesidad de observación, estudio y análisis de la MGF tanto en Europa, en España, como en nuestro territorio autonómico. Así pues, ya en 2000, diferentes ONGs y organismos internacionales establecieron, desde el Centro Internacional de Salud Reproductiva, cuatro áreas de priorización para futuras investigaciones en el contexto

europeo (Leye, 2000): mapeo de la MGF en Europa, investigación sobre los determinantes conductuales (participación masculina, búsqueda de salud/recursos sanitarios, actitudes de niñas y adolescentes, presión social, contexto europeo e influencia del cambio de actitudes, etc.), investigación en profesionales que afrontan la MGF en Europa (conocimientos, actitudes y prácticas en profesionales sociosanitarios, educación y policía) y comunicación y MGF (Denniston, Hodges y Milos, 2001).

Actualmente existe un mapa de la MGF en España y por comunidades autónomas realizado por Kaplan Marcusán y López Gay (2017) por lo que esta investigación se ha focalizado en el estudio sobre profesionales y en los determinantes conductuales. Por tanto, descubriendo la base de conocimientos, actitudes y prácticas de nuestros profesionales sobre la MGF y escuchando la voz de la experiencia de mujeres y hombres que han crecido en comunidades procedentes de países y comunidades afectadas por la MGF, podemos aproximarnos y entender la situación actual de la MGF en nuestra comunidad. Como vemos, esta línea de investigación es amplia y poco explorada y dará lugar a un mayor entendimiento de las mejoras necesarias de los diferentes estamentos públicos para la detección precoz, prevención, seguimiento e intervención en mujeres y niñas sometidas a MGF o en riesgo de serlo.

Escenario de la MGF en España

Si bien en España se detectaron algunos casos de MGF practicados en Cataluña en el año 1993 y posteriormente en Palma de Mallorca en 1996, no existen pruebas fehacientes de que se hayan realizado más mutilaciones en nuestro país. No obstante, sí se han detectado casos de mujeres inmigrantes que han sido sometidas a la MGF, especialmente en Cataluña y Andalucía (Kaplan y López, 2013, 2017; MSSI, 2015). Así pues, en España, podemos encontrar diferentes escenarios en relación con la MGF:

- Mujeres que llegan a España con la MGF practicada.
- Niñas que llegan a España con la MGF practicada.
- Niñas nacidas en España, a las que se realiza la MGF durante un viaje de vacaciones al país de origen de sus padres. Puede existir o no consentimiento de los padres.
- Niñas nacidas en España, que se desplazan durante largas temporadas al país de origen de sus padres y regresan al país de destino migratorio con la MGF practicada, generalmente por sus abuelas, con o sin consentimiento de los padres.

- Niñas nacidas en España, a las que se realiza la MGF en España o en otros países europeos. Familias en las que alguna de las hijas tiene una MGF practicada y otras no. Suelen ser niñas nacidas en origen que han venido por reagrupación familiar, con hermanas nacidas en España a las que sus padres, a partir de un trabajo de sensibilización, deciden no someter a esta práctica.
- Niñas adoptadas que llegan a España con la MGF practicada.

Existen diferentes mecanismos de detección, intervención y prevención de la MGF. Inicialmente habrá que distinguir entre la detección de la MGF en una niña o mujer adulta a la que ya se le ha realizado la práctica de la detección de los factores de riesgo de MGF en niñas y jóvenes menores de 18 años.

Para reconocer si una menor está en riesgo de ser sometida a la MGF los diferentes colectivos profesionales previamente mencionados tienen la obligación legal y moral de conocer cuáles son los indicadores de riesgo de MGF. Estos indicadores no se suelen dar de manera aislada, normalmente se presentan dos o más a la vez cuando una niña está en riesgo. Se muestran a continuación los diferentes indicadores de riesgo, de riesgo inminente, así como los signos de sospecha de realización de la MGF (MSSSI, 2015; Consellería de Sanitat i Salut Pública, 2016; Kaplan y Nuño, 2017).

Indicadores de riesgo de MGF

- La menor es de una comunidad practicante de MGF.
- La posición de la familia y el nivel de integración de esta en la sociedad de Valencia.
- Pertenecer a una familia que planea regresar a su país de origen.
- Pertenecer a una familia donde la madre, la hermana u otras mujeres han sido sometidas a la MGF.
- Discurso de la familia a favor de la MGF
- La edad de la niña, a pesar de variar entre comunidades, en la mayoría de los casos se realiza entre las edad de 4 a 10.
- Si la menor ha sido apartada de la educación sanitaria y sexual, se considera que la familia puede estar evitando que la menor aprenda sobre los derechos y la integridad corporal.

Indicadores de riesgo de MGF inminente

- Viaje planeado al país de origen.
- La visita de un miembro de la familia proveniente del país de origen, especialmente si es mujer de avanzada edad.
- La niña informa de las previsiones de la familia sobre la práctica de la MGF.

Signos de sospecha de MGF

- Cambios en el humor y comportamiento de la menor al regresar de una ausencia prolongada del colegio o vacaciones.
- La menor se niega a realizar esfuerzos físicos.
- La niña se muestra retraída y tiene falta de interés en las actividades.
- La menor puede tener dificultades andando, sentándose o estando de pie.
- Signos de anemia (palidez, fatiga).
- Dificultad menstruando o orinando, pasa más tiempo del habitual en el aseo o fuera de clase.
- Repetida ausencia del colegio.
- La menor es reticente a acudir a exámenes médicos.
- La niña puede pedir ayuda o comunicar su situación, pero hay que tener en cuenta que la niña puede que no sepa lo que la MGF es o que ha sido sometida a ella.

OBJETIVOS

1. Describir los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los profesionales de la salud, la educación y los cuerpos de seguridad en relación con la MGF.
2. Conocer las experiencias y conocimientos en relación a la práctica de la MGF de mujeres y hombres procedentes de países donde esta práctica es realizada.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Profesionales

1. Describir el grado de conocimiento de los profesionales identificando tipología de MGF, países de prevalencia y razones por las que se realiza.
2. Identificar el grado de conocimiento de los profesionales en cuanto a la legislación vigente en España y protocolos de actuación de organismos oficiales.
3. Conocer la actuación de los profesionales ante casos de MGF.
4. Conocer la capacidad de los profesionales para la detección de casos de riesgo y su posible actuación ante estos.
5. Detectar posible áreas de mejora para el abordaje de la MGF en la Comunidad Valenciana.

Población procedente de países practicantes de MGF

1. Explorar la percepción de las mujeres sobre las consecuencias y complicaciones asociadas a la práctica de la MGF.
2. Explorar la percepción de las mujeres sobre la repercusión social de la MGF.
3. Analizar los factores que contribuyen a la perpetuación y mantenimiento de la MGF.
4. Explorar las actitudes hacia el abandono o la continuidad de la práctica de la MGF.
5. Identificar la perspectiva de los hombres sobre la MGF que ayude a entender que factores culturales favorecen la continuación de esta práctica.
6. Detectar posibles áreas de mejora de las instituciones implicadas en el abordaje de la MGF en la Comunidad Valencia.

CAPÍTULO II. ASPECTOS METODOLÓGICOS

DISEÑO MULTIMÉTODO

El presente estudio integra metodología cuantitativa y cualitativa, utilizando un modelo mixto concurrente. La meta de la investigación mixta no es reemplazar a la investigación cuantitativa ni a la investigación cualitativa, sino utilizar las fortalezas de ambos tipos de indagación combinándolas y tratando de minimizar sus debilidades potenciales (Hernández Samperi y Mendoza, 2008). Los métodos de investigación mixta son la integración sistemática de los métodos cuantitativo y cualitativo en un solo estudio con el fin de obtener una “fotografía” más completa del fenómeno (Johnson et al., 2006). Lincoln y Guba (2000) lo llamaron “cruce de enfoques”.

Para Ridenour y Newman (2008) no existe la completa o total objetividad, así como tampoco es fácil imaginar la completa o total subjetividad. El ser humano procede de ambas formas, así es su naturaleza y así actuamos desde que nacemos; por ello, los métodos mixtos son más consistentes con nuestra estructura mental y comportamiento habitual. En esta línea, la complejidad del fenómeno de la MGF hace que el enfoque único resulte insuficiente. Además, la investigación hoy en día necesita de un trabajo multidisciplinario, lo cual contribuye a que se realice en equipos integrados por personas con intereses y aproximaciones metodológicas diversas, que refuerza la necesidad de usar diseños multimodales (Creswell, 2014). El enfoque mixto ofrece varios beneficios, que se muestran a continuación:

- Lograr una perspectiva más amplia y profunda del fenómeno. Nuestra percepción de éste resulta más integral, completa y holística (Newman et al., 2002).
- Producir datos más "ricos" y variados mediante la multiplicidad de observaciones, ya que se consideran diversas fuentes y tipos de datos, contextos o ambientes y análisis. Se rompe con la investigación "uniforme" (Todd, Nerlich y Mc Keown, 2004).
- Formular el planteamiento del problema con mayor claridad, así como las maneras más apropiadas para estudiar y teorizar los problemas de investigación (Brannen, 1992).

En la perspectiva mixta se aprovechan dentro de una misma investigación datos cuantitativos y cualitativos; y debido a que todas las formas de recolección de datos tienen sus limitaciones, el uso de un diseño mixto puede minimizar e incluso neutralizar algunas de las desventajas de ciertos métodos (Cresswell et al., 2008). Basándonos en las justificaciones sugeridas por Bryman (1992) las pretensiones del enfoque mixto en nuestro estudio serían:

- Complementación: obtener una visión más comprensiva sobre el planteamiento si se emplean ambos métodos.

- **Visión holística:** obtener un abordaje más completo e integral del fenómeno estudiado usando información cualitativa y cuantitativa.
- **Multiplicidad:** responder a diferentes preguntas de investigación.
- **Expansión:** extender la amplitud y el rango de la indagación usando diferentes métodos para distintas etapas del proceso investigativo. Un método puede expandir o ampliar el conocimiento obtenido en el otro.
- **Compensación:** un método puede visualizar elementos que el otro no, las debilidades de cada uno puede ser subsanadas por su "contraparte".
- **Diversidad:** obtener puntos de vista variados, incluso divergentes, del fenómeno o planteamiento bajo estudio. Distintas ópticas ("lentes") para estudiar el problema.
- **Utilidad:** mayor potencial de uso y aplicación de un estudio.

La ejecución de ambos métodos de forma concurrente implica necesariamente que los datos cuantitativos y cualitativos se recaben en paralelo y de forma separada, que ni el análisis de los datos cuantitativos ni el análisis de los datos cualitativo se construya sobre la base del otro análisis, que los resultados de ambos tipos de análisis no sean consolidados en la fase de interpretación de los datos de cada método sino hasta que ambos conjuntos de datos han sido recolectados y analizados de manera separada, y que, después de la recolección e interpretación de los datos de los componentes cuantitativos y cualitativos, se efectúe una o varias "metainferencias" que integren las conclusiones de los datos y resultados cuantitativos y cualitativos realizadas de manera independiente (Onwuegbuzie y Johnson , 2008).

Por tanto, este estudio se ha desarrollado en dos fases simultáneas que dan respuesta a los objetivos de la investigación descritos en el apartado anterior. En cada una de las fases de la investigación se ha llevado a cabo una metodología diferente y es por esta razón por la que se ha optado por la estructuración del presente capítulo por fases o bloques de la investigación:

Fase 1. Conocimientos, actitudes y prácticas de los y las profesionales en relación a la MGF.

En esta fase se tratará de dar respuesta al objetivo general:

- Describir los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los profesionales de la salud, la educación y los cuerpos y fuerzas de seguridad en relación con la MGF.

Fase 2. Experiencias relatadas por mujeres y hombres procedentes de países donde se realiza la MGF.

En esta fase se tratará de dar respuesta al objetivo general:

- Conocer las experiencias y conocimientos en relación con la práctica de la MGF de población procedente de países practicantes de MGF.

FASE 1. CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS Y LAS PROFESIONALES EN RELACIÓN CON LA MGF

TIPO DE DISEÑO

Se realizó un estudio observacional descriptivo transversal basado en un cuestionario dirigido a diferentes colectivos profesionales tanto de la sanidad y educación pública, como de los cuerpos de seguridad. Se seleccionó este conjunto de profesionales por su situación “privilegiada” de actuación más próxima y potencialmente con mayor implicación en la atención de mujeres y/o niñas mutiladas o en riesgo de MGF fundamentalmente, aunque también de sus familias.

POBLACIÓN A ESTUDIO

La población a estudio se dividió en tres grupos profesionales: sociosanitarios, educadores y profesionales de los cuerpos y fuerzas de seguridad.

En cuanto a los profesionales sociosanitarios se incluyeron médicos/as de atención primaria (AP), ginecólogos/as, pediatras, enfermeros/as, comadrones/as, trabajadores/as sociales, farmacéuticos/as y psicólogos/as del área de AP del Departamento de Salud Valencia-Clínico-Malva-rosa de la ciudad de Valencia.

En el grupo de educadores, se seleccionaron maestras y maestros de Centros Escolares de Educación Infantil y Primaria (CEIP) y profesoras y profesores de Institutos de Educación Secundaria (IES) pertenecientes a la misma área geográfica y territorial que el Departamento de Salud València-Clínica-La Malva-rosa de la ciudad de Valencia.

Finalmente, en el tercer grupo se seleccionaron diferentes profesionales de los cuerpos y fuerzas de seguridad, policía local, pertenecientes al distrito nº 5 de la ciudad de Valencia.

Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Pertenecer al grupo de profesionales de AP dependientes de la Consellería de Sanidad Universal y Salud Pública.
- Pertenecer al cuerpo docente en instituciones y centros dependientes de la

Consellería de Educación de los centros adscritos al territorio.

- Pertener al cuerpo de la policía local dependiente de la Agencia Valenciana de Seguridad y Respuesta a las Emergencias.
- Tener cumplidos los 18 años de edad.
- Estar en situación laboral de activo.
- Acceder voluntariamente a la cumplimentación del cuestionario de valoración sobre conocimientos, actitudes y prácticas en relación con la MGF.

Criterios de exclusión

- Rechazar la participación voluntaria en el estudio.

Al definir criterios amplios de selección de los sujetos se buscó la generalización de los resultados tratando de definir una población de estudio más representativa de la diana, aun a costa de que esta fuera muy heterogénea y se dificultara la detección de un efecto. La estrategia de inclusión de los sujetos intentó garantizar que la muestra fuera representativa de la población de estudio.

Tipo de muestreo

Se llevó a cabo un muestreo no probabilístico intencional. Las muestras no probabilísticas se seleccionan en base a la apreciación de los investigadores/as en función de determinados objetivos analíticos propios y particulares (López-Roldan y Fachelli, 2015). Este tipo de muestreo se caracteriza por un esfuerzo deliberado de obtener muestras “representativas” mediante la inclusión en la muestra de grupos supuestamente típicos. Consiste en la selección consciente de los participantes que el investigador considera más apropiados para proporcionar información de calidad. Se ha escogido esta estrategia no probabilística por no disponer de un marco muestral adecuado (López-Roldan y Fachelli, 2015), en tanto que no se partió de la relación nominal de todos los profesionales para la selección aleatorizada de la muestra a estudiar.

Por tanto, se descartó el muestreo aleatorio simple o el sistemático, mediante encuestas por mail o cumplimentación en web, por no poder disponer del listado del conjunto de profesionales sociosanitarios ni un listado de los respectivos correos electrónicos (protección de

datos). Además, al no poder conocer con certeza el acceso al conjunto de profesionales mediante sus correos de uso habitual, se consideró que una forma de llegar a captar el máximo número de profesionales sería mediante la presentación del cuestionario personalmente.

Así pues, para intentar garantizar éxito en el reclutamiento, al solicitar la colaboración, se trató de presentar el tema y los objetivos de forma comprensible, así como la importancia de su participación, la institución que avala el proyecto, los beneficios y riesgos potenciales y las molestias que podría suponer.

De la misma forma que en el muestro de profesionales sociosanitarios, no se dispuso de un listado nominal del conjunto de personal docente ni del personal de los cuerpos y fuerzas de seguridad para la selección aleatorizada de la muestra a estudiar. Así pues, el muestreo empleado en estos dos grupos fue el no probabilístico intencional.

Procedencia de los participantes

Profesionales sociosanitarios

La Comunidad Valenciana está estructurada en 24 departamentos de salud (a fecha de 2017).¹² El Departamento de Salud Valencia-Clínico-Malvarrosa atiende a 340.481 habitantes (según tarjetas SIP a fecha 1 de enero de 2017) y para ello dispone de 16 zonas básicas, repartidas entre la ciudad de Valencia y los municipios de la comarca de l’Horta Nord; unidades de apoyo de atención primaria (centros de salud sexual y reproductiva, centros de odontología preventiva, unidad de atención temprana, unidades de conductas adictivas y unidades de salud mental), un centro de especialidades (Centro de Especialidades El Grao, si bien L’Horta Nord y Benimaclet también son atendidos, por proximidad, por el Centro de Especialidades de la calle Alboraya) y dos hospitales: el Hospital Clínico Universitario y el Hospital Malvarrosa. Además consta de un centro de Salud Pública.

En la **figura 14** puede observarse el marco geográfico del Departamento de Salud Valencia-Clínico-Malvarrosa y en las **tablas 5 y 6** se han enumerado las diferentes zonas básicas

¹² DECRET 224/2007, de 16 de novembre, del Consell, pel qual aprova el Mapa Sanitari de la Comunitat Valenciana i regula el procediment per a modificar-lo. [2007/13949] (DOGV núm. 5643 de 20.11.2007) Ref. Base de dades 014346/2007 y sus posteriores modificaciones:

RESOLUCIÓN de 15 de abril de 2009, del conseller de Sanitat, por la que se aprueba la modificación del Mapa Sanitario de la Comunitat Valenciana, relativa a la creación del nuevo Departamento de Salud l’Horta - Manises. [2009/4226]

RESOLUCIÓN de 10 de marzo de 2010, del conseller de Sanidad, por la que se aprueba la modificación del Mapa Sanitario de la Comunitat Valenciana relativa a la creación del nuevo departamento de salud Elche-Crevillent. [2010/5278]

con su población adscrita y centros de salud de referencia así como las diferentes unidades de apoyo de atención primaria existentes en el departamento.

La AP es la puerta de entrada al sistema sanitario, ofrece una atención longitudinal (seguimiento en el tiempo), integrada e integral, coordina los distintos niveles asistenciales y tiene entre sus funciones, la prevención y promoción de la salud, la atención a las familias y la orientación comunitaria.

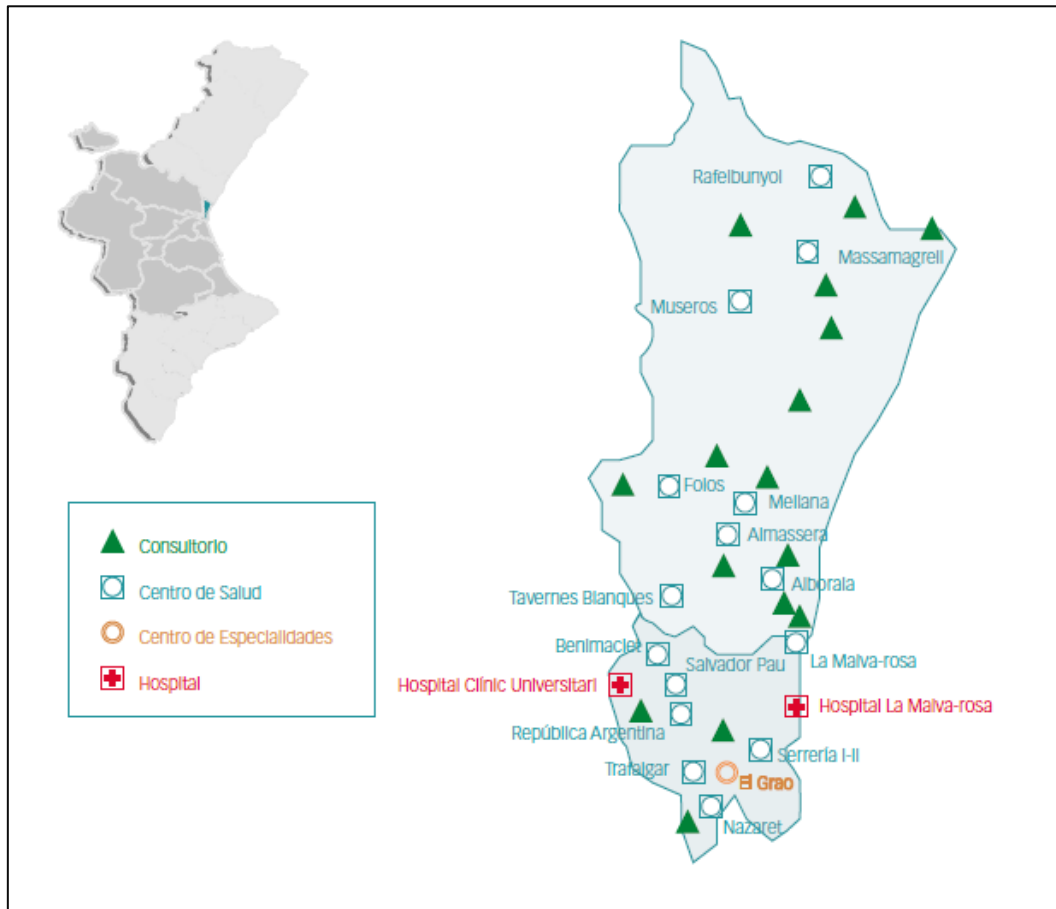


Fig. 14. Marco geográfico del Departamento de Salud València-Clínica-La Malva-rosa. Extraído de Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Memoria 2016. Departamento de Salud València-Clínica-La Malva-rosa. Depósito legal: V-365-2012.

La AP en el Departamento de Salud Valencia-Clinico-Malva-rosa está proporcionada por un equipo multidisciplinar (equipo de AP) constituido por 173 médicos y médicas de atención primaria, 168 enfermeros y enfermeras, 51 pediatras, 19 matronas, 11 trabajadores y trabajadoras sociales, dos ginecólogos, una farmacéutica de AP y un psicólogo clínico (datos a fecha de enero de 2017).

Este departamento sanitario atiende a 340.481 habitantes de los cuales 50.604 (14,86%) es población joven de 10 a 14 años, 226.820 (66,62%) habitantes de edad adulta entre 15 y 64 años y 63.057 (18,52%) personas mayores de 64 años. Si hacemos división por sexos encontramos que más de la mitad de la población son mujeres (51,86%; 139.776), de las cuales 24.749 pertenecen al grupo de edad comprendido entre el nacimiento y los 14 años y 115.027 al grupo de mujeres adultas hasta los 64 años.

Ámbito	Zona básica de salud	Población	Centros de Salud
Horta Nord	Alboraia	Alboraia	CS Alboraia
		Racó de Sant Llorenç	CA Racó Sant Llorenç
		Port Saplaya	CA Port Sa Playa
		Patacona	CA Patacona
	Almàssera	Almassera	CS Almassera
		Bon Repós	CA Bonrepos i Mirambel
	Foios	Foios	CS Foios
		Albalat dels Sorells	CA Albalat dels Sorells
		Vinalesa	CA Vinalesa
	Massamagrell	Massamagrell	CS Massamagrell
		Pobla de Farnals	CA Pobla de Farnals
		Pobla de Farnals (playa)	CA Pobla de Farnals/Playa
		Barri de la Magdalena (Massamagrell)	CA Barrio de la Magdalena
	Meliana	Meliana	CS Meliana
		Roca-Cúper	CA Roca Cuper
	Museros	Museros	CS Museros
		Albuixec	CA Albuixec
		Massalfasar	CA Massalfasar
	Rafelbuñol	Rafelbuñol	CS Rafelbuñol
	Tavernes Blanques	Tavernes Blanques	CS Tavernes Blanques
Benimaçlet	Benimaçlet	CS Benimaçlet	
Valencia	Salvador Pau	Salvador Pau	CS Salvador Pau
		Chile	CA Chile
	Serrería II	Serrería II	CS Serrería II
	República argentina	República Argentina	CS República Argentina
	Trafalgar	Trafalgar	CS Trafalgar
	Malvarrosa	Malvarrosa	CS Malvarrosa
	Serrería I	Serrería I	CS Serrería I
		Vicente Brull	CA Vicente Brull
	Nazaret	Nazaret	CS Nazaret
		La punta	CA La Punta

* CA: Consultorio auxiliar. CS: Centro de salud.

Tabla 5. Población y centros de salud de atención primaria del Departamento de Salud València Clínic-La Malva-rosa. Elaboración propia, 2017, adaptado de <http://clinicomalvarrosa.san.gva.es/>

Unidad de apoyo de Atención Primaria	Localización
Centro de Salud Sexual y Reproductiva	CSSYR Alboraiá
	CSSYR Massamagrell
	CSSYR Nazaret
	CSSYR Malvarrosa
Unidades de Conductas Adictivas	UCA Massamagrell
	UCA El Grao
Unidades de Salud Mental	USM Hospital Clínico
	USM Foios
	USM La Malva-rosa
	USM Infantil El Grao
Unidad de atención temprana	Nazaret
Unidad de Odontología Preventiva	Alboraiá
	La Malva-Rosa
	Nazaret

Tabla 6. Unidades de Apoyo de atención primaria del Departamento de Salud València-Clínico-Malva-rosa. Elaboración propia a partir de Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. Memoria 2016. Departamento de Salud València-Clínico-La Malva-rosa. Depósito legal: V-365-2012

Según el mapa de riesgo sanitario publicado por la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública en noviembre de 2016, el Departamento de Salud Valencia-Clínico-Malva-rosa pertenece a uno de los seis departamentos con un mayor número de niñas y mujeres en riesgo de sufrir MGF en la Comunidad Valenciana, acumulando entre los seis -Valencia-La Fe (770), Valencia-Hosp. General (662), Valencia-Dr.Peset (506), Alicante-Hospital General (464), Valencia-Clínico-Malvarrosa (370) y el departamento de Castellón (342)- el 57% del total de la población femenina. Así pues, el Departamento de Salud Valencia-Clínico-Malva-rosa ocupa el quinto lugar, con una estimación de 370 mujeres niñas y mujeres en riesgo de sufrir MGF.

Educadores/as

La estructura del sistema educativo de la ciudad de Valencia se divide en cuatro zonas básicas, las cuales a su vez, están subdivididas en áreas que abarcan los diferentes distritos de la ciudad (véase **figura 15**). Los distritos escolares enmarcados en el área geográfica del Departamento de Salud València-Clínico-La Malva-rosa son los correspondientes a las áreas 5, 7, 8 y 9 de la zona 2 (**tabla 7**).



Fig. 15. Estructura del Sistema Educativo. Distritos por zonas de la ciudad de Valencia. Extraído de la Conselleria d' Educació, Investigació, Cultura i Esport, 2016.

Área	Distrito y Centro Educativo	
8	Distrito XI-A Poblats Marítims	
	CEIP Ballester Fandos	
	CEIP Cavite - Isla de Hierro	
	CEIP Les Arenes	
	CEIP Malvarrosa	
	CEIP Vicente Blasco Ibañez	
9	Distrito XI-B Poblats Marítims y Distrito XII Camins al Grau	
	CEIP Ausias March	
	CEIP El Grau	
	CEIP San José de Calasanz	
	CEIP Juan Manuel Montoya	
7	Distrito XII Camins al Grau y Distrito XIII Algirós	
	CEIP Aiora	CEIP Mare Nostrum
	CEIP Tomás de Montañana	CEIP Serreria
	CEIP Antonio García López	CEIP Explorador Andrés
	CEIP Angelina Carnicer	CEIP Federico García Lorca
	CEIP El Grau	CEIP L'Amistad
	CEIP Jaime I	CEIP Nuestra Señora del Carmen
	CEIP Miquel Aldert i Noguerol	CEIP Vicente Gaos
	CEIP nº103	CEIP San Pedro
	CEI Les Rondalles	CEI Ciudad Jardín

	IES Ramón Llul	
	IES Cabanyal	
	IES Sorolla	
	IES Serpis	
5	Distrito VI Plà del Real y XIV Benimaclet	
	CEIP Mestalla	CEI San Pascual Baylón
	CEIP Primer Marqués del Turia	CEIP Carles Salvador
	CEIP San Fernando	CEIP Pare Catalá
	CEIP Villar Palasí	CM Benimaclet
	IES Benlliure	
	IES Ferrer y Guardia	
	IES Rascanya	

Tabla 7. Listado de centros educativos por distrito escolar y área geográfica.

Elaboración propia a partir de Generalitat Valenciana. Conselleria d'Educació, Investigació, Cultura i Esport. Direcció Territorial d'Educació, Investigació, Cultura i Esport. 2016. Recuperado de: [https://www.valencia.es/ayuntamiento/educacion.nsf/0/C05208E1F41124D3C1257FA90042A2A7/\\$FILE/2016-Resoluci%C3%B3n%20zonificaci%C3%B3n%20%20C3%A1reas%20influencia%20-%20Valencia-1.pdf?OpenElement&lang=1](https://www.valencia.es/ayuntamiento/educacion.nsf/0/C05208E1F41124D3C1257FA90042A2A7/$FILE/2016-Resoluci%C3%B3n%20zonificaci%C3%B3n%20%20C3%A1reas%20influencia%20-%20Valencia-1.pdf?OpenElement&lang=1); y a partir del Ayuntamiento de Valencia. Bienestar social, Educación y Deporte. Recuperado de: https://www.valencia.es/ayuntamiento/infocidad_accesible.nsf/vListadoCategoriasWeb/95FB88E29B4D864AC12572C200225573?OpenDocument&bdOrigen=ayuntamiento/educacion.nsf&idapoyo=9D9A87D03065BB8BC12572D1004649C4&nivel=4_1&lang=1

Cuerpos y fuerzas de seguridad

Según los datos facilitados desde la unidad de distrito número 5 de la ciudad de Valencia, en 2017 existían siete unidades de distrito en la ciudad de Valencia, las cuales contaban un total de 1354 agentes de policía local, distribuidos tal y como se muestra en la **tabla 8**.

Se encuestó a policías pertenecientes a los grupos de patrulla y barrios-pedanía de la unidad de distrito número 5, así como los diferentes profesionales pertenecientes al cuerpo especial denominado Grupo de Atención a los Malos Tratos (GAMA). Éste cuerpo especial, posee trece agentes dedicados en exclusiva (pertenecen al grupo de área técnica) y un grupo de 28 policías (de patrullas y barrios) con labores de apoyo puntual al grupo.

El grupo GAMA atiende a las víctimas de violencia de género en todas las unidades de distritos de la ciudad y se coordina desde la Unidad de Benicalap (5º UDI Transits). Es por esta razón por la que se decidió distribuir el cuestionario sobre conocimientos, aptitudes y capacidades sobre MGF entre los agentes de la unidad de distrito número 5.

La unidad de distrito nº 5 (*Trànsits*), atiende a los barrios de Campanar, Les Tendetes, El Calvari, Sant Pablo, Benicalap, Ciutat Fallera, Marxalenes, Morvedre, Trinitat, Torrefiel, Benimàmet y Beniferri, tal y como se muestra en la **figura 16**.

Unidad	Función	Total
1ª UDI	Barrios/pedánias	19
	Patrulla	48
	Otros	71
	Total	138
2ª UDI	Barrios/pedánias	27
	Patrulla	45
	Otros	27
	Total	99
3ª UDI	Barrios/pedánias	20
	Patrulla	46
	Otros	24
	Total	90
4ª UDI	Barrios/pedánias	23
	Patrulla	45
	Otros	32
	Total	100
5ª UDI	Barrios/pedánias	33
	Patrulla	46
	Otros	25
	Total	104
6ª UDI	Barrios/pedánias	28
	Patrulla	44
	Otros	72
	Total	144
7ª UDI	Barrios/pedánias	26
	Patrulla	52
	Otros	25
	Total	103
GOE		219
Área Técnica		151
Tráfico		194
Otros (en blanco)		12
TOTAL GENERAL		1354

UDI: Unidad de distrito. GOE: Grupo de operaciones especiales.

Tabla 8. Distribución de número de agentes por Unidades de Distrito en la Ciudad de Valencia. Fuente: Servicio de Recursos Humanos. Policía Local de Valencia. Contacto a través de la Inspectora de Policía y Coordinadora del grupo GAMA, Distrito nº 5. Datos 2017



Fig. 16. Área geográfica abarcada por la Unidad de Distrito número 5 de la ciudad de Valencia. Extraído de: Ayuntamiento de Valencia, 2017. Disponible en: http://www.valencia.es/ayuntamiento/infocidad_accesible.nsf/vListadoCategoriasWeb/EE706A95E270BA52C125730D0024995A?OpenDocument&bdOrigen=&idapoyo=&nivel=10&lang=1

MÉTODO DE RECOGIDA DE DATOS

El instrumento utilizado fue el cuestionario validado y diseñado por Kaplan-Marcusan et al. (2009) titulado “Cuestionario sobre los Conocimientos, Actitudes y Prácticas (CAP) de los profesionales en materia de MGF”. Para la utilización del mismo, se solicitó autorización a la directora de la Fundación Wassu-UAB, Adriana Kaplan, la cual posee los derechos intelectuales del cuestionario obteniendo los permisos correspondientes previamente a su distribución.

El cuestionario, auto-administrado presencial, contiene trece preguntas de carácter cerrado lo cual facilita la estandarización de la información obtenida (**anexo 1**). El cuestionario recoge información sobre variables sociodemográficas (edad, sexo, profesión, especialidad y lugar de trabajo), formación recibida, grado de conocimiento sobre MGF (identificación de la tipología, etiología, países con prevalencia de MGF, legislación vigente, protocolos de actuación), grado de detección en consulta de mujeres con MGF y en riesgo de sufrir MGF, interés en el tema (intención de actuar o no si se detecta un caso) y actitudes frente a la MGF.

Las actitudes exploradas fueron *educar/sensibilizar* –formar a los diferentes profesionales de atención primaria para realizar una correcta prevención y/o sensibilizar desde los servicios de atención primaria a los padres sobre las consecuencias–; *condenar/denunciar* –condenas ejemplarizantes a padres/madres y/o llamar a las fuerzas de seguridad ante una sospecha–; *control* –impedir que las niñas viajen al país de origen y/o hacer revisiones periódicas

de los genitales de las niñas hasta que cumplan los 18 años de edad– o *ignorar* cualquier caso en riesgo o con MGF practicada.

Todos los cuestionarios fueron anónimos y los participantes no pudieron ser identificados. Para ello, se le asignó a cada cuestionario un número de clave única. La participación fue voluntaria en cualquier caso.

La utilización de un cuestionario como instrumento de recogida de datos nos proporcionó la posibilidad de obtener, con menor ambigüedad, información de muchos participantes a la vez, reduciendo los posibles sesgos del investigador. No obstante, también tuvimos en cuenta posibles desventajas que este instrumento ofrece como los riesgos en la distribución o el menor índice de respuesta, tratando de controlarlos, tal y como se describe a continuación.

Administración del cuestionario

Previamente a la administración se solicitaron los permisos necesarios para acceder a los diferentes colectivos. Así pues, para acceder a la muestra de profesionales sociosanitarios, se obtuvo permiso tanto de la Dirección de Atención Primaria como de la Dirección Médica y de Enfermería del Hospital Clínico Universitario de Valencia. Gracias a estas, se contactó posteriormente con las diferentes coordinaciones médicas y enfermeras de los distintos centros de salud del departamento y se presentó, tanto en persona como por vía telefónica y por correo electrónico la investigación que se estaba llevando a cabo.

Además, el proyecto fue presentado y aprobado en junio de 2016 por el Comité Ético de Investigación en Humanos de la Universidad de Valencia, el cual emitió informe favorable del mismo (**anexo 2**).

Una vez aceptada la participación por parte de los diferentes coordinadores y coordinadoras, la distribución de los cuestionarios se llevó a cabo, por un lado, durante la realización de varias reuniones convocadas para formación de distintos profesionales (médicos/as, y enfermeros/as del departamento), u organizativas (trabajadores sociales), a las cuales fui invitada para la presentación de la investigación.

Inicialmente se realizó una presentación grupal, para todo el colectivo que acudió a las sesiones y posteriormente se resolvieron dudas y preguntas de diferentes profesionales que así lo desearon de forma particular. A aquellos que aceptaron participar se les facilitó un cuestionario el cual se acompañó en todos los casos de una “carta de presentación del proyecto

de investigación” donde se explicaba de manera más detallada la finalidad del estudio y se facilitaba un correo electrónico de contacto con la investigadora principal para cualquier duda que pudiera surgir. Por otro lado, también se entregaron personalmente cuestionarios y la carta de presentación del proyecto, acudiendo a los distintos centros de salud del departamento de salud Valencia-Clínico-Malvarrosa en diferentes días y franjas horarias, para conseguir una mayor participación.

Para lograr la participación de maestros y maestras y profesores de educación secundaria se realizó una solicitud formal ante registro dirigida al Director Territorial de Educación de Valencia de la Consellería de Educación, Investigación, Cultura Y Deporte. Una semana más tarde se obtuvo respuesta de la Secretaría Autonómica de Educación e Investigación desde donde se nos animó a remitir la solicitud a los diferentes centros en los cuales tuviéramos intención de pasar los cuestionarios. De esta manera, se contactó por diferentes vías con las personas responsables de los distintos Colegios de Educación Infantil y Primaria (CEIP), Institutos de Educación Secundaria (IES) y Centros compensatorios de Acción Educativa Especial y Centros de Acción Educativa Singular (CAES).

En aquellos centros donde se aceptó participar, se facilitaron diferentes cuestionarios asociados siempre a una “carta de presentación de la investigación”. La recogida de los mismos se realizó en ocasiones en el mismo día de su distribución o días más tarde, tras concertar una cita nuevamente con la persona responsable del centro.

En cuanto al contacto con los cuerpos y fuerzas de seguridad, se realizó una petición formal solicitando permiso para distribuir los cuestionarios entre las diferentes unidades de distrito de la policía local. Dicha petición fue dirigida a la Concejala de Policía Local y Bomberos del Excmo. Ayuntamiento de Valencia, y tras ser tramitada, obtuvimos respuesta favorable desde la Unidad de distrito número cinco donde, la inspectora y coordinadora del grupo GAMA, mostró absoluta disposición para formar parte del estudio. Así pues, se concertó una reunión presencial para explicar detenidamente el proyecto y resolver las dudas pertinentes y se facilitaron los diferentes cuestionarios y la carta de presentación del proyecto para ser distribuidos entre los y las diferentes agentes de la policía local dependientes de esa unidad.

El periodo de administración de los cuestionarios fue desde el 1 de marzo al 31 de mayo de 2017. Durante el mes de febrero de 2017 se solicitaron los permisos necesarios y a lo largo de los meses de febrero, marzo y abril se distribuyeron los cuestionarios al personal sociosanitario y a los cuerpos y fuerzas de seguridad. La distribución de los cuestionarios al personal docente fue más laboriosa, en tanto que hubo que solicitar permiso en persona centro

a centro, y no fue hasta finales del mes de abril que se pudo proceder a la distribución de los mismos.

Prueba piloto

Se aplicó con los profesionales del Centro de Salud Serrería II de la ciudad de Valencia. De su valoración se mejoró la redacción puntual de algunos ítems para facilitar su comprensión y cumplimentación.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

En todo momento se respetaron los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki y se garantizó la completa confidencialidad de los datos personales de los sujetos que participaron en este estudio, de acuerdo con la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y posteriormente por la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

Esta Ley, en su artículo 5.1, expone que *“los responsables y encargados del tratamiento de datos así como todas las personas que intervengan en cualquier fase de este estarán sujetas al deber de confidencialidad al que se refiere el artículo 5.1.f) del Reglamento (UE) 2016/679 - tratados de tal manera que se garantice una seguridad adecuada de los datos personales, incluida la protección contra el tratamiento no autorizado o ilícito y contra su pérdida, destrucción o daño accidental, mediante la aplicación de medidas técnicas u organizativas apropiadas («integridad y confidencialidad»)-”*. A su vez, *“esta obligación general será complementaria de los deberes de secreto profesional de conformidad con su normativa aplicable”*, tal y como dice la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales en su artículo 5.2, y estas obligaciones *“se mantendrán aun cuando hubiese finalizado la relación del obligado con el responsable o encargado del tratamiento” (artículo 5.3)*.

El proyecto fue presentado y aprobado en junio de 2016 por el Comité Ético de Investigación en Humanos de la Universidad de Valencia, el cual emitió informe favorable del mismo (**anexo 2**).

Todos los cuestionarios fueron llevados a cabo de manera libre y voluntaria, otorgando los y las participantes su consentimiento verbal para formar parte del estudio. Todos los cuestionarios distribuidos fueron anónimos y además fueron codificados. Todos los

cuestionarios cumplimentados, así como el soporte digital de los mismos, han quedado bajo la custodia exclusiva de la investigadora principal en un soporte electrónico distinto del usado para el almacenamiento y procesamiento del estudio. Ambos dispositivos poseían claves de acceso y fueron de uso exclusivo de la investigadora principal.

VARIABLES DE ESTUDIO

Definición de las variables

Aquel aspecto o magnitud que estudiamos en cada individuo de la muestra son las diferentes variables. Los datos son los valores que toma la variable en cada caso. A continuación se muestra en la **tabla 9** cómo se procedió a la asignación de valores a las variables incluidas en el estudio y las diferentes escalas de medida aplicadas para cada variable. La naturaleza de las observaciones fue de gran importancia a la hora de elegir el método estadístico más apropiado para abordar su análisis posterior.

Nombre variable	Tipo de variable	Análisis estadístico descriptivo
I1. Nº encuesta	Numérica discreta Variable codificada	N
I2. Lugar de trabajo	Cualitativa nominal Centros codificados, n58	N %
I3. Fecha realización	Fecha formato día/mes/año	
I4. Profesión	Cualitativa nominal (n11) 1. Médico/a de familia 2. Ginecólogo/a 3. Pediatra 4. Enfermero/a 5. Comadrón/a 6. Trabajadores/as sociales/as 7. Docente de infantil 8. Docente de primaria 9. Docente de secundaria 10. Cuerpos de seguridad 11. Otros	N % <i>Agrupaciones realizadas en variable I4B</i>
I4B. Grupos de profesión	Cualitativa nominal (n3) 1. Profesionales sanitarios o de la salud 2. Profesionales de la educación 3. Fuerzas y cuerpos de seguridad	N %
I5. Edad en años	Cuantitativa numérica discreta Transformada en variable cualitativa por grupos de edad (n3): [≤ 35 , 36-50, > 50].	Mínimo, máximo, rango Medidas de tendencia central: Media (X), mediana. Medidas de dispersión: Varianza (S^2), desviación típica (S) y coeficiente de variación (CV). Medidas de posición: percentil (global). N, % por grupos de edad:

		[≤35, 36-50, >50] -Global -Por estamentos principales* -Por sexo
16. Sexo	Cualitativa nominal (n3) Hombre Mujer Otros	N, % global y por estamentos
17. Formación recibida MGF	Cualitativa dicotómica (n2) Si No	N, % global, por estamentos, sexo y grupos de edad.
17. Si_ Formación recibida MGF Formación impartida por:	Cualitativa nominal (n4) 1. Cuerpos de seguridad 2. ONGs o asociaciones 3. Servicios de Salud Organismos oficiales 4. Otros	N, % global, por estamentos, sexo y grupos de edad.
17. Correcta <i>Los que han recibido formación (17.Si_ Formación recibida MGF) y responden correctamente</i> 18. Concepto MGF e 110. Países donde se realiza.	Cualitativa dicotómica (n2) Si No	N, % global, por estamentos, sexo y grupos de edad.
17. Global (I8+I10) <i>Los que contestan bien</i> 18. Concepto MGF e 110. Países donde se realiza independientemente de haber recibido formación o no.	Cualitativa dicotómica (n2) Si No	N, % global, por estamentos, sexo y grupos de edad.
18. Conocimiento concepto MGF <i>Respuesta correcta: opción 4</i>	Cualitativa nominal (n5) 1. Extirpación del clítoris 2. Extirpación del clítoris y labios menores 3. Extirpación del clítoris, labios menores y mayores 4. Las tres opciones anteriores 5. No lo sé	N, % global (múltiples combinaciones) por estamentos, sexo y grupos de edad.
19. Razones para la realización de la MGF	Cualitativa nominal (n6) 1. Tradición y costumbres 2. Razones religiosas 3. Por higiene 4. Razones estéticas 5. Mejores oportunidades matrimoniales 6. No lo sé	N, % global (múltiples combinaciones) por estamentos, sexo y grupos de edad.
110. Conocimiento sobre países donde se practica <i>Respuesta correcta: 3.5.6 o 3.6</i>	Cualitativa nominal (n7) 1. En todos los países musulmanes 2. En toda África 3. En algunos países africanos 4. En Marruecos 5. En algunos países de Oriente Medio 6. En algunos países asiáticos 7. No lo sé	N, % global (múltiples combinaciones) por estamentos, sexo y grupos de edad.
111. Conocimiento de la legislación en España sobre MGF <i>Respuesta correcta: 3</i>	Cualitativa nominal (n4) 1. No la hay 2. Sí, la MGF es un delito si se realiza en España 3. Sí, la MGF es un delito dentro y fuera de España para familias residentes 4. No lo sé	N, % global (múltiples combinaciones) por estamentos, sexo y grupos de edad.

I12. Medidas propuestas para evitar la MGF en España	<p>Cualitativa nominal (n7)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Formar a profesionales de atención primaria para realizar la prevención 2. Impedir que las niñas viajen al país de origen, así no correrán riesgo. 3. Sensibilizar desde los servicios de atención primaria a los padres sobre las consecuencias 4. Hacer revisiones periódicas de los genitales de las niñas como medida de control, hasta que cumplan los 18 años 5. Condenas ejemplarizantes. Si algunos padres son penados con prisión, esto tendrá un efecto disuasorio sobre los demás 6. Llamar a las fuerzas de seguridad ante una sospecha 7. Otros 	<p>N, % global (múltiples combinaciones) por estamentos, sexo y grupos de edad.</p> <p>Las respuestas se agruparon en:</p> <p>I12_1. Educar/sensibilizar: Formar a profesionales de atención primaria para realizar la prevención (1) y/o sensibilizar desde los servicios de atención primaria a los padres sobre las consecuencias (3).</p> <p>I12_2. Condenar/denunciar: Condenas ejemplarizantes. Si algunos padres son penados con prisión, esto tendrá un efecto disuasorio sobre los demás (5) y/o llamar a las fuerzas de seguridad ante una sospecha (6).</p> <p>I12_3. Combinación de educar/sensibilizar y condenar/denunciar.</p> <p>I12_4. Control: Impedir que las niñas viajen al país de origen, así no correrán riesgo (2) y/o Hacer revisiones periódicas de los genitales de las niñas como medida de control, hasta que cumplan los 18 años (4).</p>
I13. Casos detectados de MGF	<p>Cualitativa dicotómica (n2)</p> <p>Si</p> <p>No</p>	<p>N, % global (múltiples combinaciones) por estamentos, sexo y grupos de edad.</p>
I13. No_casos en tu práctica profesional con MGF	<p>Cualitativa nominal (n3)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. No atiendo a población en riesgo 2. Atiendo a población en riesgo pero no he detectado ningún caso 3. En el marco de mi actividad profesional no procede preguntarlo 	<p>N, % global (múltiples combinaciones) por estamentos, sexo y grupos de edad.</p>
ANTE UN CASO DE MGF (I13=1), contestación en relación al último caso:		
I14_A1. Detección Caso > 18 años (si I13_Si)	<p>Cualitativa nominal (n4)</p> <p>Entrevista / visita</p> <p>Exploración física</p> <p>Denuncia de un tercero</p> <p>Otros</p>	<p>N, % global y por estamentos</p>
I14_A2. Exploración Caso > 18 años (si I13_Si)	<p>Cualitativa nominal (n4)</p> <p>Control de embarazo</p> <p>Revisión ginecológica</p> <p>Exploración por otra causa</p> <p>Por sospecha de MGF</p>	<p>N, % global y por estamentos</p>
I14_A3. Tu actitud Caso > 18 años (si I13_Si)	<p>Cualitativa nominal (n6)</p> <p>Abordar el tema en la consulta</p> <p>Preguntar si tiene hijas para prevenir</p> <p>Consultar/Coordinar con otros profesionales</p> <p>Ignorar</p> <p>Denunciar</p> <p>Otros</p>	<p>N, % global y por estamentos</p>
I14_B1. Detección Caso < 18 años (si I13_Si)	<p>Cualitativa nominal (n4)</p> <p>Entrevista / visita</p> <p>Exploración física</p>	<p>N, % global y por estamentos</p>

	Denuncia de un tercero Otros	
I14_B2. Exploración Caso < 18 años (si I13_Si)	Cualitativa nominal (n4) Control de embarazo Revisión ginecológica Exploración por otra causa Por sospecha de MGF	N, % global y por estamentos
I14_B3. Tu actitud Caso < 18 años (si I13_Si)	Cualitativa nominal (n6) 1. Abordar el tema en la consulta 2. Preguntar si tiene hijas para prevenir 3. Consultar/Coordinar con otros profesionales 4. Ignorar 5. Denunciar 6. Otros	N, % global y por estamentos
Si eres personal sanitario (I4 =1,2,3,4,5,6 y 11) Y has recibido formación (I7=1):		
I15_A. ¿Acuden estas mujeres a controles ginecológicos?	Cualitativa (n=3) Sí, regularmente No No lo sé	N, % global
I15_B. ¿Acuden estas mujeres a controles prenatales y post parto?	Cualitativa (n=3) Sí, regularmente No No lo sé	N, % global
I15_C. ¿Encontraste alguna complicación en el embarazo, parto y postparto?	Cualitativa (n=3) Sí No No lo sé	Descriptiva
DETECCIÓN DE CASOS DE RIESGO		
I16. Detección de casos en riesgo de MGF	Cualitativa nominal (n4) 1. Niñas Africanas que viajan a su país de origen por vacaciones 2. Toda niña africana 3. Hijas de madres que han padecido una MGF 4. Solo las que han nacido fuera de España	N, % global (múltiples combinaciones) por estamentos, sexo y grupos de edad.
Frente a casos de MGF...		
I17_A. Si eres profesional de la salud, (I4=1,2,3,4,5, o 11) ¿Decides actuar?	Cualitativa nominal (n5) 1. Sí, siempre. 2. Sí, pero solo actuó en caso de viaje 3. No, no sé cómo tratarlo 4. No, no entra dentro de mis competencias 5. No, no tengo tiempo	N, % por ese estamento, grupo de edad y sexo
I17_B. Si eres profesional de servicios sociales, (I4= 6,7) ¿Decides actuar?	Cualitativa nominal (n5) 1. Sí, siempre. 2. Sí, pero solo actuó en caso de viaje 3. No, no sé cómo tratarlo 4. No, no entra dentro de mis competencias 5. No, no tengo tiempo	N, % por ese estamento, grupo de edad y sexo
I17_C. Si eres profesional de la educación, (I4= 8,9) ¿Decides actuar?	Cualitativa nominal (n5) 1. Sí, siempre. 2. Sí, pero solo actuó en caso de viaje 3. No, no sé cómo tratarlo 4. No, no entra dentro de mis competencias	N, % por ese estamento, grupo de edad y sexo

	5. No, no tengo tiempo	
I17_D. Si eres profesional de cuerpos seguridad, (I4= 10) ¿Decides actuar?	Cualitativa nominal (n5) 1. Sí, siempre. 2. Sí, pero solo actuó en caso de viaje 3. No, no sé cómo tratarlo 4. No, no entra dentro de mis competencias 5. No, no tengo tiempo	N, % por ese estamento, grupo de edad y sexo
I18_A. Si eres profesional de la salud, (I4=1,2,3,4,5, o 11) Enumera la prioridad de tus actuaciones		
I18_A1 Explorar a la niña para saber si hay MGF	Cualitativa ordinal (n5)	N, % total N, % de cada posición ordinal
I18_A2 Registrar en la Hist. Clin.	Cualitativa ordinal (n5)	N, % total N, % de cada posición ordinal
I18_A3 Trabajar en prevención	Cualitativa ordinal (n5)	N, % total N, % de cada posición ordinal
I18_A4 Comunicar el caso en el juzgado	Cualitativa ordinal (n5)	N, % total N, % de cada posición ordinal
I18_A5 Consultar/coordinarse con otros profesionales	Cualitativa ordinal (n5)	N, % total N, % de cada posición ordinal
I18_B. Si eres profesional de servicios sociales, (I4= 6) Enumera la prioridad de tus actuaciones		
I18_B1 Contactar con pediatra	Cualitativa ordinal (n5)	N, % N, % de cada posición ordinal
I18_B2 Explorar la posición de los padres sobre la práctica	Cualitativa ordinal (n5)	N, % N, % de cada posición ordinal
I18_B3 Poner el caso en conocimiento del juzgado	Cualitativa ordinal (n5)	N, % N, % de cada posición ordinal
I18_B4 Explicar a los padres las consecuencias	Cualitativa ordinal (n5)	N, % N, % de cada posición ordinal
I18_B5 Consultar/coordinarme con otros profesionales	Cualitativa ordinal (n5)	N, % N, % de cada posición ordinal
I18_C. Si eres profesional de la educación (I4=7,8 o 9) Enumera la prioridad de tus actuaciones		
I18_C1 Contactar con pediatra	Cualitativa ordinal (n5)	N, % total N, % de cada posición ordinal
I18_C2 Abordar el tema en clase con los/as niños/as	Cualitativa ordinal (n5)	N, % N, % de cada posición ordinal
I18_C3 Poner el caso en conocimiento del juzgado	Cualitativa ordinal (n5)	N, % N, % de cada posición ordinal
I18_C4 Explicar a los padres las consecuencias	Cualitativa ordinal (n5)	N, % N, % de cada posición ordinal
I18_C5 Consultar/coordinarme con otros profesionales	Cualitativa ordinal (n5)	N, % N, % de cada posición ordinal
I18_D. Si eres profesional de cuerpos de seguridad, (I4= 10) Enumera la prioridad de tus actuaciones		
I18_D1 Contactar con pediatra	Cualitativa ordinal (n5)	N, % N, % de cada posición ordinal
I18_D2 Trabajar en prevención	Cualitativa ordinal (n5)	N, % N, % de cada posición ordinal

I18_D3 Poner el caso en conocimiento del juzgado	Cualitativa ordinal (n5)	N, % N, % de cada posición ordinal
I18_D4 Consultar/coordinarme con otros profesionales	Cualitativa ordinal (n5)	N, % N, % de cada posición ordinal
I18_D5 Otros	Cualitativa ordinal (n5)	N, % N, % de cada posición ordinal
I19. Conocimiento de protocolo de actuación sobre MGF	Cualitativa dicotómica (n2) Si No	N, % global (múltiples combinaciones) por estamentos, sexo y grupos de edad.
I20. ¿Qué crees que facilitaría tu trabajo de atención y prevención?	Cualitativa nominal (n8) 1. Formación 2. Materiales para profesionales 3. Materiales para abordarlo con la familia 4. Mediación cultural 5. Tiempo y recursos para abordarlo 6. Asesoramiento 7. Mayor intervención policial 8. Otras	N % de cada opción y combinaciones

**Estamentos: agrupados por profesión (n11) y por grupos profesionales (n3).*

Todas las variables contaron con la opción de no contesta que se codificó con el número 9 en la base de recogida de los datos.

Tabla 9. Definición de las variables a estudio. Fuente: elaboración propia, 2017.

Entrada y gestión de los datos

Los datos recogidos tras la administración del cuestionario fueron volcados en una base de datos primaria (Excel). La disposición de las variables y las unidades de observación en la base de datos se realizó de la siguiente manera: filas (cada uno de los cuestionarios obtenidos de los profesionales encuestados) y columnas (cada una de las variables estudiadas).

Posteriormente las diferentes variables fueron codificadas. Así pues, mediante la codificación se asignaron números a las diferentes modalidades registradas de las variables de la base de datos. De la misma manera, también se asignó un número a aquellos valores restantes que no pudieron ser registrados u observados. Este proceso facilitó no solo facilitó la entrada de los datos, sino también facilitó la identificación de posibles errores en el proceso.

También se procedió a la depuración de la base de datos previo al análisis estadístico, así como a la transformación de los diferentes datos en función del interés de nuestra investigación (por ejemplo: recodificación de variables).

ESTRATEGIA DE ANÁLISIS DE DATOS

Las variables categóricas se describieron mediante el número de sujetos y frecuencias absolutas y relativas, incluyendo el intervalo de confianza del 95%. Para la descripción de las variables continuas se utilizó la media, la desviación típica, el intervalo de confianza del 95% de la media, la mediana, los percentiles 25 y 75, el mínimo y el máximo y número total de valores válidos.

Para comparar grupos de sujetos, se utilizaron distintas técnicas estadísticas según las características propias de las variables en estudio y el número de grupos a comparar:

Si tanto la variable explicativa como de la variable de respuesta eran categóricas, se realizaron test de Chi-cuadrado, con corrección de Fischer en las circunstancias necesarias (categorías con número de eventos muy bajo). El test exacto de Fisher lo utilizamos cuando más de un 20% de las celdillas de la tabla tenían una frecuencia inferior a 5 ya que éste permite analizar si dos variables dicotómicas están asociadas cuando la muestra a estudiar es demasiado pequeña y no se cumplen las condiciones necesarias para que la aplicación del test Chi-cuadrado sea adecuada.

Si la variable explicativa es categórica, y la variable de respuesta es cuantitativa, se realizaron test de T de Student o ANOVA (para dos o más categorías respectivamente), tras comprobar la existencia de una distribución normal, mediante las pruebas de Kolmogorov-Smirnoff. En caso de no corroborarse dicha distribución, se aplicaron pruebas no paramétricas de Wilcoxon o Mann-Whitney, como correspondiese.

En el análisis multivariante y para la identificación de las características de los profesionales que puedan influenciar en el grado de conocimientos sobre MGF, detección de casos y actitudes en relación con la MGF, se construyeron modelos de regresión logística donde el grupo de profesionales (profesionales sociosanitarios: atención a adultos –MAP y enfermeras/os–, atención a la mujer e infantes –matronas, pediatras, ginecólogos– trabajadores/as sociales y otros; cuerpos y fuerzas de seguridad: dos grupos, grupo GAMA y resto de policía), la edad, el sexo y la formación recibida fueron definidas como variables independientes y, el conocimiento de la tipología y los países de prevalencia de MGF, el conocimiento sobre la existencia de los diferentes protocolos de acción, la detección de casos y actitudes frente a la MGF (educar/sensibilizar, condenar/denunciar, educar y condenar) como variables dependientes.

Todos los análisis se realizan utilizando el paquete estadístico STATA v13.

Las definiciones de las variables independientes y dependientes se muestran en las **tablas 10 y 11.**

I4B. Grupos de profesión (<i>categoría nominal</i>)	Profesionales sanitarios Profesionales de la educación Fuerzas y cuerpos de seguridad
I4. Profesión. Dentro de los profesionales sanitarios: (<i>categoría nominal</i>)	Médicos/as de atención primaria Enfermero/a Pediatra Matrón/a Trabajadores/as sociales
I4. Profesión Dentro de los cuerpos y fuerzas de seguridad (<i>categoría nominal</i>)	Grupo GAMA (grupo clasificado con el nº 47 en la variable centro de trabajo) Resto de policía (nº 48 y 49 de la variable centro de trabajo)
I5. Edad por grupos (≤ 35 , 36-50, > 50)	≤ 35 años 36-50 años > 50 años
I6. Sexo (<i>categoría dicotómica</i>)	Hombre Mujer
I7. Formación recibida (<i>categoría dicotómica</i>)	Si No

Tabla 10. Definición de las variables independientes.

I7. Global	Si No
I8. Conocimiento concepto MGF (dicotómica)	Conocimiento correcto: los que contestan sólo opción 4 Conocimiento incorrecto: resto de opciones + opción 9, no contesta
I9. Razones realización MGF (categoría nominal)	Tradición y costumbres: Sólo contestan opción 1 Razones religiosas: Sólo contestan opción 2 Tradición y costumbres y razones religiosas: contestan 1 y 2 Tradición y costumbres y mejores oportunidades matrimoniales: contestan 1 y 5 Resto: cualquier otra combinación
I10. Países (categoría dicotómica)	Conocimiento correcto: los que contestan opción 3.5.6 ó 3.6 Conocimiento incorrecto: resto de opciones + opción 9, no contesta
I11. Legislación (categoría dicotómica)	Conocimiento correcto: los que contestan opción 3 Conocimiento incorrecto: resto de opciones + opción 9, no contesta
I12. Medidas evitar	Formar y sensibilizar: los que contestan 1 ó 3 Condenar y denunciar: los que contestan 5 ó 6 Formar, sensibilizar y condenar, denunciar: los que contestan 1 ó 3 y 5 ó 6. Control: los que contestan 2 ó 4
I13. Detección casos (categoría dicotómica)	Si No
I14A_3 y I14B_3 (se han trabajado con datos conjuntos, total casos 17) (categoría dicotómica)	Actuar: los que contestan 1 ó 2 ó 3 Ignorar: los que contestan 4
I16. Riesgo MGF (categoría dicotómica)	Conocimiento correcto: los que contestan opción 1 y 3 Conocimiento incorrecto: resto de opciones + opción 9, no contesta
I19. Protocolo (categoría dicotómica)	Conocen protocolo. Desconocen protocolo.

Tabla 11. Definición de las variables dependientes.

ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

Recursos humanos y materiales

El material utilizado para la recogida de datos de esta primera fase fue:

- Hoja informativa con la presentación del estudio y la solicitud de participación
- Cuestionarios
- Bolígrafos

Presupuesto

La realización del estudio no recibió financiación, ni de carácter público ni privado.

CRITERIOS DE RIGOR APLICADOS

Como en cualquier tipo de estudio, se consideraron las limitaciones y los posibles sesgos. Con el objetivo de incrementar la validez interna del estudio, dentro del error sistemático, para evitar el sesgo de selección, se intentó optimizar la tasa de participación y de respuesta distribuyendo las encuestas personalmente y en cuanto al sesgo de confusión este se intentó controlar mediante análisis multivariante de los datos.

FASE 2. ENTREVISTAS A LA POBLACIÓN DE ORIGEN

Como ya hemos comentado en la introducción al capítulo del diseño metodológico, a lo largo de nuestra investigación se han llevado a cabo diferentes enfoques metodológicos para lograr la consecución de los objetivos planteados. Así pues, a lo largo de esta sección describiremos los métodos, técnicas y herramientas utilizadas para la obtención de los datos subjetivos necesarios para conocer y describir cuáles son las percepciones y qué conocimiento tienen las mujeres y hombres que proceden de países donde existe prevalencia de MGF sobre esta práctica.

TIPO DE DISEÑO

La obtención de las experiencias de las mujeres y hombres procedentes de países donde se realiza la MGF se realizó mediante una perspectiva cualitativa desde un enfoque fenomenológico, dado que el objetivo de la investigación es conocer y comprender la MGF desde la propia perspectiva de las mujeres y hombres dentro de su contexto cultural. Para ello se llevó a cabo un estudio descriptivo profundizando en diferentes aspectos de la práctica de la MGF y de la conducta de las personas en relación con esta, y posteriormente, se continuó con una fase explicativa-interpretativa para conocer las causas que conforman el fenómeno y la interacción de las mismas.

La investigación cualitativa es esencial, en el ámbito de la salud, para la comprensión de realidades complejas y diversas, para explorar los significados de la experiencia humana y aproximarse a ellos, y para captar los elementos subjetivos y contextuales de los procesos sociales.

La fenomenología es una escuela filosófica, inicialmente desarrollado por Edmund Husserl (1859-1938), aunque muchos de sus planteamientos han sido aplicados a las ciencias sociales, fundamentalmente de la mano de Alfred Schultz (Predaz Marcos, 2014). Esta filosofía y método pretende explicar cómo los individuos dan significado a fenómenos sociales a través de su experiencia vivida. Para Burns y Grove (2012) la fenomenología capta “la experiencia vivida”, explora y captura la experiencia subjetiva del individuo, cómo la está percibiendo y qué significado tiene para este. Es una ciencia cuyo propósito es describir un fenómeno en particular o la apariencia de las cosas (Streubert y Carpenter, 1999).

Sánchez (2000) explica que la fenomenología busca hacer un relato exacto de lo que se experimenta para reconocer la vivencia de estar en el mundo de una manera particular; no busca

comprobar veracidad sino que la asume; no pretende explicar ni juzgar; solamente refiere la experiencia que se vive; su producto final es por lo tanto, la descripción exhaustiva de un fenómeno estudiado.

La fenomenología se aproxima a lo propiamente humano (Husserl, 1962) y la disciplina de enfermería es humana; por lo que este tipo de aproximación produce conocimiento científico que fortalece la práctica de enfermería, y por tanto, contribuye al desarrollo disciplinar (de la Cuesta, 2010; citado en Rubio y Arias, 2013). Por lo tanto, nuestra disciplina enfermera necesita de la fenomenología para lograr comprender e interpretar los fenómenos de las personas objeto de cuidados enfermeros, favoreciendo a través de esa descripción e interpretación de los fenómenos, un análisis crítico y reflexivo del cuidado enfermero entregado a las personas (Solano, 2006).

En nuestra investigación y siguiendo el enfoque cualitativo de la fenomenología descriptiva de Husserl (1962), se han realizado preguntas sobre las experiencias vividas en primera persona y los participantes han sido seleccionados a partir de tener experiencia sobre el fenómeno de estudio. Los datos se han obtenido principalmente mediante entrevistas individuales y mediante la realización de un grupo focal, aunque estas técnicas conversacionales se combinaron con la observación y con la lectura de documentos relevantes sobre el tema.

En la fenomenología, la descripción del significado se puede conseguir observando la experiencia desde fuera, con ingenuidad y dejando de lado prejuicios, posiciones teóricas, conocimientos, deseos, sentimientos y juicios de valor, para ver cómo es el fenómeno en su esencia. Se trata de poner una atención especial en la descripción de la experiencia, tal como la ha experimentado la persona que la ha vivido (Berenguera, Fernández, Pons, Pujol, Rodríguez y Saura, 2014).

PARTICIPANTES

Tipo de muestreo

Para la selección de la población a entrevistar el diseño utilizado fue el propositivo secuencial, en el que el tamaño de la muestra se determinó en el transcurso de la investigación de forma progresiva, conforme fueron emergiendo los conceptos al ir recabando la información. Así pues, de entre los diseños propositivos secuenciales se utilizó el de “bola de nieve” o cadena, en donde se identificaron los casos de interés a partir de un informador clave que identificó a

otro que pudo resultar un buen candidato para la participación, y así sucesivamente (Atkinson y Flint, 2001).

La técnica del muestreo en “bola de nieve” ha sido elegida por proporcionar formas de contacto con poblaciones o grupos caracterizadas como difícilmente accesibles o, conocidas en la literatura como *hard-to-reach populations* (Atkinson y Flint, 2001; Johnston y Sabin, 2010) o *hidden populations* (Voicu y Babonea, 2011; Petersen y Valdez, 2005). En primer lugar, las poblaciones difíciles de identificar se refieren a aquellos grupos difícilmente accesibles por su situación socioeconómica, geográfica o debido a la ausencia de medios institucionales para su identificación. El segundo término, hace referencia a aquellos grupos que no desean ser identificados por determinadas prácticas y evitan ser contactados.

Por otro lado, Marpsata y Razafindratsimab (2010) definen a una población oculta a aquella cuyo tamaño es relativamente bajo, los miembros de la población de interés son difíciles de identificar, el marco muestral es muy incompleto o inexistente y la distribución geográfica de la población de interés no se conoce, lo que dificulta la elección de los lugares donde buscarlos.

Las unidades de muestreo fueron las siguientes:

- Mujeres y hombres originarios de países afectados por la MGF.
- Haber sufrido la MGF o haber estado en contacto con mujeres sometidas a la práctica de la MGF.

Para la inclusión en el estudio fue necesario la:

- Aceptación de participación en el proyecto y firma del documento de Consentimiento Informado (**anexo 4**).
- Comprensión del español o inglés, o presencia de un traductor durante la entrevista.
- Tener la mayoría de edad.

El muestreo se realizó fundamentalmente en base a los criterios de accesibilidad y factibilidad de los contactos. Sin embargo, se intentó que las personas entrevistadas presentaran la mayor diversidad posible, intentado incorporar diferentes unidades de muestreo para obtener la máxima variabilidad en el discurso de las y los participantes (homogeneidad-tipicidad y heterogeneidad-diversidad). Para ello se buscó la variabilidad discursiva respecto a edad, país de origen y años fuera del país de origen, entre otros, intentando conocer y descubrir

el fenómeno en profundidad y reflejando el problema con la mayor amplitud posible. Es por esta razón que, también se decidió realizar entrevistas a mujeres supervivientes de MGF en Reino Unido.

Así pues, los aspectos de conveniencia-pertinencia y la suficiencia de la muestra fueron también tenidos en cuenta para facilitar el proceso de investigación y el alcance del principio de saturación. Además de ser un muestreo intencionado y razonado, éste fue acumulativo, secuencial, flexible y reflexivo ya que se fue modificando y ampliando a lo largo del proceso de la investigación hasta alcanzar la saturación teórica pudiendo responder a las preguntas planteadas en los objetivos de nuestra investigación.

Las mujeres y hombres que participaron en nuestra investigación lo hicieron fundamentalmente como informantes aunque algunos tuvieron una mayor participación y colaboraron buscando nuevos informantes para construir la muestra y verificando los datos recogidos.

TÉCNICA DE RECOGIDA DE DATOS

Para la recogida de información en esta fase de la investigación se utilizaron técnicas fundamentalmente conversacionales como las entrevistas individuales y grupales (grupo focal). Además, en combinación con estas se utilizaron técnicas documentales para favorecer el conocimiento del fenómeno estudiado y aumentar el rigor en el análisis de la información.

Las entrevistas individuales realizadas fueron entrevistas semiestructuradas. Aunque inicialmente se intentó la realización de entrevistas abiertas en profundidad, la limitación idiomática en algunos casos, la dimensión privada y personal del fenómeno estudiado y la consideración de este como tabú, hizo que tras el desarrollo de las primeras entrevistas, se optara por una entrevista semiestructurada, apoyada en un guion, donde los temas y las preguntas pudieran estar previamente planificadas a la realización de la entrevista.

No obstante, este guion fue modificándose, cambiando e incorporando nuevas preguntas conforme avanzaban las entrevistas y a medida que se iban realizando otras nuevas. Las preguntas tenían una estructura abierta facilitando la espontaneidad de los entrevistados y la profundización sobre el tema, aportando información de calidad. Se trató de crear una situación lo menos artificial posible intentando que la interacción a lo largo de las entrevistas fuera con la mayor naturalidad posible.

La entrevista grupal se llevó a cabo mediante la realización de un grupo focal. En el grupo focal, técnica de origen anglosajón, interesa más el punto de vista individual del discurso: “se escucha en grupo, pero se habla como persona entrevistada singular” (Berenguera et al., 2014). Se utilizó la entrevista grupal para estimular la interacción entre las participantes y explorar el discurso en un contexto social determinado, captando la experiencia social y las diferentes opiniones y contracciones. El grupo focal tuvo un carácter abierto, no directivo y flexible, ofreciendo a las participantes la libertad para contestar o no a las cuestiones que se plantearon.

Para García y Mateo (2000), frente a la entrevista individual, la principal ventaja del grupo focal es la interacción entre los participantes. La presencia de otras personas, consideradas como semejantes, puede provocar más fácilmente la «autoconfesión» y ofrece la oportunidad de estimular la generación de ideas y de observar la interacción entre los individuos, aunque se debe tener en cuenta la posible limitación si los participantes se sienten coartados por la presencia del grupo. El grupo diseñado fue homogéneo en cuanto a sus características internas: mujeres jóvenes procedentes de países con prevalencia de MGF que habían viajado a España recientemente en el contexto de prostitución.

Las entrevistas se llevaron a cabo en dos fases a lo largo de cinco meses; de enero a mayo de 2017. En la primera fase, y como experiencia exploratoria, se realizaron cinco entrevistas a mujeres procedentes de Somalia que residían en Reino Unido. Éstas se llevaron a cabo en inglés y tuvieron lugar en Londres durante el mes de enero de 2017. Tras esta primera fase se realizó un proceso de análisis y evaluación de las mismas, donde se reflexionó acerca del desarrollo de las entrevistas y puntos de mejora para la segunda fase.

La segunda fase de entrevistas tuvo lugar en la ciudad de Valencia a lo largo de los cuatro meses posteriores, y éstas fueron realizadas mayoritariamente en castellano aunque ocasionalmente en inglés o con ayuda de alguna persona que ejerció de apoyo idiomático. El 26 de abril de 2017 se llevó a cabo el grupo focal.

A pesar de no ser uno de los objetivos planteados en la investigación se decidió contar con la experiencia de mujeres sometidas a la MGF en Londres, puesto que, de esa primera recogida de información se canalizarían las posteriores entrevistas realizadas en Valencia. Además, dado que, el sistema de salud inglés posee estrategias y planes de cuidados específicos para mujeres sometidas a la MGF, así como para la prevención y erradicación de la práctica en su contexto, de las experiencias en la atención recibida de estas mujeres en Reino Unido se podrían observar similitudes y divergencias con aquellas recogidas en nuestro contexto.

Diseño y estructura de las entrevistas

Teniendo en cuenta los objetivos planteados en esta fase de la investigación se elaboró un guion de entrevista. Éste se elaboró tanto en inglés como en castellano para poder ser utilizado en las diferentes fases de realización de las entrevistas (**anexo 3**) y se estructuró en bloques, en función de las características de las preguntas a realizar. Tal y como se menciona en el apartado anterior, el guion diseñado no pretendía ser una herramienta estricta y cerrada, sino una herramienta de registro escrito de las preguntas que conforman el instrumento de recolección de los datos, la cual guiara, a su vez, en la realización de las entrevistas adaptándose a las preguntas que fueron surgiendo espontáneamente en las diferentes entrevistas realizadas.

En primer lugar, se procedió a la **presentación de la investigadora principal** del estudio. Se agradeció nuevamente la aceptación a participar en el estudio y se explicó a la entrevistada o entrevistado la justificación y los objetivos del estudio y de la entrevista. Se indicó cómo se llevaría a cabo la entrevista, y se solicitó consentimiento para grabarla y para la publicación de los datos. Se informó sobre la confidencialidad de los datos, y se facilitó un consentimiento informado escrito para la firma de las participantes interesadas.

En segundo lugar, se pasó a realizar la entrevista en sí misma, inicialmente recogiendo datos sobre las **características sociodemográficas** de las personas entrevistadas como fueron: la edad, país de origen, región dentro del país de origen, nacionalidad, grupo étnico, lugar de nacimiento -rural/urbano-, edad a la que dejó su país de origen, número de años viviendo en España, residencia en otros países, estado social y familiar, situación laboral, nivel de estudios y religión.

En tercer lugar, se procedió a realizar las **preguntas propiamente relacionadas con la MGF** (conocimiento del concepto de MGF, realización de la práctica en su región de origen, nombre de la práctica, realización en la familia o círculo cercano, beneficios e inconvenientes de la práctica para mujeres y hombres según su cultura, asociación de la práctica con la religión, conocimiento de la legislación vigente, MGF sufrida, tipo de MGF) **y aquellas relacionadas con los servicios de salud tanto a nivel general** (experiencia en los servicios sanitarios, complicaciones de la MGF, conocimiento percibido por parte de los y las profesionales sanitarias, propuestas de mejora del sistema de atención) **como en la atención al embarazo y la prevención a hijas** (control del embarazo, resultados obstétricos y perinatales, mutilación realizada en hijas, deseo de continuar la práctica o erradicarla).

En cuarto lugar, se preguntó a las entrevistadas acerca de **qué recomendaciones** darían ellas para terminar con esta práctica y cómo actuar frente a la problemática en España.

Para finalizar, se agradeció nuevamente la gentileza y voluntad de participar, seguido de una despedida (véase **figura 17**).

El desarrollo del grupo focal siguió una estructura similar. Se aprovechó la realización de una sesión de educación para la salud relacionado con la prevención y la promoción de la salud sexual y reproductiva para ofrecer la opción de participar en un grupo focal sobre experiencias en relación con la MGF. Cinco de las mujeres aceptaron participar tras recibir información sobre objetivos y justificación del estudio. El consentimiento informado se obtuvo de forma escrita también en este caso. Todas las participantes se conocían entre ellas ya que acuden a la misma asociación de mujeres, por lo que la comunicación entre ellas fue fluida. No obstante existían limitaciones idiomáticas, y el grupo focal se desarrolló entre los idiomas castellano, inglés y francés, con apoyo de traductora. La estructura y la duración del grupo focal hubo que adaptarlo al contexto existente. Para la realización del grupo focal se contó con la ayuda de una mediadora, que ejerció de moderadora.

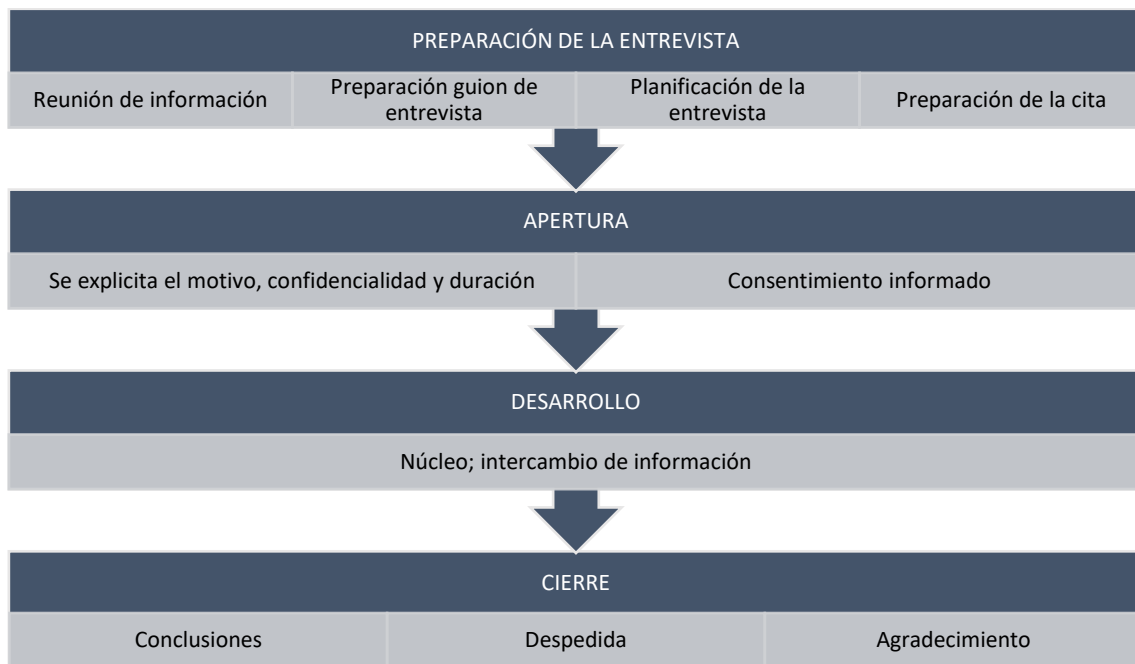


Fig. 17. Fases de las entrevistas individuales. Elaboración propia, 2017.

Proceso de captación y contacto con la población

El proceso de captación de los y las participantes se llevó a cabo a través de diferentes vías, apoyadas por la técnica de “bola de nieve”, las cuales se muestran a continuación.

- Contacto a través de líderes sociales de colectivos de las diferentes nacionalidades.
- Contacto a través de informadores clave.

- Contacto a través de organizaciones de apoyo, mediadores interculturales y responsables de apoyo a colectivos migrantes dependientes del Ayuntamiento y Diputación de Valencia.
- Contacto con asociaciones específicas de colectivos de dichas nacionalidades.

Tras la comunicación con las diferentes vías mencionadas, se contactó con las y los posibles candidatos a participar a través de correo electrónico o por vía telefónica. En esa primera comunicación, se procedió a presentar el objetivo de llevar a cabo un estudio sobre MGF y se solicitó colaboración para responder, a través de una entrevista, a una serie de preguntas que les serían formuladas sobre diversos aspectos del tema. Se les explicó también que siempre tendrían la opción de elegir “no quiero responder” si se sentían incómodas o incómodos con alguna de las preguntas realizadas.

A aquellas personas que aceptaron participar se les agradeció su disposición, haciéndoles saber que su valioso aporte permitirá al equipo cumplir con los propósitos del trabajo de investigación, y se concertó una cita para la realización de la entrevista. El lugar, el día y la hora para la realización de la misma sería a conveniencia de las y los entrevistados.

Desarrollo de las entrevistas y del grupo focal

Para el desarrollo de las entrevistas se buscó un lugar tranquilo, agradable y que permitiera mantener la confidencialidad. En las **tablas 12, 13 y 14** se muestran las características del desarrollo de las diferentes entrevistas y grupos focales.

Las entrevistas fueron grabadas con audio tras obtener consentimiento informado de las y los participantes y además, se recurrió a una libreta de notas donde al finalizar las entrevistas se hacía un registro detallado del desarrollo de las mismas (“memo de entrevista”), véase **tabla 15**.

	Fecha de realización	Lugar	Idioma
ELM1	Enero de 2017	En una tetería en el barrio de Vauxhall, Londres	Inglés
ELM2	Enero de 2017	Domicilio de la entrevistada, Londres	Inglés (soporte de traducción)
ELM3	Enero de 2017	Domicilio de la entrevistada, Londres	Inglés (soporte de traducción)
ELM4	Enero de 2017	Domicilio de una familiar de la entrevistada, Londres	Inglés
ELM5	Enero de 2017	Domicilio de una familiar de la entrevistada, Londres	Inglés

Tabla 12. Características de las entrevistas individuales (primera fase).

	Fecha de realización	Lugar de realización	Idioma
E6VM	Marzo de 2017	Valencia, cafetería	Español
E7VH	Marzo de 2017	Centro sanitario público, Valencia	Español
E8VM	Marzo de 2017	Valencia, cafetería	Español
E9VM	Marzo de 2017	Valencia, espacio verde	Español
E10VM	Abril de 2017	Pueblo cercano a Valencia	Español
E11VM	Abril de 2017	Asociación de Mujeres Africanas	Español
E12VM	Abril de 2017	Asociación de Mujeres Africanas,	Español
E13VM	Mayo de 2017	Asociación Jere Jere y cafetería cercana, Valencia	Español e inglés
E14VM	Mayo de 2017	Pueblo cercano a Valencia	Español
E15VH	Mayo de 2017	Asociación de Mujeres Africanas	Español
E16VM	Mayo de 2017	Pueblo cercano a Valencia	Español
E17VM	Mayo de 2017	Pueblo cercano a Valencia	Español
E18VM	Mayo de 2017	Pueblo cercano a Valencia	Español

Tabla 13. Características de las entrevistas individuales (segunda fase).

	Fecha de realización	Lugar	Idioma
Grupo de cinco mujeres	Mayo de 2017	Escuela Valenciana de Estudios en Salud	Español e inglés

Tabla 14. Características de la entrevista grupal (grupo focal).

Del desarrollo de cada una de las entrevistas surgió un proceso de reflexión donde, siguiendo el modelo de Denscombe (1998) y Taylor y Bogdan (1987), nos planteamos una serie de preguntas, cuyas respuestas quedaron registradas para cada una de las entrevistas: ¿cómo se inició, desarrolló y cerró el encuentro?, ¿cómo fue la comunicación verbal y no verbal?, ¿cómo pensamos que condujimos la entrevista?, ¿cómo nos sentimos?, ¿cómo creemos se sintió el/la entrevistado/a?, ¿hubo sorpresas?, ¿cuánto duró la entrevista?, ¿qué temas que faltarían indagar?, ¿qué temas fueron difíciles de abordar?, ¿qué preguntas resultaron molestas?.

Grabación y transcripción de los datos

Todas las entrevistas y el grupo focal realizado fueron, tras obtener consentimiento, recogidas mediante una grabadora digital modelo Olympus VN-741PC. Cada entrevista se identificó con un código formado por tres partes separadas por diagonales: la primera se corresponde con el número de entrevista (E1, E2, E3, ect.); la segunda parte corresponde al grupo de entrevistas asignado según lugar de realización (L=Londres, V=Valencia); y la tercera parte corresponde al sexo de la persona entrevistada (M=mujer, H=hombre). Para las entrevistas del grupo focal se asignó la letra “G” como identificativa. De esta manera el nombre de la persona entrevista no sería mencionado en ninguna grabación ni aparecería en su transcripción posterior.

ENTREVISTA	
Código:	Fecha:
Ciudad:	Entrevistadora:
Consentimiento informado:	Duración de la grabación:
DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS	
Edad:	Grupo étnico:
País de origen:	Estado social:
Lugar de nacimiento:	Profesión:
Residencia actual:	Nivel de estudios:
Nacionalidad:	Religión:
DESCRIPCIÓN DEL LUGAR, IMPRESIONES Y CONDICIONES DE REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA	
RESUMEN DEL CONTENIDO DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL	

Tabla 15. Plantilla utilizada en las entrevistas individuales. Modificada de Berenguera A, Fernández de Sanmamed MJ, Pons M, Pujol E, Rodríguez D, Saura S. Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa. Barcelona: Institut Universitari d’Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol), 2014

Material utilizado para la realización de las entrevistas

- Grabadora digital y pilas (se comprobó antes de la cita para la entrevista el correcto funcionamiento de todos los dispositivos).
- Consentimiento informado (dos copias; una copia para el investigador principal y otra copia para el participante). Se dispuso de un consentimiento informado elaborado en

inglés para aquellas mujeres que lo prefirieron en ese idioma y para las entrevistas realizadas en Londres (**anexos 4 y 5**), acompañado de un tríptico informativo (**anexo 6**).

- Bolígrafo
- Material anexo: imagen con los tipos de MGF (**anexo 7**).
- Vasos y bebida
- Documentos de trabajo: guion para la entrevista, cuaderno de campo (libreta de notas).

PROCESO DE ANÁLISIS CUALITATIVO

La constitución de los datos: codificación y categorización.

La fase de análisis se llevó a cabo simultáneamente a la recogida de información mediante entrevistas, siguiendo ese modelo circular y flexible exigido en la investigación cualitativa. En base al modelo de Berenguera et al. (2014) podemos diferenciar diferentes fases:

1. Fase de preparación del corpus textual

Esta fase tiene como objetivo la preparación de los datos narrativos para el proceso de análisis. Para ello primeramente se llevó a cabo la transcripción de las diferentes entrevistas realizadas. Esta laboriosa tarea se llevó a lo largo de los meses de la realización de las entrevistas y posteriormente. En ocasiones, una segunda persona fue requerida para revisar el audio y completar aquellos fragmentos de texto que eran difíciles de descifrar, subsanando los diferentes errores.

Se realizó una transcripción literal (palabra por palabra) y detallada del contenido de la información recogida en las grabaciones, tanto de las propias entrevistas como las anotaciones registradas en el cuaderno de campo. Siguiendo los criterios de confidencialidad de los datos, no se transcribieron los nombres de las y los informantes, sino que se utilizaron los códigos previamente descritos. Además se intentaron enmascarar posibles datos identificativos de los participantes y todos los documentos primarios fueron protegidos y anonimizados, siendo de uso exclusivo por la autora principal.

La información transcrita se agrupó según las fases de las entrevistas; en un primer grupo las realizadas en Londres y en un segundo grupo, las realizadas en Valencia, y se prepararon los datos para la lectura. La lectura y análisis también se realizó en el mismo orden pudiendo además tener la posibilidad de observar diferencias entre ambos grupos.

2. Fase de pre-análisis o descubrimiento

El objetivo de la fase de pre-análisis fue el familiarizarse con los datos recogidos y estructurar el corpus textual para su análisis. Para ello se leyeron detenidamente los textos transcritos y se escucharon las grabaciones de audio realizadas las veces que fueron necesarias para entender la globalidad del texto y su potencialidad.

3. Fase análisis

En esta de fase, se realizó el análisis propiamente dicho. Para ello, primeramente se crearon las citas a partir del corpus textual y se fueron codificaron simultáneamente. Posteriormente, se elaboraron diferentes categorías o grupos de códigos.

Codificar consiste en etiquetar cada cita con una palabra o palabras (código) que generalmente están en la cita y que hacen referencia a lo tratado en la misma (Berenguera et al., 2014). El código es la unidad central de trabajo de la codificación de los datos. Strauss y Corbin (2002) lo definen como “los nombres que se le dan a los conceptos derivados a partir del proceso de codificación”. Permiten asignar unidades de significado a la información descriptiva o inferencial compilada durante una investigación. En otras palabras, son recursos mnemónicos utilizados para identificar o marcar los temas específicos en un texto. Los códigos utilizados fueron muy poco interpretativos al principio, y se intentó que se hallaran muy ligados al texto.

Los códigos y las categorías creadas agrupando por similitud los códigos del mismo tema, se generaron de forma mixta, tanto inductiva como deductivamente. Se partió de unos códigos preestablecidos y definidos a partir del marco conceptual del estudio (codificación cerrada), y sobre estos se fueron construyendo nuevos códigos y categorías según emergían durante la realización y el análisis de la información (véase **tabla 16**).

Una vez terminado el proceso de codificación y categorización, se creó un informe agrupado por códigos y categorías y se procedió a analizar las características, dimensiones, propiedades y tendencias de cada uno de estas, para finalmente establecer las relaciones encontradas entre estas, así como los significados de las asociaciones encontradas. Se analizaron las relaciones entre citas y las relaciones entre códigos, creando hipervínculos relacionales (“contradice”, “es parte de”, “es”), que se representaron gráficamente también en algunos casos para facilitar la visualización de las mismas (creación de redes de conceptos).

Categorías Códigos	
Características sociodemográficas	
Tiempo fuera del país de origen Religión Profesión País de origen Nivel de estudios	Nacionalidad Etnia/tribu Estado civil Edad
Conocimiento de la MGF	
Desconocimiento MGF familia: no MGF familia: si MGF: conoce práctica	MGF: no en su etnia MGF: no sufrida MGF: si sufrida Tipo de MGF
Desarrollo de la práctica de la MGF	
Anestesia/analgesia Cuidados/curas Decisión de cortar: madre Decisión de cortar: padre Decisión de cortar: petición personal Edad de la MGF	Lugar donde se realiza la MGF Pago por MGF Persona que realizó la MGF Práctica Tiempo recuperación
Consecuencias/complicaciones (mujer)	
Complicaciones obstétricas/parto Consecuencias MGF Dismenorrea Disuria, problemas urinarios Dolor Hemorragias	Infección/riesgo de infección Muerte Placer sexual disminuido/ausente Secuelas psicológicas Sin complicaciones (obstétricas) Sin complicaciones (sexuales)
Continuidad de la práctica	
A favor	En contra
Razones MGF	
Contacto con el recién nacido Cultural Dominio del hombre Higiene Mala fortuna No relacionado con religión	Oportunidades matrimoniales Promiscuidad Pureza Relacionada con la religión Tradición familiar
Hombres	
Consecuencias para los hombres	Dominio del hombre
Variables obstétricas	
Creencias / descendencia Descendencia Prevención hijas	Tipo de nacimiento: cesárea Tipo de nacimiento: parto vaginal
Reconstrucción/reversión intraparto	
Reconstrucción: no Reconstrucción: si	Reconstrucción-ofrecimiento Reversión MGF intraparto
Legislación	
Legislación: conocen	Legislación: No conoce
Profesionales sanitarios/educadores	
Desconocimiento Detección MGF	Estigmatización Puntos de mejora
Propuestas de solución	
Educación/sensibilización Penalización	Otras propuestas de solución
Miscelánea	
Tabú Poliginia	Circuncisión masculina Matrimonio concertado

Tabla 16. Listado de códigos (78) y grupos de códigos.

4. Fase de relativización, verificación y contraste de los hallazgos y creación del marco explicativo definitivo.

En esta fase se regresó al corpus textual para comprobar que los hallazgos obtenidos del análisis partían de los datos textuales originales de los y las informantes, con el fin de redactar, tras la reformulación del marco explicativo, el informe final de resultados. Para la validación de los resultados, se compararon los resultados con estudios similares realizados previamente y se contrastó la interpretación de los mismos con una de las participantes que accedió a ello.

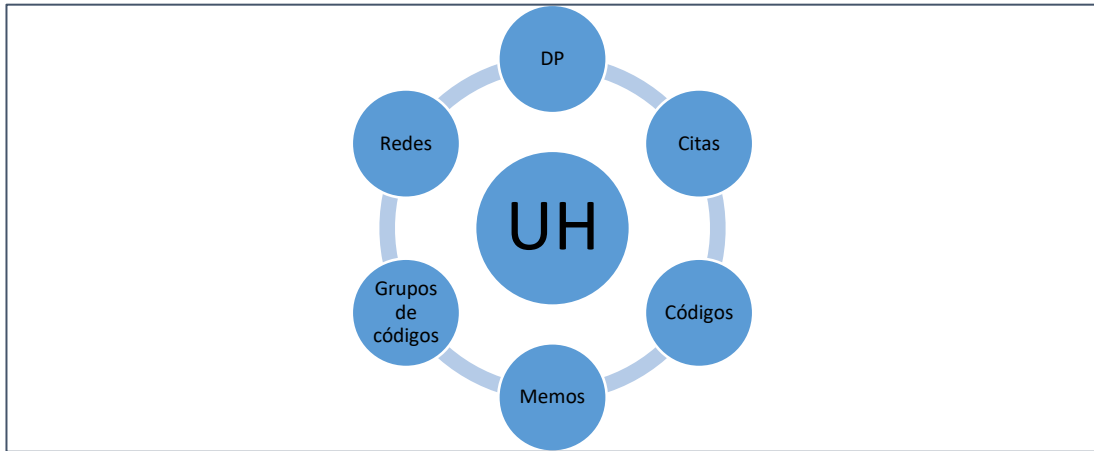
Procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de los datos se utilizó el programa ATLAS.ti v8. Éste, es un programa de análisis cualitativo asistido por computadora que permite al investigador asociar códigos o etiquetas con fragmentos de texto, sonidos, imágenes, dibujos, videos y otros formatos digitales que no pueden ser analizados significativamente con enfoques formales y estadísticos; buscar códigos de patrones; y clasificarlos (Lewis, 2004; Hwang, 2008).

Permite crear proyectos denominados “Unidades hermenéuticas” (UH) que incluyen documentos primarios como por ejemplo, citas, códigos y memos. Dentro de estas UH se recogen y organizan los documentos asociados a un proyecto, investigación o tema en particular. Una unidad hermenéutica de la investigación tiene seis objetos principales (*véase figura 18*):

- Documento primario: documento, audio, imagen o vídeo que es objeto del análisis. En nuestro caso, todos los documentos primarios fueron transcripciones de las entrevistas realizadas.
- Citas: unidad básica de análisis. Corresponden a la selección de determinadas partes del texto para posteriores manipulaciones.
- Código: constructo conceptual o etiqueta. El código puede ser una palabra o el resultado de la conjunción de varias de estas (por ejemplo: “desconocimiento” o “placer sexual disminuido”). En nuestra investigación todas las citas seleccionadas tenían al menos un código asignado.
- Memos: anotaciones, notas de cuaderno.

- Grupos de códigos: agrupaciones de códigos formando una familia conceptual. Redes: representación gráfica de los vínculos entre objetos que se establecen en el proceso normal de trabajo.



*DP: documentos primarios.

Fig. 18. Componentes y funciones del Atlas ti v.8.

Ilustración 1. Componentes y funciones del Atlas ti v.8. Ejemplo de codificación y categorización tras transcripción de una de las entrevistas.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

Todas las entrevistas realizadas se llevaron a cabo tras la obtención de un consentimiento informado por escrito (**anexos 4 y 5**). Para la obtención del mismo se ofreció también a las y los posibles participantes un “tríptico informativo” disponible tanto en inglés (**anexo 6**) como en español, para su lectura previa. Las personas tuvieron oportunidad de consultar dudas y realizar las preguntas que consideraron oportunas previamente a la firma del consentimiento informado.

De la misma manera que los cuestionarios a profesionales recogidos en la segunda fase, todas las entrevistas fueron codificadas. Ese código fue asociado a los consentimientos informados firmados por las y los participantes. Tanto los consentimientos informados, como las grabaciones, los documentos primarios transcritos y la base de datos de análisis posterior fueron de uso exclusivo por la investigadora principal.

Para asegurar una buena práctica ética, se tomaron las siguientes medidas:

- El objetivo del estudio fue explicado con detalle a los y las participantes y ellas siempre fueron libres de abandonar el proyecto en cualquier momento sin necesidad de justificar su abandono.
- Todas las entrevistas se realizaron tras la obtención de un consentimiento informado.
- No se contempló el acceso a ningún dato de la Historia Clínica o registro sanitario de los participantes en ningún caso.
- En el caso de que las y los participantes demandaran más información sobre el proyecto, se facilitó el contacto con el investigador principal a través de diferentes vías para cualquier duda o sugerencia.
- Las participantes siempre tuvieron la opción de elegir “no quiero responder” ante cualquier pregunta realizada.

En todo momento se respetaron los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki y se garantizó la completa confidencialidad de los datos personales de los sujetos de experimentación que participen en este estudio, de acuerdo con la Ley 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) y posteriormente por la Ley Orgánica 3/2018 de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.

CRITERIOS DE RIGOR APLICADOS

Para valorar el proceso de investigación desarrollado en el marco de la investigación cualitativa nos hemos basado en los criterios generales descritos por Guba y Lincoln (1985): credibilidad, transferibilidad, dependencia, y confirmabilidad. Para referirse de forma general a la calidad de la investigación estos autores utilizan el término “trustworthiness”. Para ellos, la cuestión clave es la reconstrucción de las perspectivas de las personas estudiadas y la demostración de que la interpretación del investigador es creíble para aquellas.

Por un lado, la **credibilidad** implica conducir la investigación hacia hallazgos creíbles y “demostrar la credibilidad de los encuentros sometiéndolos a la aprobación de quienes construyeron las realidades” (Rojas de Escalona, 2010, p. 165). En el paradigma naturalista que enmarca la investigación cualitativa, se sustituye el concepto de validez interna por el de credibilidad. Para asegurar la credibilidad se intentaron llevar a cabo las siguientes estrategias: trabajo durante periodos prolongados, triangulación, uso de material de adecuación referencial y comprobaciones con los y las participantes.

Así pues, se realizó una permanencia prolongada en el contexto estudiado, acudiendo a diferentes organizaciones y reuniones del colectivo estudiado, para, por un lado, lograr un clima de confianza con el grupo, así como una observación y recogida de información sistemática hasta lograr la saturación de los datos.

La estrategia de triangulación fue múltiple, en cuanto se usó más de un tipo de triangulación en el análisis del mismo evento aportando un sentido más comprensivo y satisfactorio del fenómeno (Arias, 2000). Así pues, en nuestro estudio se llevó a cabo una *triangulación de investigadores y metodológica*.

En cuanto a la *triangulación de investigadores*, aunque la realización de las entrevistas fue llevada a cabo íntegramente por la investigadora principal del presente estudio, se ha contado con la colaboración de una segunda investigadora, médica residente en la especialidad de ginecología y obstetricia, para corroborar la categorización y los resultados procedentes de las entrevistas individuales y en grupo, con la intención de incrementar la validez de los resultados que se exponen. Así pues, Denzin (1989) afirma que la triangulación de investigador ocurre cuando dos o más investigadores hábiles examinan los datos.

Por otro lado, también se realizó una *triangulación metodológica*. La triangulación metodológica puede hacerse en el diseño o en la recolección de datos y, en términos generales, consiste en utilizar dos o más métodos. En este sentido hay que distinguir entre triangulación dentro de métodos –*within method o intramétodo*–, o triangulación entre métodos –*between*

methods o intermétodo- (Hernández Sampieri et al., 2014). En nuestro caso, la triangulación utilizada fue la intramétodo, donde se utilizaron diferentes técnicas de recogida de datos, como fueron la entrevista individual, el grupo focal y la observación. De esta manera, recolectando datos de al menos dos niveles, como son el individual y el grupal, se consigue la triangulación de persona.

Cabe mencionar también que, durante las entrevistas, se informó a las participantes sobre la posibilidad de leer y opinar sobre los resultados del análisis de datos con el fin de modificar y aclarar posibles discrepancias, estableciendo una verificación de los datos obtenidos. Aunque únicamente una participante accedió a ello, durante el desarrollo de las entrevistas se reiteraron preguntas y se aclararon conceptos que aportaban significados a las categorías.

Por otro lado, en el paradigma naturalista la validez externa no se centra en la generalización de los hallazgos, sino en la **transferibilidad** o transferencia de los mismos, con el propósito de que el proceso investigativo pueda ser replicado en otros contextos (Rojas de Escalona, 2010). Para evitar las dificultades de comparación, se utilizaron diferentes estrategias; por un lado donde se recogió información abundante, y por otro, se han ofrecido descripciones detalladas y densas sobre el fenómeno estudiado, el contexto y las características de los y las participantes. No obstante, el grado de transferibilidad depende de la similitud entre los contextos y los referentes teóricos establecidos (Castillo y Vázquez, 2003; Corral, 2014).

En cuanto a la **dependencia**, o grado en el que los resultados se repetirán al replicarse el estudio (correspondiente a la confiabilidad/consistencia), se ha procedido a identificar y describir las técnicas de recolección de datos y de análisis de forma minuciosa, se explican con claridad los criterios de selección de los y las participantes así como el papel de la investigadora en el campo. Además, para incrementar la dependencia se examinaron las respuestas de los y las participantes a través de preguntas paralelas o similares, se hicieron chequeos cruzados, se duplicó la muestra realizándose en dos ambientes (Londres y Valencia) y se revisaron las transcripciones confirmando que no tuvieran errores ni omisiones, entre otras. Las entrevistas, se transcribieron textualmente, para respaldar los significados e interpretaciones realizadas, y el cuaderno de campo así como las notas de las entrevistas quedaron bajo resguardo.

En último lugar, la **confirmabilidad** remite a la neutralidad del equipo investigador. En este sentido afirmamos que los resultados de la investigación no están sesgados por motivaciones, intereses, ni perspectivas personales.

Finalmente, los criterios COREQ (Criterios Consolidados para Informar sobre Investigación Cualitativa) se aplicaron con el fin de mejorar la calidad y la transparencia del estudio (Tong, Sainsbury y Craig, 2007).

CAPÍTULO III. RESULTADOS

FASE 1. RESULTADOS EN PROFESIONALES

RESULTADOS GLOBALES: PROFESIONALES DE LA SALUD, EDUCADORES Y FUERZAS Y CUERPOS DE SEGURIDAD

La muestra total obtenida fue de 578 profesionales, de los cuales un 55.5% pertenecían a profesionales de la salud y servicios sociales, un 32.5% a profesionales docentes y un 11.9% a profesionales de los cuerpos y fuerzas de seguridad (FFyCCSS) (véase **figura 19**). En cuanto a la distribución por sexo, más del 65% de la muestra eran mujeres, siendo la media de edad de estas los 48 años, con una edad mínima de 22 años y máxima de 65 años. La media de edad de los hombres fue ligeramente superior, 49 años, siendo la edad mínima los 25 y la máxima los 68 años. La distribución por profesiones así como el resto de características sociodemográficas se muestran en la **tabla 17**.

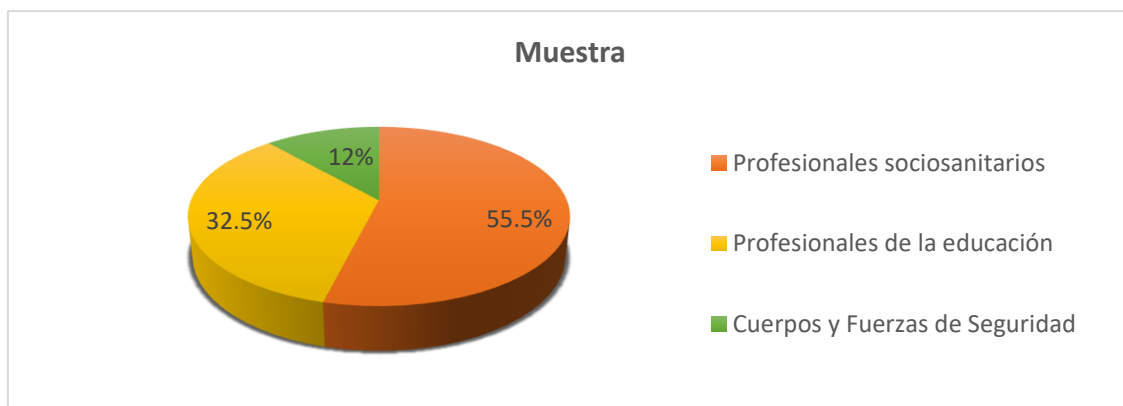


Fig. 19. Diagrama de sectores: Distribución de la muestra en función del colectivo profesional.

Se evidenció una asociación entre las variables sexo y los diferentes grupos profesionales ($p < 0.001$). Las mujeres representaban casi del 75% del colectivo de trabajadores sanitarios y el 77% del grupo docente, mientras que solamente representaron un 16% de los profesionales de los cuerpos y fuerzas de seguridad, observando una feminización clara de las diferentes profesiones (véase **figura 20**).



Fig. 20. Distribución por sexo según grupo profesional.

Por otro lado, también se encontraron diferencias significativas entre la edad y los diferentes grupos de profesionales ($p < 0.001$). Los profesionales de la sanidad fueron el grupo con mayor número de trabajadores con más de 50 años (más del 60%), mientras que en el grupo de profesionales de los cuerpos y fuerzas de seguridad apenas representaba el 17% del colectivo, estando la mayoría de policías en edades comprendidas entre los 36 y los 50 años (véase **figura 21**).

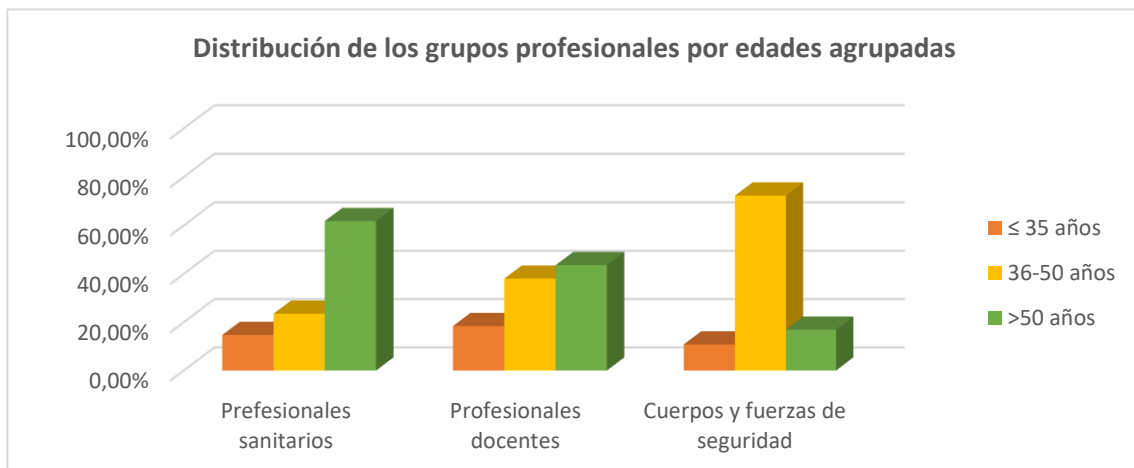


Fig. 21. Distribución de los grupos profesionales por edades agrupadas.

En cuanto a la **formación recibida**, únicamente un 12.3% del total de personas encuestadas respondieron haber recibido formación en MGF. Por grupos, menos de un 15% de profesionales sanitarios y menos de un 12% de policías locales respondieron haber sido formados y apenas un 8% de los profesionales docentes lo hicieron. Fundamentalmente las

fuentes información fueron los Servicios de Salud y Organismos Oficiales y otros como la investigación en redes, la prensa y medios de comunicación y documentales.

Sin embargo, de ese 12.3% que respondieron haber recibido formación, menos de un 9% de los mismos respondieron correctamente sobre la tipología de la MGF y los países donde se realiza. Sin tener en cuenta la formación recibida, este porcentaje apenas alcanzaba el 4% del total de participantes (2.2% de profesionales sanitarios, un 5.9% de profesionales de la educación y un 4.4% de cuerpos y fuerzas de seguridad).

En cuanto al **conocimiento del concepto y tipología** de la MGF, casi una cuarta parte (23%) de los y las encuestados/as respondieron correctamente, mientras que, por otro lado, un 50% creyó que la MGF únicamente consiste en la extirpación del clítoris. Los profesionales de los cuerpos y fuerzas de seguridad fueron el grupo que mayor conocimiento demostró, aunque sin encontrar diferencias estadísticamente significativas entre grupos.

La **identificación correcta de los países** donde se practica la MGF se consiguió únicamente por un 13.3% de la muestra total, encontrando asociación entre esta variable y los diferentes grupos de profesionales ($p < 0.05$), siendo el colectivo de los cuerpos y fuerzas de seguridad aquel que demostró poseer un mayor conocimiento sobre los países de prevalencia (21.7%) frente a los profesionales de la salud (10.9%) y al colectivo docente (14.4%).

Uniendo el conocimiento de ambos ítems –tipología de la MGF y países afectos– observamos como el colectivo docente (OR 3.7, IC 95% [1.2-10.8]) y el colectivo de CCYFFSS poseen un mayor conocimiento al respecto (OR 3.2, IC95% [0.6-16.4]), siendo este hallazgo estadísticamente significativo para el colectivo docente.

Para un 43.3% del total de la muestra, las **razones principales** por las que se practica la MGF son la tradición y la religión. La tradición y costumbres, sin incluir razones religiosas serían razones para su realización para el 36.2% de la muestra. Un 6.4% de los y las encuestadas creyeron que la práctica se debía exclusivamente a razones religiosas y un 4.2% la asociaron con la tradición y oportunidades matrimoniales, entre otras. No se observó asociación entre las razones por las que se practica la MGF y el sexo, pero sí por edad ($p < 0.001$), donde el grupo de menor edad relacionó la práctica erróneamente con la religión en mayor medida que los otros dos grupos de edad.

Del total de personas encuestadas, un 28.4% identificó correctamente la **legislación vigente** en España, encontrándose diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes profesionales y grupos de edad. En este caso, también fueron los cuerpos y fuerzas de seguridad aquellos que reconocieron correctamente la legislación en mayor proporción. Así

pues, sólo un 23.4% del colectivo de docentes y un 29% de los y las profesionales de la salud conocía ésta, comparado con casi el 40% de los cuerpos y fuerzas de seguridad ($p < 0.05$). Por otro lado, fue el grupo de mayores de 50 años quien identificó mejor la legislación vigente ($p < 0.05$).

En cuanto a la **detección de casos** de niñas y mujeres mutiladas sólo 17 personas respondieron haber encontrado algún caso a lo largo de su práctica profesional, habiendo claras diferencias entre la detección de casos y los diferentes grupos profesionales ($p < 0.05$). De estos 17 casos detectados, un 88.2% (n15) había sido identificado por profesionales de la salud y un 11.8% (n2) por docentes. Los cuerpos y fuerzas de seguridad no habían detectado ningún caso durante su experiencia profesional.

Once de los diecisiete casos eran mujeres mayores de 18 años, la mayoría de los cuales fue detectado por exploración física (n8). Sólo dos casos se detectaron gracias a una entrevista y en otro caso la detección se debió a la denuncia de una tercera persona. Cuando la detección se llevó a cabo por exploración física, en cinco ocasiones ésta fue debida a control de la gestación o revisiones ginecológicas y en los casos restantes ésta se debió a otras causas. La actuación llevada a cabo fue principalmente coordinarse con otros profesionales y preguntar si tenían hijas para realizar prevención, aunque sólo tres profesionales decidieron abordar el tema en la consulta, una profesional contestó haber ignorado el caso y en ningún caso se optó por emitir una denuncia.

Los otros restantes seis casos detectados fueron de niñas menores de 18 años y sólo la mitad de estos fue detectado en el contexto de una entrevista en consulta o exploración física. Ningún caso fue detectado por denuncia de un tercero. Cuando la detección de la menor fue durante exploración física, en dos ocasiones ésta se realizó durante el proceso de embarazo y parto. La actuación llevada a cabo fue principalmente la coordinación con otros profesionales (50%) y control por pediatría (16.7%). Nadie actuó denunciando la situación detectada.

Así pues, del resto de profesionales que no habían detectado ningún caso de niña o mujer superviviente de MGF, un 17.6% respondió no atender a población de riesgo, frente a un 26.4% que sí que reconocía atender a población de riesgo. Otro 15.5% respondió que en el marco de su actividad profesional no procedía preguntarlo, siendo el colectivo de docentes aquel con mayor porcentaje, un 30.7% no cree que en el marco de su actividad profesional deba preguntar en relación a la MGF.

Se encontró asociación entre los diferentes colectivos profesionales encuestados y las razones por las que se creyó que no se habían detectado casos de niñas y mujeres mutiladas

($p < 0.001$). Así pues, de los 556 participantes que respondieron no haber detectado ningún caso, casi un 20% de los profesionales de la salud y de los profesionales de la educación refirió no atender a población en riesgo, frente al 3% de los cuerpos y fuerzas de seguridad. Más de un 30% del colectivo docente respondió no haber detectado casos de MGF debido a que en el marco de su actividad profesional no procedía preguntarlo, frente al 7% obtenido tanto en el grupo de profesionales sanitarios como de cuerpos y fuerzas de seguridad.

En cuanto a la **detección de casos en riesgo de MGF**, de entre todas las opciones posibles de respuesta, sólo un 35.6% del total de la muestra respondió correctamente –niñas africanas que viajan a su país de origen por vacaciones e hijas de madres que han sufrido MGF-. También se encontró asociación entre los diferentes colectivos profesionales encuestados y la variable de detección de niñas o mujeres en riesgo ($p < 0.01$), siendo las FFyCCSS el grupo que demostró mayor conocimiento (52.2%), frente a los grupos de profesionales de la salud y de los profesionales de la educación donde sólo un 33.9% y un 32.5%, respectivamente, respondió correctamente. El resto de los encuestados consideró erróneamente en riesgo a toda niña africana o sólo a aquellas que habían nacido fuera de España.

En lo referente al **conocimiento de la existencia de algún protocolo de MGF**, sólo un 4.5% de la muestra total conocía alguno. Se encontró asociación significativa entre los diferentes grupos de profesionales, donde un 6.9% de los profesionales de la salud y un 4.4% de los FFyCCSS sabían de la existencia de algún protocolo de actuación frente a la MGF frente al 0.5% de los profesionales de la educación. El colectivo docente poseía menos conocimiento sobre protocolos y guías de actuación (OR 0.03 IC95% [0.0-0.3] que los otros dos colectivos profesionales estudiados.

Los conocimientos, actitudes y prácticas profesionales en relación a la MGF se muestran detalladas por sexo, edad y grupo profesional en la **tabla 18**. Las **tablas 19 y 20** muestran los modelos de regresión logística sobre conocimientos, actitudes y detección de casos de MGF según sexo, grupos de edad y grupo profesional.

Total encuestados/as	578 N	100 %
Profesión		
Profesionales sanitarios y sociales	321	55.5
Médica/o de familia	123	21.3
Ginecólogo/a	1	0.2
Pediatra	25	4.3
Enfermera/o	146	25.3
Matrón/a	11	1.9
Trabajador/a social	13	2.3
Otros/as	2	0.4
Profesionales de la educación	188	32.5
Docente de infantil	10	1.7
Docente de primaria	102	17.7
Docente de secundaria	76	13.2
Profesionales de los cuerpos de seguridad	69	11.9
Grupo GAMA	18	3.1
Grupo Patrulla	26	4.5
Grupo Barrio	25	4.3
Sexo		
Hombre	174	30.1
Mujer	379	65.6
N/C	25	4.3
Edad (años)		
≤35	80	13.8
36-50	178	30.8
>50	263	45.5
N/C	57	9.9
Formación recibida	71	12.3
Formación recibida correcta ^a	6	8.5
Identificación correcta		
Tipos de MGF	133	23
Países con prevalencia de MGF	77	13.3
Legislación	164	28.4
Razones por las que se realiza la MGF		
Tradición y costumbres	209	36.2
Razones religiosas	37	6.4
Tradición y razones religiosas	250	43.3
Tradición y oportunidades matrimoniales	24	4.2
Otras ^b	58	10
Detección de casos de MGF	17	2.9
Identificación correcta de casos en riesgo de MGF	206	35.6

Tabla 17. Características sociodemográficas de la muestra y conocimientos, actitudes y prácticas sobre MGF.

^a Aquellos que identificaron correctamente los tipos y los países de prevalencia de MGF habiendo recibido formación.

^b Otras combinaciones, no sabe/no contesta (N/C).

	GRUPOS DE EDAD (n 521)						SEXO (n 553)						GRUPO DE PROFESIONALES (n 578)					
	≤35		36-50		>50		Hombre		Mujer		p		Sanitarios		Docentes		CCyFFSS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Formación recibida MGF	9	11.3	16	9	38	14.5	19	10.9	51	13.5		48	15	15	8	8	11.6	
Formación adecuada	0	0	1	6.3	4	10.5	1	5.3	5	9.8		3	6.3	2	13.3	1	12.50	
Global	1	1.3	4	2.3	13	4.9	9	5.2	11	2.9		7	2.2	11	5.9	3	4.4	
<i>Identifica correctamente...</i>																		
Concepto de MGF	16	20	39	21.9	68	25.9	43	24.7	85	22.4		73	22.7	41	21.8	19	27.5	
Países donde se practica	9	11.3	28	15.7	34	12.9	25	14.4	49	12.9		35	10.9	27	14.4	15	21.7	
Legislación en España sobre MGF	15	18.8	47	26.4	85	32.3	55	31.6	100	26.4	P 0.049	93	29	44	23.4	27	39.1	
Protocolo actuación	3	3.4	10	5.6	12	4.6	5	2.9	21	5.5	P 0.039	22	6.9	1	0.5	3	4.4	
Razones para realización MGF	P < 0.001																	
Tradición y costumbres	16	20	66	37.1	98	37.3	61	35.1	137	36.2		120	37.4	65	34.6	24	34.8	
Razones religiosas	15	18.8	8	4.5	11	4.2	14	8.1	22	5.8		24	7.5	8	4.3	5	7.3	
Tradición y razones religiosas	40	50	82	46.1	112	42.6	76	43.7	165	43.5		130	40.5	90	47.9	30	43.5	
Tradición y oportunidades matrimoniales	4	5	5	2.8	14	5.3	6	3.5	18	4.8		15	4.7	8	4.3	1	1.5	
Otras	5	6.3	17	9.6	28	10.7	17	9.8	37	9.8		32	10	17	9	9	13	
Actitudes, medidas propuestas																		
Formar y sensibilizar	72	90	154	86.5	239	90.9	151	86.8	346	91.3		285	88.8	173	92	57	82.6	
Condenar y denunciar	51	63.8	98	55.1	112	42.6	87	50	184	48.6	P 0.001	131	40.8	105	55.9	48	69.6	
Formar/sensibilizar y condenar/denunciar	43	53.8	84	47.2	100	38	74	42.5	164	43.3	p 0.022	113	35.2	93	49.5	40	58	
Control	23	28.8	73	41	96	36.5	64	36.8	142	37.5		114	35.5	77	41	23	33.3	
Detección de casos de MGF	2	2.5	3	1.7	10	3.8	3	1.7	13	3.4		15	4.7	2	1.1	0	0	
Detección de casos en riesgo	34	42.5	65	36.5	90	34.2	74	42.5	129	34		109	33.9	61	32.5	36	52.2	

Tabla 18. Conocimientos, actitudes y detección de casos según grupos de edad, sexo y grupo profesional.

	IDENTIFICACIÓN CORRECTA DE TIPOS Y PAÍSES DE MGF	DETECCIÓN DE CASOS	ACTUACIÓN			DETECCIÓN CASOS DE RIESGO	CONOCIMIENTO PROTOCOLO ACTUACIÓN
			Formar y sensibilizar	Condenar y denunciar	Formar/sensibilizar y condenar/denunciar		
Sexo							
Hombre	1 0.6 (0.2-1.7)	1 1.3 (0.3-4.9)	1 1.2 (0.6-2.5)	1 1.3 (0.8-1.9)	1 1.2 (0.8-1.9)	1 1.1 (0.7-1.7)	1 2.1 (0.7-6.8)
Mujer							
Grupos de edad							
≤35 años	1	1	1	1	1	1	1
36-50 años	1.6 (0.1-13.3)	0.57 (0.07-4.16)	0.6 (0.2-1.7)	0.5 (0.3-1.0)*	0.6 (0.3-1.0)	1.8 (1.0-3.3)*	1.7 (0.4-6.6)
>50 años	4.7 (0.6-38.0)	1.31 (0.2-6.2)	0.8 (0.3-2.2)	0.4 (0.2-0.8)*	0.5 (0.3-0.9)*	1.4 (0.8-2.5)	1.07 (0.2-3.9)
Grupo de profesionales							
Profesionales sanitarios	1	1	1	1	1	1	1
Docentes	3.7 (1.2-10.8)*	0.3 (0.07-1.5)	1.8 (0.8-3.8)	1.7 (1.1-2.5)*	1.7 (1.2-2.6)*	1.08 (0.7-1.6)	0.07 (0.009-0.5)*
Cuerpos de seguridad	3.2 (0.6-16.4)	-	0.7 (0.3-1.9)	3.8 (1.9-7.7)*	2.9 (1.5-5.5)*	0.8 (0.4-1.6)	0.7 (0.1-3.4)

Tabla 19. Modelo de regresión logística sobre conocimientos, actitudes y detección de casos de MGF según sexo, grupos de edad y grupo profesional. Análisis multivariante sobre la muestra total de profesionales. Se expresan Odds ratio e intervalos de confianza de 95% entre paréntesis. * $p < 0.05$ en comparación con la categoría de referencia

	DETECCIÓN DE CASOS	ACTUACIÓN				DETECCIÓN DE CASOS DE RIESGO	CONOCIMIENTO PROTOCOLO ACTUACIÓN
		Formar y sensibilizar	Condenar y denunciar	Formar/sensibilizar y condenar/denunciar	Control		
Sexo							
Hombre	1	1	1	1	1	1	1
Mujer	1.4 (0.37-5.40)	1.2 (0.62-2.53)	1.3 (0.86-2.07)	1.3 (0.85-2.07)	1.1 (0.72-1.74)	1.01 (0.65-1.59)	2.06 (0.65-6.55)
Grupos de edad							
≤35 años	1	1	1	1	1	1	1
36-50 años	0.5 (0.07-4.01)	0.6 (0.24-1.71)	0.5 (0.33-1.05)	0.6 (0.35-1.09)	1.8 (1.01-3.30)*	0.6 (0.34-1.07)	1.9 (0.49-7.66)
>50 años	1.09 (0.22-5.35)	0.8 (0.33-2.23)	0.4 (0.27-0.80)*	0.5 (0.31-0.91)*	1.3 (0.78-2.42)	0.6 (0.39-1.16)	0.7 (0.18-2.90)
Grupo de profesionales							
Profesionales sanitarios	1	1	1	1	1	1	1
Docentes	0.2 (0.05-1.30)	1.7 (0.84-3.81)	1.6 (1.09-2.46)*	1.7 (1.13-2.57)*	1.03 (0.68-1.57)	0.8 (0.54-1.28)	0.03 (0.003-0.29)*
Cuerpos de seguridad	-	0.7 (0.30-1.94)	3.8 (1.92-7.74)*	2.8 (1.47-5.53)*	0.8 (0.41-1.57)	2.5 (1.32-4.94)*	0.3 (0.07-1.90)
Formación							
No recibida	1	1	1	1	1	1	1
Recibida	7.1 (1.25-40.11)*	1.7 (0.22-13.94)	3.8 (1.21-12.35)*	3.5 (1.2-10.4)*	2.8 (1.06-7.58)*	3.8 (1.38-10.84)	44.2 (10.0-194.7)*

Tabla 20. Modelo de regresión logística sobre detección de casos, actitudes y conocimientos sobre protocolos de actuación según sexo, grupos de edad, grupos de profesionales y formación recibida (variable formación como independiente). Se expresan Odds ratio e intervalos de confianza de 95% entre paréntesis. * $p < 0.05$ en comparación con la categoría de referencia

PROFESIONALES DE LA SALUD

El total de cuestionarios obtenidos fue de 321; suponiendo esto una representación del 71.1% de del total del profesionales de la medicina de familia del departamento, un 49% del total de los pediatras del departamento de salud, un 86.9% de las y los enfermeras/os, un 57.9% de las y los matronas/es del departamento de salud y un 100% del grupo de trabajadores/as sociales, según los datos institucionales obtenidos tras la distribución y recogida de los cuestionarios.

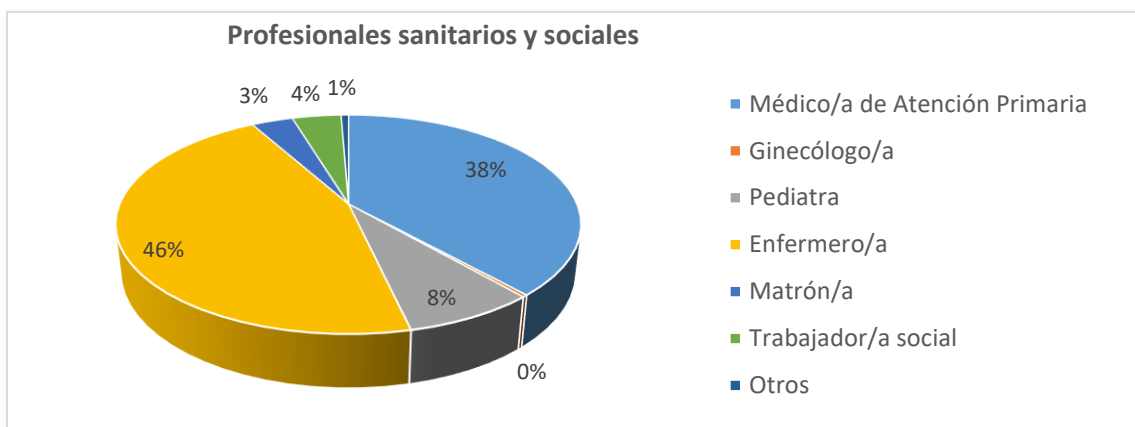


Fig. 22. Distribución por categorías profesionales de la muestra de profesionales sociosanitarios.

El 71.7 % de los encuestados fueron mujeres. La media de edad de las mujeres fue ligeramente inferior (49.63) a la de los hombres (53.13), siendo la edad mínima los 22 años y la máxima 68. Las características sociodemográficas de la muestra así como los conocimientos, actitudes y prácticas profesionales en relación a la MGF se muestran en la **tabla 21** y quedan detalladas por sexo, edad y grupo profesional en la **tabla 22**.

Solo el 15% de los profesionales contestó haber recibido **formación** sobre MGF. Las fuentes de formación fueron fundamentalmente de ONGs y asociaciones (16.7%) y organismos oficiales (33.3%), aunque el mayor porcentaje (35.4%) respondió haber recibido información de forma autodidacta a través de los medios de comunicación, televisión, prensa y redes sociales. Sin embargo, de aquellos que respondieron haber recibido formación en este área de conocimiento, sólo el 6.3% identificó correctamente los tipos de MGF y los países donde se realiza esta práctica, considerando estos dos ítems los más relevantes en relación al conocimiento sobre la práctica de la MGF. Así pues, del total de la muestra, independientemente

de haber recibido formación o no sobre el tema, sólo el 2.2% tipificaron correctamente la MGF e identificaron los países de prevalencia de esta práctica.

Fijándonos exclusivamente en la identificación correcta de los **tipos de MGF**, el 22.7% (n73) identificó correctamente la tipología de la MGF, aunque la gran mayoría de los encuestados (45.8%) respondió que la mutilación consiste únicamente en la extirpación del clítoris. Se hallaron diferencias estadísticamente significativas entre los diferentes grupos de profesionales, siendo las matronas el grupo con mayor conocimiento sobre la tipología de la MGF ($p < 0.001$).

En cuanto a los **países donde se practica la MGF**, sólo el 5% identificaron correctamente la zona geográfica, dándose por correcta la respuesta -algunos países africanos, de oriente medio y asiáticos-. El 8.4% asociaron la práctica de la MGF exclusivamente a los países musulmanes, el 5.3% a todo el continente africano y otros (49.5%) lo asociaron sólo a algunos países africanos, entre todas las opciones.

Sobre las **razones por las que se realiza la MGF**, el 37.4% respondió por tradición y costumbres, el 40.5% por tradición y costumbres y por razones religiosas, el 3.7% respondió por tradición y costumbres, por razones religiosas y por mejores oportunidades matrimoniales, el 4.7% respondió por tradición y costumbres, por mejores oportunidades matrimoniales y el 7.5% respondió exclusivamente por motivos religiosos. La higiene y las razones estéticas obtuvieron porcentajes menores.

No se obtuvieron diferencias por sexo pero sí se encontró estadísticamente significativa la asociación entre la creencia sobre la realización de MGF y la edad ($p < 0.001$). La creencia de que la MGF se debe a razones religiosas es más frecuente entre los profesionales del grupo más joven, mientras que la tradición y costumbre como motivo de la realización de esta práctica es mayor entre el grupo de profesionales mayores de 50 años.

Menos de un tercio de los y las encuestados/as (28%) identificó correctamente la **legislación** vigente en España actualmente; mismo porcentaje que aquellos que respondieron no conocer la legislación vigente. Por otro lado, el 38.3% piensa que la MGF es un delito sólo si se realiza en España y el resto (4.4%) respondieron que la MGF no está legislada en España. No se observó asociación entre el conocimiento de la legislación y el sexo, la edad o el grupo profesional.

De los y las profesionales del Departamento de Salud Valencia-Clínico-Malvarrosa encuestados, sólo el 4.7% (n15), respondieron haber encontrado algún caso de MGF durante su práctica profesional. De estos, 11 eran mujeres (79%) y 3 eran hombres (21%) (uno no

respondió). En cuanto a la profesión, cinco enfermeras (el 3.4% de las enfermeras habían encontrado al menos un caso de MGF), cuatro matronas (el 36.4% de las matronas habían encontrado un caso de MGF), cuatro médicos y médicas de familia (3.3%), una trabajadora social (7.7%) y un pediatra (4%) respondieron haber encontrado algún caso de MGF durante su práctica profesional. Además, las matronas fueron el único colectivo que contestó haber encontrado más de un caso de MGF.

La detección de casos fue similar entre hombres y mujeres, ligeramente mayor en el colectivo masculino, pero fundamentalmente se llevó a cabo por profesionales menores de 35 años del área materno-infantil (OR 5.1; IC 95% [1.37-19.4]). Sin considerar la variable formación como explicativa y subdividiendo el colectivo de profesionales, las matronas habían detectado más casos de MGF (OR 40.8; IC 95% [5.17-322.1]) que los trabajadores sociales y pediatras, siendo esta diferencia estadísticamente significativa.

Además, las matronas fueron el colectivo que mejor identificó correctamente los tipos de MGF y los países donde se realiza la práctica (OR 16.6; IC 95% [1.46-188.60]), detectan mejor los casos en riesgo (OR 3.3; IC 95% [0.70-9.45]) y conocían la existencia de diferentes protocolos de actuación (OR 26.8; IC 95% [4.74-152.4]).

La detección de los casos se dividió en detección en niñas menores de 18 años y mayores de 18 años. De los 15 casos encontrados, 11 fueron en mujeres adultas; de los cuales el 72.7% se detectaron durante una exploración física, dos casos (18.2%) a través de entrevista clínica y sólo un caso a través de denuncia de un tercero. La detección se realizó por control de embarazo (9.1%) y revisión ginecológica (36.4%) y por exploración de otra causa en los restantes 5 casos (45.5%). La detección fue casual, ya que en ningún caso la exploración se debió a sospecha de MGF. En relación a la actuación tomada ante el encuentro de MGF, una persona decidió ignorarlo (9.1%) y el resto decidieron actuar, fundamentalmente coordinándose con otros profesionales (45.5%) o bien abordando el tema en la consulta y preguntando si tiene hijas para prevenir en el otro 45.5% de los encuestados. Sin embargo, ninguno de los encuestados denunció los hallazgos encontrados.

En cuanto a la detección de MGF en niñas menores de 18 años, sólo 4 casos fueron encontrados, siendo también en esta ocasión por entrevista y exploración física en la misma proporción (50%), y ningún caso por denuncia de un tercero. Cuando la detección se realizó tras exploración física, en ambos casos fue por control de embarazo en mujeres menores de edad. De la misma forma, fueron hallazgos casuales y no secundarios a exploración por sospecha de MGF. De los dos encuestados que respondieron a la pregunta sobre actitud tomada ante la

detección de un caso en una menor, los dos respondieron que consultaron/se coordinaron con otros profesionales. Ninguno abordó el tema en la consulta ni denunció la situación encontrada.

De aquellos que respondieron no haber detectado casos de MGF (93.8%), el 7.3% (n22) respondió que en el marco de su actividad profesional no procedía preguntarlo, un 30.9% (n93) asumió atender a población en riesgo pero no haber detectado ningún caso, un 19.2% (n58) respondió no atender a población en riesgo y el resto (42.5%) no respondió la pregunta.

Por otro lado, para la **detección de casos en riesgo de MGF**, 34% de los encuestados respondieron correctamente a la pregunta de qué es un caso de riesgo de MGF. Un 10.3% consideró en riesgo a toda niña africana y otro 5.3% respondió toda niña africana que viajara a su país de origen por vacaciones.

En caso de detección de niñas o mujeres en riesgo de MGF, de los profesionales sanitarios encuestados (excluyendo trabajadores sociales) un 55.2% contestó que actuaría siempre, frente a un 34% que respondió no actuar por no saber cómo hacerlo. Un 2.8% actuaría sólo en caso de viaje de la niña al país de origen. Un 3.7% respondió que no actuaría ya que no entra dentro de sus competencias, y una persona respondió no tener tiempo para actuar.

En cuanto a la priorización de la actuación a realizar tras la detección de un caso (excluyendo a los trabajadores sociales), trabajar en prevención obtuvo el mayor número de respuestas como prioridad 1 (40.5%); explorar a la niña para ver si tiene la MGF obtuvo su mayor porcentaje de respuesta en prioridad 2 de actuación con un 26.6%; registrar los hallazgos en la historia clínica obtuvo su mayor porcentaje como prioridad 3 (27.9%); consultar/coordinarme con otros profesionales obtuvo prioridad 4 (27.9%); y poner el caso en conocimiento del juzgado el 40.5% de los encuestados coincidieron en colocar esta opción como la última en la lista de prioridades de actuación.

Por otro lado, los trabajadores sociales respondieron en un 77% que actuarían siempre ante la detección de un caso de riesgo y el resto (23%) respondió no saber cómo actuar. El 80% de los y las trabajadores/as sociales encuestados/as coincidió en priorizar como primera opción el contacto con el equipo de pediatría; consultar/coordinarme con otros profesionales obtuvo su máxima tasa de respuesta como prioridad 2 (40%); explicar a los padres las consecuencias se priorizó como opción 3 por el 40% de los encuestados; y poner el caso en conocimiento del juzgado volvió a ser la opción más elegida como última en prioridad por un 60% de los trabajadores sociales.

Las características de los profesionales que pueden haber influido en la detección de casos, las actitudes y los conocimientos se muestran en la **tabla 23**.

Las **medidas propuestas** por los profesionales para evitar la MGF en España fueron similares entre hombres y mujeres, pero se obtuvieron diferencias significativas entre las diferentes edades. Las medidas de control y supervisión de las menores fueron propuestas mayormente en los grupos de mayor edad (OR 2.8; IC 95% [1.18-6.99] en grupo de 36-50 años, y OR 2.1; IC 95% [0.94-4.74] en los mayores de 50 años) y las medidas de condena y denuncia fueron en el grupo más joven. Formar y sensibilizar obtuvo resultados más uniformes entre los diferentes grupos de edad y por sexo.

Finalmente, en relación con el conocimiento sobre la existencia de algún **protocolo de actuación**, sólo el 6.9% de los encuestados admitió conocer algún protocolo de actuación, obteniendo diferencias estadísticamente significativas entre las diferentes profesiones y el conocimiento sobre la existencia de protocolos de actuación. Las matronas, los pediatras y las trabajadoras sociales, con un 45.5%, un 28% y un 23.1% respectivamente, fueron los profesionales más conscientes de la existencia de los mismos.

	N	%
Total encuestados/as	321	100
Profesionales sanitarios y sociales		
Médica/o de familia	123	38.3
Ginecólogo/a	1	0.3
Pediatra	25	7.8
Enfermera/o	146	45.5
Matrón/a	11	3.4
Trabajador/a social	13	4.1
Otros	2	0.6
Sexo		
Hombre	77	24
Mujer	230	71.7
Otros	2	0.6
N/C	12	3.7
Edad (años)		
≤35	43	13.4
36-50	69	21.5
>50	181	56.4
N/C	28	8.7
Formación recibida	48	15
Formación recibida adecuada ^a	3	6.3
Identificación correcta		
Tipos de MGF	73	22.7
Países con prevalencia de MGF	16	5
Legislación	93	29
Razones por las que se realiza la MGF		
Tradición y costumbres	120	37.4
Razones religiosas	24	7.5
Tradición y razones religiosas	130	40.5
Tradición y oportunidades matrimoniales	15	4.6
Otras ^b	32	10
Detección de casos de MGF	15	4.7
Identificación correcta de casos en riesgo de MGF	109	34
Actitudes^c		
Educación y sensibilizar	285	88.8
Condenar y denunciar	131	40.8
Educación y denunciar	113	35.2
Control	114	35.5

Tabla 21. Características sociodemográficas de la muestra y conocimientos, actitudes y prácticas en profesionales sociosanitarios.

^a Aquellos/as que identificaron correctamente los tipos y los países afectados por la MGF habiendo recibido formación.

^b Otras combinaciones, no sabe/no contesta (N/C).

^c “Educar y sensibilizar”: formar a los profesionales de atención primaria y sensibilizar a los padres/población; “condenar y denunciar”: penar la realización de la MGF y denunciar a las autoridades; “educar y denunciar”: combinación de las dos opciones previas; “control”: realizar prevención en niñas que viajan a sus países de origen y puedan estar en riesgo, así como controles rutinarios ginecológicos hasta los dieciocho años.

	GRUPOS DE EDAD (n 293)						SEXO (n 307)						PROFESIONALES (n 321)						p				
	≤35 (n 43)		36-50 (n 69)		>50 (n 181)		Hombre (n 77)		Mujer (n 230)		MAP (n 123)		Pediatria (n 25)		Enfermera/o (n 146)		Matrona (n 11)			T.social (n 13)			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%	N	%
CONOCIMIENTOS																							
<i>Identifica correctamente</i>																							
Concepto y tipos de MGF	9	20.9	16	23.2	43	23.8	17	22.1	54	23.5	29	23.6	8	32	25	17.1	8	72.7	3	23	0.001		
Países con prevalencia	1	2.3	4	5.8	8	4.4	5	6.5	10	4.4	13	37.2	6	17.1	13	37.1	1	2.7	2	5.7			
Legislación	8	18.6	16	23.2	59	32.6	21	27.3	66	28.7	40	43	10	10.7	33	35.5	6	6.5	3	3.2			
Protocolo de actuación	3	7	6	8.70	12	6.63	4	5.2	18	7.8	3	2.4	7	28.0	3	2.1	5	45.5	3	23.1	<0.001		
Razones						<0.001																	
Tradicón y costumbres	5	11.6	27	39.1	71	39.2	28	36.4	85	37	53	44.2	8	6.7	49	40.8	4	3.3	5	4.2			
Razones religiosas	11	25.6	5	7.3	6	3.3	5	6.5	19	8.3	8	33.3	1	4.2	15	62.5	0	0	0	0			
Tradicón y razones religiosas	20	46.5	28	40.6	74	40.9	31	40.3	93	40.4	45	34.6	14	10.7	59	45.4	3	2.3	7	5.4			
Tradicón y oportunidades matrimoniales	3	7	3	4.4	9	5	4	5.2	11	4.8	5	33.3	0	0	8	53.3	2	13.3	0	0			
Otras	4	9.3	6	8.7	21	11.6	9	11.7	22	9.6	12	37.5	2	6.3	15	46.9	2	6.3	1	3.1			
Formación recibida	7	16.3	8	11.6	30	16.5	10	13	37	16.1	14	11.3	5	20	19	13	7	63.6	2	15.3	0.006		
Formación adecuada^a	0	0	0	0	3	10	0	0	3	8.1	1	0.8	0	0	0	0	2	18.2	0	0	<0.001		
ACTITUDES																							
Formar y sensibilizar	39	90.7	59	85.5	163	90.1	68	88.3	206	89.6	110	89.4	24	96	124	84.9	11	100	13	100			
Condenar y denunciar	25	58.1	26	37.7	71	39.2	31	40.3	93	40.4	46	39.8	11	44	62	42.5	3	27.3	5	38.5			
Formar/sensibilizar y condenar/denunciar	21	48.8	21	30.4	64	35.4	27	35.1	81	35.2	45	36.6	10	40	49	33.6	3	27.3	5	38.5			
Control	10	23.3	30	43.5	66	36.5	28	36.4	82	35.7	46	37.4	13	52	46	31.5	2	18.2	4	30.8			
DETECCIÓN																							
Detección de casos	2	4.7	3	4.4	8	4.4	3	3.9	11	4.8	4	3.3	1	4	5	3.4	4	36.4	1	7.7			
Identificación correcta de casos en riesgo de MGF	17	39.5	21	30.4	63	34.8	30	39	78	33.9	35	28.5	11	44	51	34.9	6	54.6	5	38.5			

Tabla 22. Conocimientos, actitudes y detección de casos según sexo, edad y categoría profesional sociosanitaria.

	DETECCIÓN			ACTITUDES, MEDIDAS PROPUESTAS				CONOCIMIENTOS	
	Casos de MGF	Casos en riesgo	Educación y sensibilizar	Condenar y denunciar	Educación y denunciar	Control	Protocolo de actuación	Identificación correcta de tipos y países con prevalencia	
Sexo									
Hombre	1	1	1	1	1	1	1	1	
Mujer	0.8 (0.19-3.30)	0.9 (0.51-1.60)	1.1 (0.49-2.71)	0.9 (0.55-1.70)	0.9 (0.55-1.74)	1.02 (0.58-1.81)	1.1 (0.26-4.83)	0.7 (0.13-4.68)	
Edad (años)									
≤35	1	1	1	1	1	1	1	1	
36-50	0.4 (0.06-3.91)	0.6 (0.29-1.55)	0.6 (0.17-2.16)	0.4 (0.19-0.98)*	0.4 (0.20-1.03)	2.8 (1.18-6.99)*	1.003 (0.18-5.49)	-	
>50	0.6 (0.11-3.43)	0.8 (0.41-1.69)	0.9 (0.30-3.07)	0.4 (0.21-0.87)*	0.5 (0.27-1.10)	2.1 (0.94-4.74)	0.4 (0.08-2.24)	-	
Profesión									
MAP y enfermeros/as	1	1	1	1	1	1	1	1	
Matronas, pediatras y ginecólogos/as	5.1 (1.37-19.4)*	1.6 (0.80-3.42)	5.5 (0.70-43.57)	0.7 (0.37-1.66)	0.9 (0.45-2.02)	1.3 (0.62-2.71)	26.38 (7.57-91.93)*	7.4 (1.39-39.43)*	
Trabajadores/as sociales y otros	4.6 (0.47-46.22)	1.58 (0.47-5.26)	-	1.1 (0.33-3.68)	1.4 (0.44-4.88)	1.06 (0.32-4.40)	10.5 (1.59-70.54)*	-	
Formación									
No recibida	1	1	1	1	1	1	1	1	
Recibida	8.6 (1.14-64.9)	0.7 (0.12-4.39)	0.3 (0.03-3.68)	3.5 (0.61-20.44)	1.9 (0.36-10.08)	0.7 (0.13-4.40)	195.6 (13.9-2750.1)*	-	
Profesiones									
MAPs	1	1	1	1	1	1	1	1	
Ginecólogos/as	-	-	-	-	-	-	-	-	
Paediatras	2.5 (0.21-30.11)	1.9 (0.77-4.97)	2.1 (0.25-18.09)	1.09 (0.44-2.70)	1.05 (0.39-2.62)	1.5 (0.62-3.82)	12.9 (3.0-55.67)	2.9 (0.24-34.82)	
Enfermeros/as	1.8 (0.32-11.14)	1.6 (0.92-2.91)	0.4 (0.20-1.13)	0.8 (0.51-1.51)	0.6 (0.39-1.18)	0.8 (0.45-1.39)	0.7 (0.13-3.63)	0.5 (0.04-6.66)	
Matrones/as	40.8 (5.17-322.1)*	3.3 (0.70-9.45)	-	0.4 (0.10-1.8)	0.5 (0.12-2.06)	0.3 (0.07-1.78)	26.8 (4.74-152.4)*	16.6 (1.46-188.60)*	
Trabajadores/as sociales	7.4 (0.54-102.4)	2.5 (0.70-9.45)	-	0.8 (0.22-3.06)	0.9 (0.25-3.52)	0.7 (1.19-2.71)	6.2 (0.84-45.95)	-	

Tabla 23. Modelo de regresión logística sobre conocimientos, actitudes y detección de casos de MGF en profesionales sociosanitarios. Se expresan Odds ratio e intervalos de confianza de 95% entre paréntesis. * $p < 0.05$ en comparación con la categoría de referencia.

EDUCADORES/AS

El total de cuestionarios obtenidos de profesionales de la educación fue de 188, de los cuales 10 fueron docentes de educación infantil (5.3%), 102 fueron docentes de educación primaria (54.3%) y 76 fueron docentes de educación secundaria (40.4%).

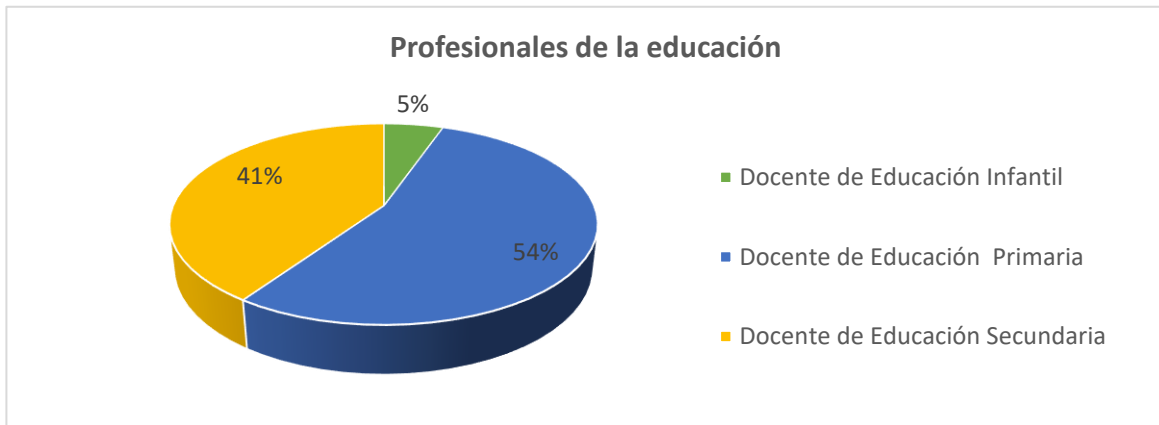


Fig. 23. Distribución por categorías profesionales de la muestra de educadores/as.

En cuanto al sexo, y siguiendo el mismo modelo feminizado de las profesiones sanitarias, las mujeres tuvieron una representación mayoritaria del colectivo encuestado (73.4%). Sin embargo, así como el personal docente de educación infantil (90%) y de educación primaria (77.4%) se caracterizan fundamentalmente por ser mujer, el grupo de educación secundaria representa el grupo menos feminizado, donde la relación mujer-hombre se estrecha (grupo masculino un 32.9% y el femenino un 65.8%).

La edad media de los profesionales encuestados fue 46,5 años, siendo la edad mínima los 27 años y la máxima los 61 años.

Englobando los tres grupos de profesionales de la educación, el grupo más numeroso es el de mayor edad (n71, 37.7%). Sin embargo, si fraccionamos el grupo en los tres subgrupos mencionados se observa que las y los docentes de infantil y primaria pertenecen mayoritariamente al grupo de edad comprendido entre los 36 y los 50 años, ambos inclusive (60% y 38.2% respectivamente); mientras que las y los docentes de educación secundaria son un grupo más envejecido (n37, 48.7%).

En cuanto a la **formación**, menos de un 10% (n15) refirió haber recibido a lo largo de su desarrollo profesional. Además, entre las y los profesionales que contestaron haber recibido formación sólo dos (13.3%) contestaron correctamente saber en qué consiste la MGF y los países

en los que esta práctica es realizada. La información provenía fundamentalmente de redes sociales, prensa y comunicación (n9, 60%) y en segundo lugar de ONGs y asociaciones (n4, 26.7%).

Sin tener en cuenta la formación recibida, únicamente el 5.9% de profesionales respondieron correctamente a ambos ítems. De estos, un 14.6% de los hombres identificaron correctamente la tipología y los países donde se realiza esta práctica mientras que sólo un 3.6% de las mujeres lo hicieron, siendo esta diferencia entre sexos significativa (OR 0.17, 95% CI [0.03-0.75]).

Centrándonos exclusivamente en **el concepto de MGF** casi la mitad de los encuestados respondieron que esta práctica consiste únicamente en la extirpación del clítoris (n87, 46.3%) y sólo una quinta parte respondió correctamente a la pregunta planteada (n41, 21.8%). Veinticinco personas respondieron no conocer la respuesta (13.3%). Por otro lado, en cuanto a los **países donde se practica la MGF** un 4.3% cree que sólo se realiza en países musulmanes, y un 4.8% cree es una práctica habitual en toda África. La mitad de los encuestados respondió que es una práctica exclusiva de algunos países africanos y un 7.4% incluyó países de oriente medio. Sin embargo, solo un 13.3% (n25) de los y las educadores/as respondieron correctamente, incluyendo algunos países africanos, de oriente medio y países asiáticos.

Las **razones** para la realización de esta práctica según este colectivo serían principalmente relacionadas con las tradiciones y costumbres y religión (n90, 47.9%), seguidas de tradición y costumbres (n65, 34.6%), sin encontrar diferencias significativas entre los diferentes grupos.

En el caso del conocimiento de la **legislación** reguladora de la MGF en España, menos de un cuarto (23.4%) de las personas encuestadas conocían la legislación vigente. Los docentes (34.2%) eran más conocedores de esta legislación en relación con las docentes (19.6%), y el grupo de mayor edad respondió a la pregunta correctamente en el doble de proporción (31%) que en los otros dos grupos de edad (13.3%, 17.7%) siendo esta diferencia estadísticamente significativa (p 0.003).

En cuanto a las **medidas para evitar la MGF en España, las actitudes** de los diferentes profesionales fueron distintas. Un 92% de los profesionales de la educación encuestados contestaron que la actitud a seguir sería formar a los y las profesionales para la prevención y sensibilizar a los padres y madres, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre hombres y mujeres (p 0.01), siendo éstas las que respondieron en mayor proporción.

Por otro lado, sólo un 55.9% ante un caso de MGF contestaron que denunciarían y condenarían el caso, sin encontrar diferencias significativas entre sexos. No obstante, relacionando la edad de los y las encuestados/as y la actitud de denuncia y condena sí que observamos diferencias entre grupos ($p < 0.02$), donde los y las docentes más jóvenes son aquellos que mayoritariamente respondieron que denunciarían esta práctica. Si combinamos las dos respuestas previas, y siendo que la opción de respuesta fue múltiple, menos de la mitad de los y las encuestados/as respondieron que su actitud sería por un lado formar o sensibilizar y por otro condenar la práctica o denunciar ante las autoridades competentes.

Por último, impedir que las niñas viajen a sus países de origen y hacer revisiones periódicas de los genitales de las niñas, englobadas bajo el título de actitud de control, recibieron la menor puntuación, donde únicamente un 40% de los y las docentes respondieron que actuarían de esta manera, sin encontrar grandes diferencias por sexo y/o por edad.

Solo dos docentes refirieron haber **encontrado algún caso de MGF** durante su experiencia profesional. Ambas eran mujeres mayores de 50 años y docentes de educación primaria, por lo que la detección se llevó a cabo en niñas menores de 18 años. En el primer caso la detección de una alumna con MGF ocurrió mediante entrevista y la maestra decidió consultar y coordinarse con otros profesionales para su abordaje. En el segundo caso en cambio, la detección fue realizada ante sospecha de MGF por parte de la maestra y también se actuó de la misma manera.

De los y las que respondieron no haber encontrado ningún caso de MGF durante su ejercicio profesional, menos de una quinta parte (19.9%, $n=37$) marcó como posible causa la no atención a población en riesgo en su ejercicio profesional habitual. En similar proporción, un 21.5% de los y las docentes refirieron atender a población en riesgo, pero no haber detectado ningún caso y, más de un tercio (31.7%) refirió que en el marco de su actividad profesional no procede preguntar sobre esta práctica. El resto no contestó a la pregunta.

En cuanto a la **identificación de casos en riesgo**, un tercio de los y las docentes (32.5%) respondieron correctamente a la pregunta de qué es un caso de riesgo de MGF, destacando el grupo de docentes más jóvenes como aquellos con mayor conocimiento (40%), frente al 27.4% de los docentes entre 36 y 50 años (OR 0.36 [CI 95% 0.13-0.99]), y aquellos más mayores con un 32.4% (OR 0.56 [0.21-1.50]). A su vez, se observó una tendencia de los y las maestras de educación primaria para identificar mejor los casos en riesgo (OR 4.95, CI 95% [0.57-42.4]) que aquellos que trabajan en educación secundaria (OR 2.72, CI 95% [0.29-24.98]) o educación infantil, aunque no se obtuvo significación estadística. Además, aquellos que recibieron

formación previa identificaron mejor los casos en riesgo que los que no tenían formación previa, siendo esta diferencia estadísticamente significativa (OR 7.46, CI 95% [1.41-39.30]).

En caso de detección de niñas o mujeres en riesgo de MGF, de los profesionales encuestados, más de la mitad (54.3%) contestó que actuaría siempre frente a un 35.6% que respondió no actuar por no saber cómo hacerlo. Un 4.8% respondió que no actuaría ya que no entra dentro de sus competencias, y sólo tres personas (1.6%) respondieron que actuarían sólo en caso de viaje de la niña al país de origen. Ninguna de las personas encuestadas refirió no tener tiempo para actuar frente a un caso de MGF.

En cuanto a **la priorización de la actuación** a realizar tras la detección de un caso, consultar/coordinación con otros profesionales obtuvo el mayor número de respuestas cómo prioridad 1 (65.4%); contactar con los servicios de pediatría obtuvo su mayor porcentaje de respuesta en prioridad 2 de actuación con un 40.4%; explicar a los padres y madres las consecuencias de la práctica obtuvo su mayor porcentaje como prioridad 3 (33%); poner el caso en conocimiento del juzgado (26.1%) fue considerada por la mayoría en prioridad 4; y abordar el tema en clase con el alumnado coincidió por un 41.5% de los y las docentes como la última opción en la lista de prioridades de actuación.

En relación con el conocimiento sobre la existencia de algún **protocolo de actuación**, únicamente una docente de educación secundaria entre 36-50 años conocía la existencia de algún protocolo de actuación en relación a la MGF. Esta profesional hizo referencia a la existencia de una hoja de firma de las familias previo al viaje fuera de España de las hijas.

Las características sociodemográficas de la muestra así como los conocimientos, actitudes y prácticas profesionales en relación a la MGF se muestran en la **tabla 24** y quedan detalladas por sexo, edad y grupo profesional en la **tabla 25**. La **tabla 26** muestra el modelo de regresión logística sobre conocimientos, actitudes y detección de casos de MGF según sexo, grupos de edad, profesión y formación recibida.

	N	%
Total encuestados/as	188	100
Profesión		
Docentes de educación infantil	10	5.3
Docentes de educación primaria	102	54.3
Docentes de educación secundaria	76	40.4
Sexo		
Hombre	41	21.8
Mujer	138	73.4
N/C	9	4.8
Edad (años)		
≤35	30	16
36-50	62	33
>50	71	37.7
N/C	25	13.3
Formación recibida	15	8
Formación recibida adecuada ^a	2	13.3
Identificación correcta		
Tipos de MGF	41	21.8
Países con prevalencia de MGF	25	13.3
Legislación	44	23.4
Razones por las que se realiza la MGF		
Tradición y costumbres	65	34.6
Razones religiosas	8	4.3
Tradición y razones religiosas	90	47.9
Tradición y oportunidades matrimoniales	8	4.3
Otras ^b	17	9
Detección de casos de MGF	2	1.1
Identificación correcta de casos en riesgo de MGF	61	32.5
Actitudes^c		
Educación y sensibilizar	173	92
Condenar y denunciar	105	55.9
Educación y denunciar	93	49.5
Control	77	41

Tabla 24. Características sociodemográficas de la muestra y conocimientos, actitudes y prácticas en educadores/as.

^a Aquellos/as que identificaron correctamente los tipos y los países de prevalencia de MGF habiendo recibido formación.

^b Otras combinaciones, no sabe/no contesta (N/C).

^c “Educar y sensibilizar”: formar a los profesionales de atención primaria y sensibilizar a los padres/población; “condenar y denunciar”: penar la realización de la MGF y denunciar a las autoridades; “educar y denunciar”: combinación de las dos opciones previas; “control”: realizar prevención en niñas que viajan a sus países de origen y puedan estar en riesgo, así como controles rutinarios ginecológicos hasta los dieciocho años.

	GRUPOS DE EDAD (n 163)						SEXO (n 179)						PROFESIÓN (n 188)						p
	≤35		36-50		>50		Hombre		Mujer		Educación infantil		Educación primaria		Educación secundaria				
	N	%	N	%	N	%	(n 41)	(n 138)	(n 10)	(n 102)	(n 76)	N	%	N	%	N	%		
CONOCIMIENTOS																			
	<i>Identifica correctamente</i>																		
Concepto y tipos de MGF	4	13.3	12	19.6	21	29.6	13	31.7	26	18.8	3	30	17	16.7	21	27.6			
Países con prevalencia	2	6.7	8	12.9	15	21.1	6	14.6	20	14.5	0		19	18.6	8	10.5			
Legislación	4	13.3	11	17.7	22	31	14	34.2	27	19.6	3	30	14	13.7	27	35.5		0.03	
Protocolo de actuación	0		1	1.6	0		0		1	0.7	0		0		1	1.3			
Razones																			
Tradición y costumbres	9	30	22	35.5	24	33.8	12	29.3	49	35.5	3	30	39	38.2	23	30.3			
Razones religiosas	3	10	1	1.6	3	4.2	4	9.7	3	2.2	0		5	4.9	3	4			
Tradición y razones religiosas	16	53.3	32	51.6	35	49.3	19	46.3	68	49.3	4	40	45	44.2	41	54			
Tradición y oportunidades matrimoniales	1	3.3	1	1.6	5	7	2	4.8	6	4.4	1	10	3	2.9	4	5.3			
Otras	1	3.3	6	9.7	4	5.6	4	9.8	12	8.7	2	20	10	9.8	5	6.6			
Formación recibida	1	3.3	2	3.2	7	9.9	6	14.6	9	6.5	0		6	5.9	9	11.8			
ACTITUDES																			
Formar y sensibilizar	27	90	57	91.9	67	94.4	37	90.2	130	94.2	9	90	93	91.2	71	93.4			
Condenar y denunciar	21	70	40	64.5	32	30.5	19	46.3	80	58	6	60	57	55.9	42	55.3			
Formar/sensibilizar y condenar/denunciar	18	60	36	58.1	29	40.9	17	41.5	73	52.9	6	60	57	55.9	42	55.3			
Control	10	33.3	27	43.6	27	38	20	48.8	53	38.4	4	40	38	37.3	35	46			
DETECCIÓN																			
Detección de casos	0		0		2	2.8	0		2	1.5	0		2	2	0				
Identificación correcta de casos en riesgo de MGF	12	40	17	27.4	23	32.4	18	44	41	29.7	-		-	-	-				

Tabla 25. Conocimientos, actitudes y detección de casos según sexo, edad y categoría profesional en profesionales de la educación.

	DETECCIÓN		ACTITUDES, MEDIDAS PROPUESTAS				CONOCIMIENTOS	
	Casos de MGF	Casos en riesgo	Educar y sensibilizar	Condenar y denunciar	Educar y denunciar	Control	Protocolo de actuación	Identificación correcta de tipos y países con prevalencia
Sexo								
Hombre	1	1	1	1	1	1	1	1
Mujer		0.65 (0.27-1.58)	1.08 (0.20-5.58)	1.91 (0.83-4.39)	1.78 (0.77-4.12)	1.00 (0.43-2.31)		0.17 (0.03-0.75)*
Edad (años)								
≤35	1	1	1	1	1	1	1	1
36-50		0.36 (0.13-0.99)*	0.38 (0.04-3.45)	0.78 (0.30-2.06)	0.68 (0.26-1.75)	1.25 (0.49-3.21)		
>50		0.56 (0.21-1.50)	0.45 (0.04-4.50)	0.34 (0.12-0.91)*	0.31 (0.11-0.81)*	0.79 (0.30-2.10)		
Profesión								
Educación infantil	1	1	1	1	1	1	1	1
Educación primaria		4.95 (0.57-42.4)	1.39 (0.14-13.45)	1.04 (0.26-4.12)	1.22 (0.31-4.69)	0.80 (0.20-3.13)		
Educación secundaria		2.72 (0.29-24.98)	2.07 (0.17-25.41)	1.46 (0.34-6.24)	1.87 (0.44-7.85)	1.31 (0.31-5.49)		
Formación								
No recibida	1	1	1	1	1	1	1	
Recibida	-	7.46 (1.41-39.30)*	-	4.79 (0.89-25.77)	5.92 (1.10-31.82)*	6.91 (1.30-36.63)*		

Tabla 26. Modelo de regresión logística sobre conocimientos, actitudes y detección de casos de MGF en profesionales de la educación. Se expresan Odds ratio e intervalos de confianza de 95% entre paréntesis. * $p < 0.05$ en comparación con la categoría de referencia

CUERPOS Y FUERZAS DE SEGURIDAD

Del total de profesionales del cuerpo de seguridad de la unidad de distrito nº5 de Valencia, se obtuvo una muestra de 69 policías, de los cuales un 37% correspondía al grupo patrulla, un 36% al grupo de barrio y el resto, un 26% al grupo especializado GAMA (véase **figura 24**).

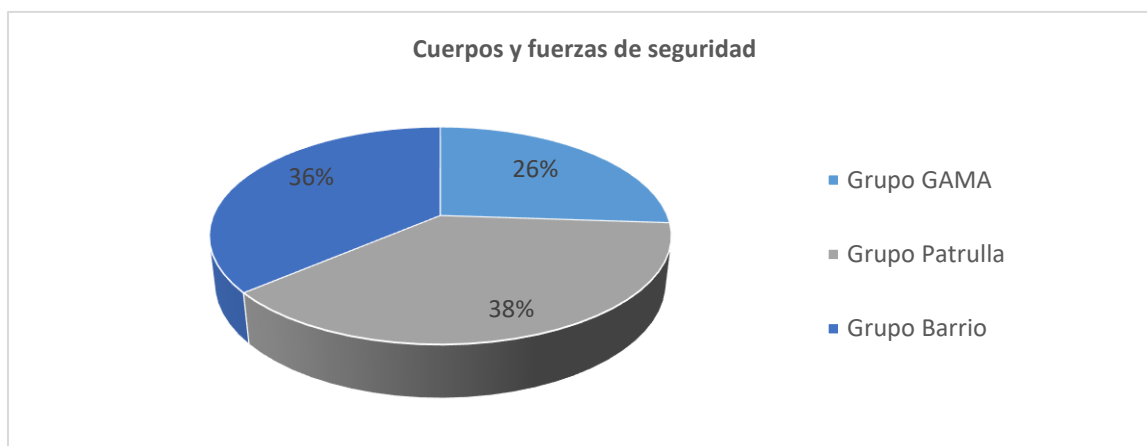


Fig. 24. Distribución por categorías profesionales de la muestra de cuerpos y fuerzas de seguridad.

El grupo de CCyFFs mayoritariamente eran hombres (81%) comprendidos entre 35 y 50 años (68%), siendo la media de edad los 43 años. La edad mínima eran los 29 años y la máxima los 58 años, intervalo más estrecho en el caso de las mujeres, con una media de 42 años y una edad mínima de 35 años y máxima de 53 años. Las características sociodemográficas de la muestra así como los conocimientos, actitudes y prácticas profesionales en relación a la MGF se muestran en la **tabla 27** y quedan detalladas por sexo, edad y grupo profesional en la **tabla 28**.

Un 11.6% de los y las encuestadas refirieron haber recibido **formación** sobre MGF. Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre sexos, siendo las mujeres policías las que respondieron mayoritariamente haber recibido formación ($p < 0.002$, Fisher). Además, en su totalidad pertenecían al grupo GAMA, del cual casi la mitad de sus componentes (44.4%) refirieron haber sido formados en MGF, siendo esta diferencia entre grupos también estadísticamente significativa ($p < 0.001$). La formación fue fundamentalmente recibida por parte de los propios cuerpos de seguridad en un 37.5%, de las ONG y asociaciones en un 25%, de estas combinadas en un 25% y de los Servicios de Salud en un 12.5%. No obstante, de ese 11.6% que respondió haber sido formado, únicamente una persona respondió correctamente a los ítems de tipología y países donde se realiza la MGF.

En cuanto al **conocimiento de los tipos de MGF**, menos de un tercio (27.5%) de los y las profesionales identificaron correctamente la existencia de los diferentes tipos de MGF, siendo nuevamente las mujeres y el grupo GAMA los que tenían un mejor conocimiento del concepto de MGF. Del total de los y las policías encuestadas más de la mitad consideró erróneamente que la MGF consiste únicamente en la extirpación del clítoris.

La **zona geográfica** donde se practica la MGF fue correctamente identificada por una décima parte de las personas encuestadas (10.1%). Un 7.3% del grupo profesional asociaba esta práctica a todos los países musulmanes y un 5.8% a todos los países musulmanes y otros países africanos. Sin embargo, la gran mayoría, representando la mitad del cuerpo profesional asoció la práctica a algunos países africanos, descartando los países asiáticos y de oriente medio. Para el otro 20% de los participantes la práctica es originaria de algunos países africanos y de oriente medio, sin tener en cuenta su realización en otros países del continente asiático. Las mujeres respondieron nuevamente mejor a esta pregunta sin que exista evidencia estadística de asociación entre esta variable y el sexo.

En relación al conocimiento de la **legislación** existente la gran mayoría respondió (50%) que la MGF es un delito sólo si se realiza en España y un 40% respondió correctamente que la MGF es un delito tanto si se realiza en España como fuera del país para familias con residencia española. Aunque no se obtuvo evidencia estadística de asociación entre esta variable y el sexo o la edad de los y las encuestados/as, sí que se evidenciaron diferencias estadísticamente significativas que confirman asociación entre esta variable y el grupo de profesionales, siendo el grupo GAMA el que tenía un mayor conocimiento de la legislación vigente en España (p 0.002).

Para más de un tercio de los cuerpos y fuerzas de seguridad encuestados, **las razones** para la realización de esta práctica son la tradición y las costumbres y si se asocian los motivos religiosos el porcentaje obtenido fue superior, sobrepasando el 40% de las respuestas obtenidas.

Por un lado, ante un caso de riesgo casi un 70% de los y las profesionales de los cuerpos de seguridad respondieron que actuarían siempre y un 24.6% respondió que no actuaría ya que desconoce los mecanismos para tratar la situación.

Por otro lado, ante un caso de MGF confirmado, las **medidas de actuación** fueron distintas. Así pues, en la priorización de la actuación tras la detección de un caso, consultar/coordinación con otros profesionales obtuvo el mayor número de respuestas cómo prioridad 1 (26.1%); poner el caso en conocimiento del juzgado obtuvo su mayor porcentaje de respuesta en prioridad 2 de actuación con un 30.4%; contactar con los servicios de pediatría

obtuvo su mayor porcentaje como prioridad 3 (34.8%); y trabajar en prevención fue considerada por la mayoría en prioridad 4 (33.3%).

No obstante, ninguno de los y las policías encuestados/as había **detectado ningún caso** de niña o mujer superviviente de la MGF durante su práctica profesional, aunque más del 20% refirió atender a población en riesgo.

A pesar de esto, más de la mitad conocía los criterios para clasificar un **caso como de riesgo**, encontrando asociación significativa entre esta variable y el sexo, -donde un 90% de mujeres policía sabía identificar casos de riesgo mientras que menos de la mitad de los policías varones lo hacía- y la detección de casos de riesgo y el grupo profesional, siendo el grupo GAMA el que poseía más conocimientos en este aspecto respecto a los grupos de policía de barrio y patrulla conjuntamente (OR 0.08, CI 95% [0.1-0.59]).

También se observó una tendencia positiva del grupo más joven en cuanto a la correcta detección de casos de riesgo, la cual era inferior para el grupo de 36 a 50 años (OR 0.38, CI 95% [0.06-2.38]) y significativamente inferior para el grupo más mayor (OR 0.07, CI 95% [0-0.86]). De los que no detectaron correctamente a las mujeres y niñas en riesgo de sufrir MGF, un 23.2% consideró que toda niña africana está en riesgo y un 16% sólo consideró en riesgo a aquellas niñas nacidas de madres que han sufrido MGF pero no el riesgo existente ante viajes a los países de origen por vacaciones.

Finalmente, en cuanto al conocimiento sobre protocolos de actuación, menos del 5% del colectivo profesional respondió conocer algún protocolo sobre MGF, del cual un 66% eran mujeres y todos pertenecían al grupo intermedio de edad. Dos de las tres profesionales que conocían de la existencia de algún protocolo nombraron el protocolo de los Mossos de Escudra de la Cataluña y sólo uno conocía el protocolo de la Consellería de Sanidad. Este hecho podría explicar el alto porcentaje de respuesta obtenido de *no actuación* ante un caso de riesgo por no saber cómo abordarlo.

	N	%
Total encuestados/as	69	100
Profesión		
Grupo GAMA	18	26.1
Grupo Patrulla	26	37.7
Grupo Barrio	25	36.2
Sexo		
Hombre	56	81.2
Mujer	11	15.9
N/C	2	2.9
Edad (años)		
≤35	7	10.1
36-50	47	68.1
>50	11	15.9
N/C	4	5.8
Formación recibida	8	11.6
Formación recibida adecuada ^a	1	12.5
Identificación correcta		
Tipos de MGF	19	27.5
Países con prevalencia de MGF	7	10.1
Legislación	27	39.1
Razones por las que se realiza la MGF		
Tradición y costumbres	24	34.8
Razones religiosas	5	7.3
Tradición y razones religiosas	30	43.5
Tradición y oportunidades matrimoniales	1	1.5
Otras ^b	9	13
Detección de casos de MGF	0	
Identificación correcta de casos en riesgo de MGF	36	52.2
Actitudes^c		
Educación y sensibilizar	57	82.6
Condenar y denunciar	48	69.6
Educación y denunciar	40	58
Control	23	33.3

Tabla 27. Características sociodemográficas de la muestra y conocimientos, actitudes y prácticas en policía local.

^a Aquellos/as que identificaron correctamente los tipos y los países de prevalencia de MGF habiendo recibido formación.

^b Otras combinaciones, no sabe/no contesta (N/C).

^c “Educar y sensibilizar”: formar a los profesionales de atención primaria y sensibilizar a los padres/población; “condenar y denunciar”: penar la realización de la MGF y denunciar a las autoridades; “educar y denunciar”: combinación de las dos opciones previas; “control”: realizar prevención en niñas que viajan a sus países de origen y puedan estar en riesgo, así como controles rutinarios ginecológicos hasta los dieciocho años.

	GRUPOS DE EDAD (n 65)						SEXO (n 67)						PROFESIONALES (n 69)									
	≤35 (n 7)		36-50 (n 47)		>50 (n 11)		Hombre (n 56)		Mujer (n 11)		p		GAMMA (n 18)		PATRULLA (n 26)		BARRIO (n 25)		p			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
CONOCIMIENTOS																						
<i>Identifica correctamente</i>																						
Concepto y tipos de MGF																						
Países con prevalencia																						
Legislación																						
Protocolo de actuación																						
Razones																						
Tradición y costumbres																						
Razones religiosas																						
Tradición y razones religiosas																						
Tradición y oportunidades matrimoniales																						
Otras																						
Formación recibida																						
ACTITUDES																						
Formar y sensibilizar																						
Condenar y denunciar																						
Formar/sensibilizar y condenar/denunciar																						
Control																						
DETECCION																						
Identificación correcta de casos en riesgo de MGF																						
5	71.4	27	57.5	4	36.4	26	46.4	10	90.9	16	44.4	12	33.3	8	22.2	0.001						

Tabla 28. Conocimientos, actitudes y detección de casos según sexo, edad y categoría profesional en el grupo de CCYFFSS.

	DETECCIÓN			ACTITUDES, MEDIDAS PROPUESTAS				CONOCIMIENTOS		
	Casos en riesgo	Educación y sensibilizar	Condenar y denunciar	Educación y denunciar	Control	Protocolo de actuación	Identificación correcta de tipos y países con prevalencia			
Sexo										
Hombre	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Mujer	5.41 (0.39-73.69)	1.74 (0.15-20.26)	-	5.56 (0.55-55.63)	2.58 (0.51-13.03)	9.91 (0.28-346.5)	9.51 (0.37-242.15)			
Edad (años)										
≤35	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
36-50	0.38 (0.06-2.38)	0.73 (0.07-7.07)	0.86 (0.13-5.45)	1.34 (0.21-8.28)	0.56 (0.10-3.17)	-	0.07 (0-2.31)			
>50	0.07 (0-0.86)*	0.65 (0.04-9.31)	1.79 (0.16-19.34)	1.52 (0.17-13.21)	0.35 (0.41-3.01)	-	0.43 (0.14-13.01)			
Grupo profesional										
GAMA	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1
Patrulla y Barrio	0.08 (0.1-0.59)*	0.62 (0.95-4.05)	1.08 (0.22-5.25)	0.59 (0.14-2.50)	0.38 (0.09-1.53)	0.73 (0.02-26.25)	0.42 (0.01-11.38)			

Tabla 29. Modelo de regresión logística sobre conocimientos, actitudes y detección de casos de MGF en profesionales de los CCyFFSS. Se expresan Odds ratio e intervalos de confianza de 95% entre paréntesis. * $p < 0.05$ en comparación con la categoría de referencia.

FASE 2. RESULTADOS DE LAS ENTREVISTAS EN POBLACIÓN DE ORIGEN

PERFIL DE LAS Y LOS PARTICIPANTES EN EL ESTUDIO

A lo largo del desarrollo de la investigación se realizaron 23 entrevistas. De éstas, 18 fueron entrevistas individuales -cinco se llevaron a cabo durante la primera fase, en Londres, y las trece restantes durante la segunda fase, en Valencia- y cinco se llevaron a cabo mediante una entrevista grupal. No obstante, en dos de las entrevistas individuales realizadas, las personas entrevistadas nos transmitieron la experiencia de personas muy cercanas a ella, y estos relatos se han decidido incluir, tal y como se muestra en la **tabla 30** sobre características socioeconómicas y perfil de las y los participantes (se muestran en cursiva las experiencias de personas cercanas a los y las participantes).

De las 23 entrevistas llevadas a cabo, 21 fueron a mujeres y dos se realizaron a hombres. La edad media de los hombres entrevistados fue de 50 años, mientras que la de las mujeres fue de 31,8 años, teniendo las más jóvenes a penas la mayoría de edad (19 años) y la más adulta los 44 años.

Todos los participantes procedían de países afectados por la MGF: Malí, Somalia, Nigeria, Burkina Faso, Senegal, Camerún, con la excepción de una participante que procedía de Guinea Ecuatorial, la cual se incluyó en el estudio ya que tenía conocimiento sobre la MGF en una persona cercana a su círculo de amistades (véase **figura 25**). El tiempo medio de residencia en el país de origen para las mujeres fue de 24,6 años, mientras que para los hombres fue de 38,5 años.

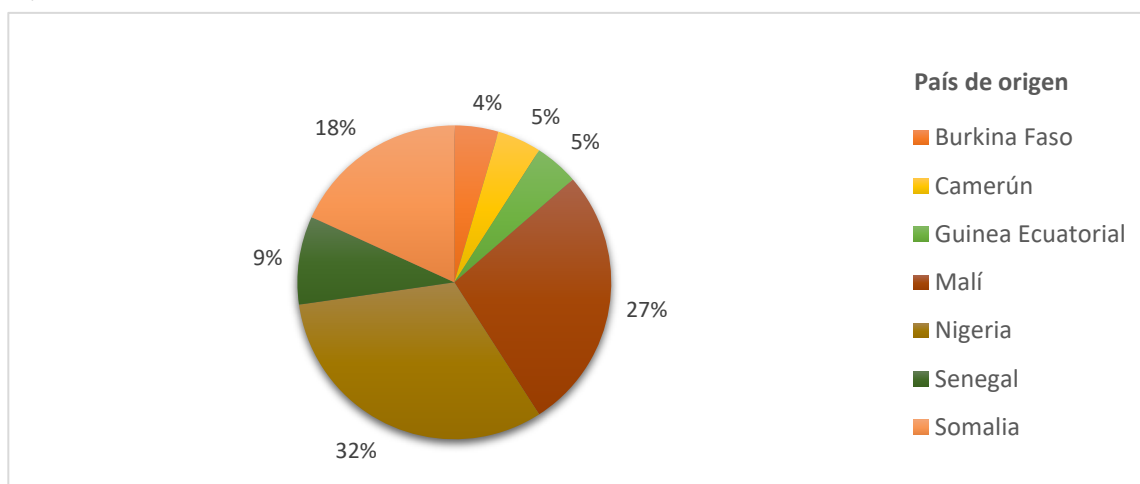


Fig. 25. País de origen de los y las participantes.

En las 23 entrevistas llevadas a cabo, encontramos relatos de 20 mujeres que habían sido sometidas a la MGF (véase **figura 26**), de las cuales 14 habían sido madres. En las **tablas 30 y 31** se muestran las características sociodemográficas de los y las participantes y las características relacionadas con la MGF. Las características de las participantes de la entrevista grupal quedan plasmadas en la **tabla 32**.

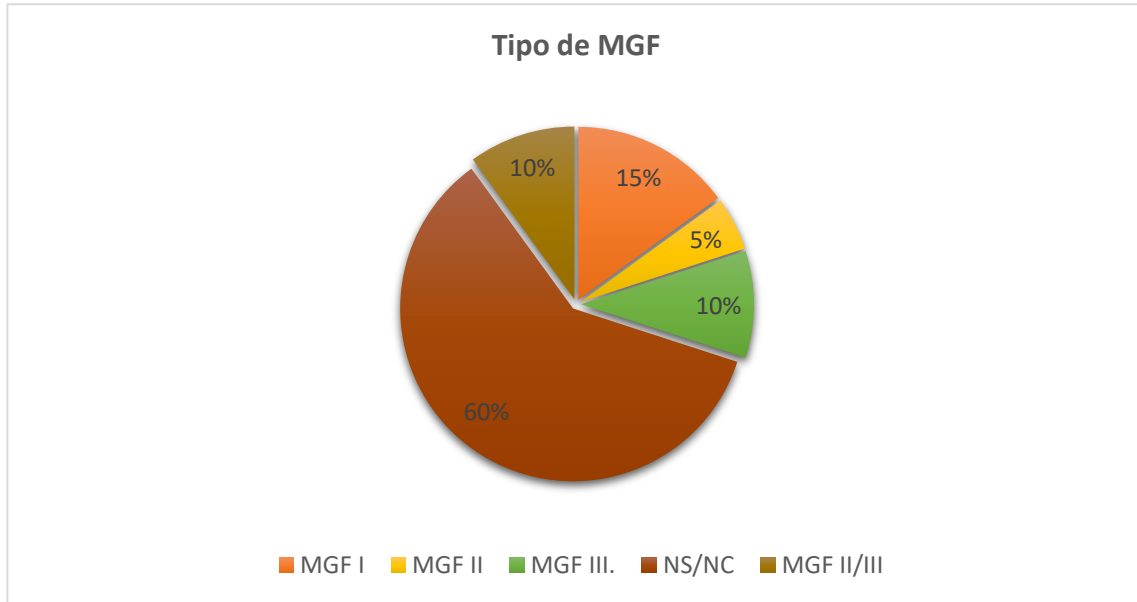


Fig. 26. Tipo de MGF identificada por las participantes.

El resumen de las entrevistas realizadas así como los memos y las anotaciones relativas a las mismas se recogen en las **tablas 33, 34 y 35**, que se muestran a continuación.

Código Entrevista	Sexo	Edad	Lugar de nacimiento	Etnia	Residencia actual	Estado civil	Años fuera del país	Profesión	Religión
EL1	Mujer	28	Kismaayo, Somalia	-	Londres, Reino Unido	Casada	22	Matrona	Islam
EL2	Mujer	43	Kismaayo, Somalia	-	Londres, Reino Unido	Casada	17	TCAE	Islam
EL3	Mujer	44	Mogadiscio, Somalia	-	Londres, Reino Unido	Soltera	5	Trabaja en una clínica	Islam
EL4	Mujer	28	Mogadiscio, Somalia	-	Londres, Reino Unido	Casada	12	Ama de casa	Islam
EL5	Mujer	36	Mogadiscio, Somalia	-	Londres, Reino Unido	Casada	13	Ama de casa	Islam
EV6	Mujer	43	Senegal	-	Valencia, España	Soltera	9	Hostelería	Cristianismo
EV7	Hombre	47	Camerún	Bamileke	Valencia, España	Soltero	16	Hostelería	Protestantismo
EV8	Mujer	35	Dakar, Senegal	Wolof	Valencia, España	Casada	11	Hostelería, camarera de pisos	Cristianismo
			<i>Dakar, Senegal (originales de Guinea)</i>						
EV9	Mujer	39	Nigeria	Ibu	Valencia, España	Casada	11	Hostelería, supervisora	Cristianismo
EV10	Mujer	40	Bata, Guinea Ecuatorial	Fang	Valencia, España	Soltera	18	Hostelería, camarera de pisos	Cristianismo
			<i>Nigeria</i>	-	Valencia, España	-	-	-	<i>Islam</i>
EV11	Mujer	43	Uagadugú, Burkina Faso	Mossi	Valencia, España	Casada	10	Limpieza	Islam
EV12	Mujer	34	Mali	Bambara	Valencia, España	Casada	8	Ama de casa	Islam
EV13	Mujer	31	Edo, Nigeria	-	Valencia, España	Soltera	5	Ama de casa	Cristianismo
EV14	Mujer	29	Kayes, Mali	Mandike	Valencia, España	Divorciada	8	Técnica en una fundación	Islam
EV15	Hombre	53	Mali	Bambara	Valencia, España	Casado	7	Temporero	Cristianismo

EV16	Mujer	28	Bamaku, Malí	Fulani (Peul)	Valencia, España	Casada	8	Estudiante FP superior	Islam
EV17	Mujer	25	Kayes, Malí		Valencia, España	Casada	2	Ama de casa	Islam
EV18	Mujer	26	Zona rural, Malí		Valencia, España	Casada	1	Ama de casa	Islam

Tabla 30. Características sociodemográficas de las y los participantes (entrevistas individuales). Elaboración propia *datos a fecha de 2017.TCAE: Técnico de cuidados auxiliares de enfermería. FP: formación profesional

Código Entrevista	MGF	Tipo de MGF	Nombre de la MGF	Edad de la MGF (años)	Descendencia	Tipo de nacimiento	Desinfibulación/Cirugía reconstructiva	A favor/en contra MGF
EL1	Si (en Italia)	I		6	1 hijo	Cesárea por inducción fallida del parto	No (ofrecida)	En contra
EL2	Si	II-III (Faraón)		6-7	2 hijas	Cesárea-inducción fallida Cesárea programada	No (ofrecida)	En contra
EL3	Si	II-III (Faraón)		-	2 hijos	-	-	-
EL4	Si	III (oni)		9	2 hijos 3 hijas	5 Partos vaginales	Si (Intraparto)	En contra
EL5	Si	II		5-6	4hijas 2hijos	6 Cesáreas	No (ofrecida)	En contra
EV6	No	-		-	-	-	-	En contra
EV7	-	-		-	1 hijo 1 hija	-	-	En contra
EV8	No ¿é	-		-	1 hijo 1 hija	-	-	En contra
	Si	NS		12	3 hijas	3 cesáreas	Si, en París	A favor
EV9	No	-		-	3 hijas 1 hijo	-	-	En contra
EV10	No	-		-	2 hijos	-	-	En contra

	Si	NS	-	1 hijo	Cesárea	No	-
EV11	Si	I	1	4 hijos	4 Partos vaginales	No	En contra
EV12	Si	NS	3-4	No	-	-	En contra
EV13	Si	NS	<1	2 hijos	2 Partos vaginales	No	En contra
EV14	Si	III	1 sem.	1 hijo 1 hija	2 Partos vaginales	Si	En contra
EV15	- *Su mujer Si	- *Su mujer tipo I	-	1 hija 2 hijos	- *3 partos vaginales	-	En contra
EV16	Si	NS	<7	2 hijas	Parto vaginal múltiple	No	En contra
EV17	Si	NS	1 mes	1 hijo	Cesárea	No	En contra
EV18	Si	NS	1 mes	2 hijos	2 Partos vaginales	No	-

Tabla 31. MGF y sus características en las participantes del estudio (entrevistas individuales). Elaboración propia *datos a fecha de 2017. TCAE: Técnica de cuidados auxiliares de enfermería. NS: no sabe.

Código entrevista	Edad	País de origen	Tiempo de residencia en España	Hijos	Descendencia	MGF	Nombre de la MGF
EG1VM	19	Nigeria	2 años	Soltera	-	Si	Circumcisión
EG2VM	19	Nigeria	5 años	Soltera	-	Si	Circumcisión
EG3VM	31	Nigeria	4 años	Soltera	2 hijos	Si	Circumcisión
EG4VM	22	Nigeria	1 años	Soltera	-	Si	Circumcisión
EG5VM	24	Nigeria	3 años	Soltera	-	Si	Circumcisión

Tabla 32. Características de las participantes de la entrevista grupal. Elaboración propia *datos a fecha de 2017

E1LM

De origen somalí, tiene 28 años, está casada y vive en Londres, aunque también vivió en Italia y Holanda. Cuando tenía 6 años viajó a Italia desde Somalia, donde su madre y su hermano estaban trabajando, para ser mutilada. Su madre no quiso que la mutilaran en las condiciones en las que se realiza la práctica en Somalia y en Italia contrató un médico que le practicó la MGF tipo 1. Una vez mutilada, ella tuvo que volver a ser mutilada por segunda vez, ya que su hermano mayor consideró que la práctica no se había realizado con la suficiente severidad, presionando a su madre para volver a someter a la niña a la práctica. Actualmente trabaja como matrona. Su único hijo nació por cesárea por inducción fallida del parto.

Fecha y duración de la entrevista: 28/01/2019, 45 minutos.

La entrevista se concertó vía WhatsApp, debido a la amistad personal que tengo con la persona entrevistada. La entrevista se realizó un sábado por la tarde, después de haber ido a comer a un restaurante de la zona de Vauxhall de Londres. Después de la comida, dimos un paseo y nos sentamos en la terraza de una tetería para la realización de la entrevista. Durante la entrevista la camarera nos interrumpió para tomarnos nota y tras unos minutos y debido a la lluvia que se empezaba a caer paramos nuevamente la entrevista para entrar en el establecimiento.

E2LM

De origen somalí, tiene 43 años y lleva 17 años viviendo en Reino Unido. Fue sometida a la MGF cuando tenía unos 6 o 7 años en su casa, junto a otras 4 o 5 chicas. La mutilación se la practicó un médico con anestesia local y antiséptico, ya que tal y como ella relata, fue afortunada de vivir en la ciudad. Ella fue la que le pidió a sus padres ser mutilada ya que era algo por lo que todas sus amigas pasaban y ella deseaba asemejarse al resto. Tiene dos hijas, la mayor tiene 14 años, ambas nacieron en Reino Unido y no están mutiladas. Conoce las complicaciones de la práctica y la ley penal de Reino Unido. Trabaja como auxiliar de enfermería en un hospital de Londres. Ambos nacimientos fueron por cesárea, el primero por inducción fallida y el segundo por cesárea programada.

Fecha y duración de la entrevista: 28/01/2019, 14:50 minutos.

La entrevista se concertó gracias a la entrevistada E1LM, ya que era conocida de la misma. La entrevista se realizó el mismo sábado por la tarde, tras la primera entrevista, en el domicilio de la entrevistada. Tras acogerlos en su comedor, nos instalamos en la cocina para la realización de la entrevista. Ésta vive en una zona cercana al barrio de Vauxhall en Londres, en una casa de dos habitaciones junto con su marido y sus dos hijas, una de las cuales, la mayor, nos acompaña durante la entrevista.

E3LM

Nació en Somalia y sufrió una MGF tipo II o III, aunque no sabe con certeza. Ahora está soltera y vive en Londres con su familia. Tiene dos hijos. No habla inglés fluido y la entrevista se realizó con el soporte de una persona traductora.

Prefiere no relatar su experiencia personal en relación a la MGF.

Fecha y duración de la entrevista: 28/01/2019, 10:22 minutos.

La entrevista se concertó gracias a la entrevistada E1LM, ya que también era conocida de la misma. En esta ocasión la entrevista se lleva a cabo en el domicilio de una de las tías de la primera participante. En el domicilio están celebrando una reunión familiar y nada más entrar podemos observar al menos diez o doce niños y niñas y unas seis o siete mujeres de edad adulta y anciana. En el domicilio no se encuentra ningún hombre adulto. Muy amablemente E1LM me presenta a los miembros de su comunidad y me acompaña hasta el fondo del pasillo de entrada del domicilio donde se encuentra el comedor y donde, en círculo, se haya sentadas las mujeres y varios bebés recién nacidos. Los niños y niñas más mayores revolotean alrededor jugando y corriendo por el domicilio. Todas las mujeres son de Somalia y debido a la dificultad idiomática que tiene la mayoría, la entrevistada E1LM me

presenta y expone el motivo de mi investigación, solicitando su participación. Únicamente una de ellas accede a ser grabada, aunque no desea contarme su experiencia personal. Mientras se realiza la entrevista varias mujeres se levantan y se acomodan en un rincón del salón, donde tras extender su manta de oración, realizan un rezo colectivo.

Otras dos mujeres, más jóvenes, que se encuentran mientras en la cocina, preparando la comida se interesan por la conversación y acceden a ser entrevistadas.

E4LM *Somalí de 28 años, casada y con cinco hijos, dos niñas y tres niños. Todos nacidos en Reino Unido por parto vaginal. Tuvo que ser “abierto” durante su primer parto, ya que la MGF que se le había llevado a cabo era la más severa (tipo III). Al inicio del embarazo fue preguntada acerca de si había sido sometida MGF y a las veinte semanas de embarazo recibió una carta del servicio nacional inglés de salud (NHS) ofreciéndole una reversión previa al parto (desinfibulación). No obstante, ella prefirió que ésta fuera realizada el mismo día del nacimiento. Lleva doce años viviendo en Londres y es ama de casa. Fue mutilada a la edad de nueve años por un médico de la ciudad, en Somalia. Ella recuerda pedirle a sus padres ser mutilada ya que quería ser como el resto de niñas.*

Fecha y duración de la entrevista: 28/01/2019, 10:45 minutos.

La entrevista se llevó a cabo en el domicilio de una de las tías de la primera participante, donde se ha realizado también la E3LM. La presente entrevista se lleva a cabo en la cocina del mismo domicilio, con la presencia de E1LM y E5LM, además de dos de sus hijos pequeños a los cuales están alimentando. Mientras, cocinan arroz para el resto de mujeres y me ofrecen varias pastas y bebidas típicas de su país.

E5LM *Mujer de 36 años, originaria de la capital de Somalia. Lleva trece años viviendo en Reino Unido, está casada y tiene seis hijos, cuatro niñas y dos niños, todos nacidos por cesárea. Fue mutilada (tipo II) con 5 o 6 años por un hombre, el cual ella cree que era médico.*

Fecha y duración de la entrevista: 28/01/2019, 07:44 minutos.

La entrevista se llevó a cabo en el domicilio de una de las tías de la primera participante, donde se ha realizado también la E3LM y E4LM. La presente entrevista se lleva a cabo en la cocina del mismo domicilio, con la presencia de E1LM y E4LM, además de dos de sus hijos pequeños a los cuales están alimentando. Requiere soporte con la traducción ocasionalmente, el cual lo ejerce E1LM.

Tabla 33. Resumen y memo de entrevistas. Primera fase, Londres.

E6VM

Mujer de 43 años, natural de Senegal. Nació en Katar, en la capital del país y refiere no pertenecer a ninguna etnia. Salió de Senegal por primera vez a los 14 años y ha viajado por diversos países europeos (Francia, Italia, Luxemburgo, Alemania y Reino Unido). Es cristiana, está soltera y no tiene hijos. Ha escuchado hablar de la MGF y refiere que la práctica no tiene beneficios. Cree que la razón por la que se realiza la MGF es la religión, ya que en los países musulmanes es donde más se practica. Refiere que en Senegal no es una práctica habitual y sólo lo practican las personas que emigran a Senegal procedentes de otros países. Nos cuenta historias que su madre le contaba sobre mujeres, que en su país, sí que llevaban a cabo esta práctica con sus hijas.

Entrevista realizada el 20/03/2017 en una cafetería tranquila ubicada en el centro de Valencia, tras contacto con la persona por vía telefónica.

E7VH

Hombre de 47 años, camerunés de nacimiento, perteneciente a la etnia *Bamileke*. Dejó su país natal en 2001 y llegó a España tras pasar por Francia. Vive en pareja aunque no está casado. Su pareja es de nacionalidad española. Tiene dos hijos, ambos viven en Camerún. En Camerún estudió hasta bachiller y empezó Dirección y Creación de Empresa en España, pero dejó la Universidad por falta de recursos económicos. Actualmente trabaja en el sector de la hostelería. Su religión es la protestante aunque refiere no ser practicante. Refiere haber escuchado hablar más sobre MGF en España que en su propio país de origen. Asocia la práctica a la religión ya que refiere que en Camerún, es en la parte de la frontera norte con Nigeria se lleva a cabo más esta práctica. Nadie de su familia ha sufrido esta práctica, y refiere estar en contra de la realización de la misma. Explica durante su entrevista una discusión que mantuvo en el pasado con un compañero suyo de trabajo en relación a este tema.

Entrevista realizada el 21/03/2017 en un centro sanitario público, tras contacto con la persona por vía telefónica, y concertar cita por la tarde en el centro. Conseguimos estar los dos en un espacio privado y aislado de gente. El entrevistado es de Camerún, y aunque habla bien español (con acento francés), tiene alguna dificultad de entendimiento. En la entrevista está algo nervioso. Conoce mujeres supervivientes de la práctica de la mutilación genital, aunque no puede ofrecer detalles al respecto ya que no los conoce. Se muestra predispuesto a contar sus opiniones e información que conoce. Cuando terminamos la entrevista él mismo me sugiere otras posibles personas participantes para realizar más entrevistas. Me facilita sus teléfonos para que me ponga en contacto con ellas para presentarles el estudio y valorar su posible participación voluntaria. Nos despedimos y quedamos en contacto vía WhatsApp.

E8VM

Mujer de 35 años, original de Dakar, capital senegalesa. Perteneció a la etnia de los *Wolof*. Dejó Senegal a los 24 años y lleva viviendo en España desde 2006. Pasó por Francia unos meses y de Francia vino a España para casarse. Actualmente trabaja de camarera de pisos y tiene dos hijos. Ella refiere no haber sufrido la práctica de la MGF, pero nos cuenta la experiencia de su cuñada, con la que tiene una estrecha relación. Ella, de antecesoros guineanos, nació en Senegal y allí, en un pueblo de Dakar, fue mutilada a los 12 años, aunque no sabe con certeza qué tipo sufrió hace referencia a ciertos aspectos que sugieren el tipo más severo. Tiene tres hijas y han nacido por cesárea programada. Tanto su cuñada como su marido están a favor de la MGF. Actualmente vive en Francia y ha solicitado asilo.

- Nota: A la pregunta de si había sido sometida a la MGF reaccionó con gran asombro y dubitativamente respondió que no... Refiere conocer mujeres de su familia que sí han sido mutiladas.

Fecha y duración de la entrevista: 23/03/2017, 25:08 minutos

	<i>La entrevista se realizó en un bar seleccionado por la entrevistada, tras quedar en la plaza de España de Valencia. La entrevistada acudió una hora tarde a la cita, y vino con su hermana, que acababa de llegar de Senegal para pasar unos días en España. Su hermana no hablaba mucho castellano. Le ofrecí realizar también la entrevista pero no aceptó. La entrevista se realizó con la entrevistada y su hermana presente. Al salir de la entrevista en el bar, estaba el marido y unos amigos alrededor y me presentó a su marido.</i>
E9VM	Mujer de 39 años, originaria de una ciudad del sur de Nigeria. Lleva 11 años viviendo en España tras reagrupación familiar. Tiene 3 hijos y una hija y trabaja en un hotel como supervisora. Refiere que la "circuncisión" es una práctica que se realizaba antiguamente en su país pero actualmente no es llevado a cabo. Nos cuenta la historia de una amiga suya que fue mutilada cuando era adolescente, no ha tenido hijos y dice que "le han destrozado la vida". <i>Fecha y duración entrevista: 23/03/2017, 09:28 minutos</i> <i>La entrevista se realizó en un espacio verde en la ciudad de Valencia tras quedar en la plaza de España de Valencia. La entrevista se desarrolla de forma tranquila y pausada. Se evidencia cierta limitación idiomática.</i>
E10VM	Mujer de 40 años, de Guinea Ecuatorial, perteneciente a la tribu Fang. Lleva casi 18 años en España y ha tenido dos hijos. No ha sufrido MGF pero nos cuenta la historia de una amiga suya muy cercana. Cree conocer más mujeres que han podido ser mutiladas en su círculo pero no conoce los detalles. Se ofrece a ponernos en contacto con personas de su círculo que han sido sometidas a la MGF. <i>Fecha y duración entrevista: 07/04/2017, 08:25</i> <i>La entrevista se realizó en un pueblo cercano a la ciudad de Valencia, lugar donde eligió la persona entrevistada. Acude con su hijo menor de 5 años.</i>
E11VM	Mujer de 43 años, originaria de la capital de Burkina Faso y perteneciente a la tribu de los Mossi. Lleva 10 años viviendo en España, está casada y tiene 4 hijos varones, dos nacidos en Burkina Faso y los otros dos en España. Fue mutilada cuando era un bebé por una persona de avanzada edad y aunque no conoce qué tipo de MGF se le practicó, identifica el tipo I tras enseñarle la imagen de la tipología de la MGF. Refiere no haber tenido ninguna complicación obstétrica en sus embarazos, ni haber sido preguntada por los diferentes profesionales a cerca de la MGF a lo largo del proceso de embarazo, parto y postparto. Su tercer hijo sufrió parálisis braquial tras el nacimiento. En su país esta práctica también está prohibida pero ella dice que todavía siguen realizándola. <i>Fecha y duración entrevista: 30/4/2017, 12:26</i> <i>La entrevista se realizó en un espacio habilitado en la Asociación de Mujeres Africanas seleccionado por la entrevistada.</i>
E12VM	Maliense de 34 años, perteneciente a la tribu de los Bambara. Lleva sólo 8 años viviendo en España. Su marido es también maliense y vino por reagrupación familiar. Fue mutilada cuando tenía unos 3 o 4 años pero no sabe qué tipo de MGF se le practicó. Refiere tener constantes infecciones de orina, relaciones sexuales muy dolorosas y actualmente está en proceso de estudio por infertilidad. No tiene hijos y se muestra muy apenada por esto. <i>Fecha y duración entrevista: 30/4/2017, 15:24 minutos</i>

La entrevista se realizó en un espacio habilitado en la Asociación de Mujeres Africanas seleccionado por la entrevistada. Entrevista realizada en español, muy pausada y repitiendo preguntas y reconfirmando respuestas, debido a la limitación idiomática de la entrevistada.

E13VM

Mujer de origen nigeriano, de 31 años y madre de dos hijos. Su primer hijo nació en Nigeria hace 12 años y el segundo nació en Marruecos antes de venir a España, donde lleva sólo cinco años. Fue mutilada cuando era un bebé en su país; no recuerda nada y además dice que es un tema del cual nunca se habla. Su hermana mayor también ha sido mutilada.

Entrevista realizada el 09/5/2017. Duración de la entrevista 00:15:43 minutos

La entrevista se realizó en español, aunque debido a la limitación idiomática se usó también el inglés. Durante la entrevista nos observa un chico, el cual posteriormente se une a la entrevistada.

E14VM

Mujer de 29 años, originaria de Mali, que vive en España desde hace 8 años. Es madre de dos hijos, un niño y una niña, ambos nacieron en Valencia. Ella fue mutilada (tipo III) cuando era un bebé en Mali y más tarde fue obligada a casarse forzadamente con un hombre que no conocía. Ahora está divorciada, trabaja en Valencia para una fundación y hace unos meses fue sometida a cirugía reconstructiva de clitoris en la Unidad de Reconstrucción del Hospital Pesset de Valencia. Tras el nacimiento de su hija su familia las esperaba en Mali para practicarle la MGF a su hija, pero ella nos cuenta cómo ha conseguido que la práctica de la mutilación genital no se haya continuado en su familia, impidiendo así la mutilación de su hija y más tarde la de sus dos sobrinas.

Entrevista realizada el 08/5/2017. Duración de la entrevista 00:38 minutos.

El primer contacto se realizó vía correo electrónico donde la persona dio su consentimiento para ser contactada telefónicamente para presentar el estudio y solicitar su colaboración. Tras dar su consentimiento se concertó una hora, día y lugar telefónicamente. La presentación del estudio y la lectura y firma del consentimiento informado se realizó en una cafetería cercana al lugar de residencia de la entrevistada. A la entrevista acudió con su bebé recién nacido de un mes de vida. Posteriormente dimos un paseo y buscamos un lugar tranquilo en una zona verde donde realizar la entrevista.

E15VH

Maliense de 53 años, vino a España hace 7 años junto con su mujer y sus tres hijos. Trabaja con contratos temporales, recolectando fruta y hortalizas, aunque dice haber estudiado el equivalente a auxiliar de enfermería en su país de origen y haber trabajado en el hospital durante muchos años en Mali. Su mujer ha sido mutilada (tipo I) y ha sufrido múltiples complicaciones, principalmente infecciones. Él la anima a reconstruirse aunque dice que su mujer se muestra reacia a hacerlo. Actualmente pertenece a una asociación de mujeres africanas y está muy comprometido con esta causa. Durante la entrevista nos explica diferentes rituales y mitos en relación a la MGF en las diferentes zonas geográficas de su país. Recientemente ha vuelto a Mali donde ha impartido sesiones de sensibilización sobre MGF a la población local.

Entrevista realizada el 14/5/2017. Duración de la entrevista 00:36 minutos

El primer contacto se realizó contactando directamente con la asociación donde colabora. Se concertó una cita y tras explicar los motivos de la investigación, aceptó a ser entrevistado. Ésta se llevó a cabo en la misma asociación, y con la visita pude conocer a otras mujeres africanas que se reunían allí de forma lúdica para organizar diferentes actividades que iban a llevar a cabo para el día de África que se celebraba el 25 de mayo.

E16VM	<p>Maliense de 28 años, perteneciente al pueblo <i>Peul</i> (también llamados los <i>Fulani</i>), lleva 8 años viviendo en España tras la solicitud de reagrupación familiar. Fue mutilada cuando era pequeña en el sur del país y no conoce qué tipo de MGF se le llevó a cabo. Tuvo un embarazo múltiple tras técnica de reproducción asistida y un parto vaginal de trillizas en la semana 23 de embarazo.</p> <p><i>Entrevista realizada el 18/05/2017. Duración de la entrevista 00:24 min.</i></p> <p><i>El primer contacto se realizó vía correo electrónico donde la persona dio su consentimiento para ser contactada telefónicamente para presentar el estudio y solicitar su colaboración. Tras dar su consentimiento se concertó una hora, día y lugar telefónicamente. La presentación del estudio y la lectura y firma del consentimiento informado, así como la entrevista se desarrolló en una zona tranquila cercana al lugar de residencia de la entrevistada, donde ella había quedado con dos amigas suyas y sus hijos.</i></p>
E17VM	<p>Maliense de 25 años, tiene un hijo el cual nació por cesárea por sospecha de pérdida de bienestar fetal. Fue mutilada con apenas 1 mes pero no sabe qué tipo de MGF se le practicó a pesar de enseñarle varias láminas con fotografías. Actualmente vive en España desde hace algo menos de dos años cuando vino por reagrupación familiar. Sus hermanas también fueron mutiladas pero nos dice que es un tema del que no se habla en las familias.</p> <p><i>Duración de la entrevista conjunta: 29:41min, 18/5/2017.</i></p> <p><i>El contacto se estableció a través de otra entrevistada (E16VM) que nos presenta a sus amigas las cuales aceptan participar en el estudio tras ser informadas sobre el mismo. La entrevista se realiza con ambas (E17VM-E18VM) en español y con traducción apoyada por su amiga en idioma Bambara, el cual hablan habitualmente entre ellas. Allí se encuentran también el bebé de seis meses de una de las entrevistadas.</i></p>
E18VM	<p>Maliense de 26 años, tiene dos hijos varones, uno de 4 años y otro de 6 meses, ambos nacidos por parto vaginal. Fue mutilada cuando era un bebé pero no sabe qué tipo de MGF se le practicó a pesar de enseñarle varias láminas con fotografías. Actualmente lleva viviendo en España apenas 1 año y 4 meses y vino por reagrupación familiar. Entre sus dos hijos nació una niña, la cual sí que fue mutilada en Malí, y la cual desafortunadamente murió por otras causas a los cinco años de vida.</p> <p><i>Duración de la entrevista conjunta: 29:41min, 18/5/2017</i></p> <p><i>El contacto se estableció a través de otra entrevistada (E16VM) que nos presenta a sus amigas las cuales aceptan participar en el estudio tras ser informadas sobre el mismo. La entrevista se realiza con ambas (E17VM-E18VM) en español y con traducción apoyada por su amiga en idioma Bambara, el cual hablan habitualmente entre ellas. Allí se encuentran también el bebé de seis meses de una de las entrevistadas.</i></p>

Tabla 34. Resumen y memos de entrevista. Segunda fase, Valencia.

EG1-5

Cinco mujeres formaron parte de la entrevista en grupo que tuvo lugar a través del contacto con la Asociación Jere Jere.

La edad de las mujeres era de 19 años, 19 años, 22 años, 24 años y 31 años. Todas las mujeres eran de Nigeria, y aunque no todas procedían de la misma zona geográfica, la mayoría procedían del norte del país. Una de ellas dijo haber viajado directamente a España, otras dos habían llegado a España pasando primeramente por Italia y las otras dos restantes lo hicieron tras pasar un tiempo en Marruecos. Sólo una tenía hijos, dos chicos. De estos, uno vivía con ella en España y el otro vivía en Nigeria. La mayoría de ellas cursó estudios primarios y secundarios hasta los 16 años o 18 años.

Todas ellas han oído hablar sobre la MGF y saben que es una práctica habitual en su lugar de origen. El nombre que se utiliza para la práctica en su zona es “*circumcision*”. Ellas piensan que una de las razones por las que se hace la práctica es para evitar que la mujer sea promiscua. Además dicen que es algo cultural y por tradición. Refieren que en su familia ha sido algo habitual, y que todas las mujeres de su familia han sido sometidas a la MGF. Al ser preguntadas sobre la MGF, no saben qué complicaciones o inconvenientes puede conllevar esta práctica. Creen que está asociado a la religión, aunque no únicamente a la musulmana sino también a la cristiana.

Todas ellas fueron sometidas a la MGF en su país, cuando eran bebés (“ríen al preguntarles, porque ninguna se acuerda de cómo fue”). Dicen que, la gente de alrededor no conoce o no sabe cuándo se va a llevar a cabo la ceremonia. No son médicos, son mujeres tradicionales, normalmente “dos personas” las que se encargan de realizar la mutilación.

Tabla 35. Resumen y memo. Entrevista grupal.

DESARROLLO DE LA PRÁCTICA DE LA MGF

"My story is...

I was born in Somalia, [...] my mother came to Italy to do some work for us. She immigrated to Italy so I was the only daughter to stay back home (Somalia) and she was much pressured (FAMILY PRESSURE) for me to be circumcised in Somalia but she said: 'No, I want her to come to Italy and we will do it here once she is with me'.

We travelled to Italy in 1994 [...]. The day when the FGM was going to be done, I was given plenty of gifts, praised that I was doing a great job, a great reward... When the doctor came, it was under local anaesthetic. It was explained to me but, for a 6 years old girl, I thought I was doing something very good, I had to please my parents, to please everyone. I was given plenty of gifts, gold, jewellery, which is hardly praised in our culture.

After it was done I recovered the next day. But my brother who was older than me -he was 6 years older than me-, had a lot of experience back home. When the FGM was done back home for the girls who had type III they wouldn't move around for the next four or five days having their legs tied together. So when he saw me walking around he said to my mum 'Oh, mum, nothing has been done for her. This is not the right way, the doctor didn't do anything for her'.

So there was more pressure on my mother to re-do the FGM for me so I had it a second time; which I wasn't happy with it, I had to fight it. They had to hold me back on the table, the doctor came back... I think it was a week later or two weeks later [...]. So I had it re-done.

It did actually not affect me through my life time because I thought every woman had it, I thought that was the normal as every single woman, this is normal, I was normal. It didn't affect me until I met my husband and I started practicing midwifery. That it was wrong, it shouldn't have been done, this is not the way the actual vagina should look like...

And I thought 'Oh, this is not right!' And when I went back to my religion and to the books I tried to understand it, but it was nowhere. It was the culture, it is not something from the religion, and it was not something from... it was 100% cultural, nothing to do with religion and it was just to... I still not understand why, but for woman if don't have it done you are going to become like prostitute, you're going to be like a whore, you are going to go outside to sleep with other man because you have your clitoris hanging in front of you..., that kind of behaviour.

But if they take your clitoris away you are good girl, that you know, you are clean. It's also another thing they say. Women who have it done they look much cleaner than the others. So, it's something that was done to me at young age that I didn't know better. I don't understand. If I asked my other why she did it. She had it done, her mother had it done, her mother's sister had it done, and it was continuously not stop.

This is my story" (E1LM)

Esta historia narrada por la primera de las mujeres entrevistadas me hizo entender la complejidad de la temática y la necesidad de un abordaje sensible, delicado y respetuoso en futuras conversaciones.

En este apartado se describen los aspectos relacionados con la ejecución y el desarrollo de la práctica de la mutilación genital relatados por las y los participantes. Así pues, esta categoría conceptual, constituida por once códigos inductivos/deductivos expone aspectos como la edad en la que se realiza la MGF, lugar y persona que lleva a cabo la práctica, remuneración por la práctica, los medios utilizados, decisión de cortar, cuidados, curas y tiempo de recuperación tras la MGF (véase **figura 27**).

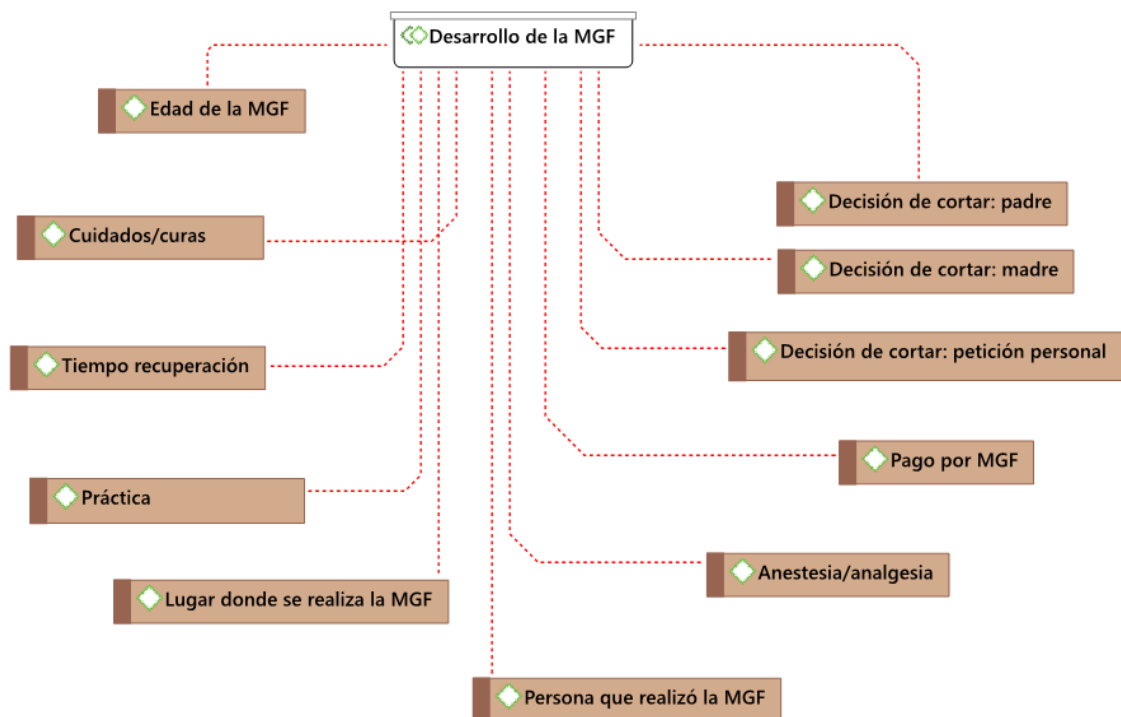


Fig. 27. Desarrollo de la práctica de la MGF: códigos.

La mayoría de las mujeres coinciden en que **la práctica** es mayoritariamente realizada por mujeres, normalmente de edad avanzada, que se dedican a ello asumiendo ese rol dentro de la comunidad. Estas mujeres, que heredan esa función de madres a hijas, no poseen conocimientos anatómicos ni formación sanitaria. A lo largo de las entrevistas realizadas no se ha detectado la realización de la práctica por parte de ningún hombre, barbero, curandero o pariente, tal y como es conocido en determinados pueblos.

“Si, son mujeres clave dentro del pueblo o de la ciudad, y bueno, también hay médicos que lo hacen, pero aparte”. (E7VH)

“Son las abuelas las que lo hacen, si” (E8VM)

“Ninguno, pero las abuelas que lo practican piensan que hay algún beneficio porque dicen que vas a guardar la virginidad” (E8VM)

“Médicos no. En mi país (Burkina Faso) son personas mayores” (E11VM)

“... ninguna mujer quiere ver sufrir a sus hijas, entonces para llevar a las niñas a mutilar nunca las propias madres las llevan [...] no se hace delante de ellas. Es una mujer mayor de una tribu la que lo hace [...] también ellos también se lo heredan, abuela, hija, hija, y así...” (E14VM)

“... ella también tiene un hijo que es amigo mío, más viejo que yo, y dice que su abuela hace ese trabajo desde hace más de 40 o 50 años” (E15VH)

“Si, con la mujer que lo hace. Ha venido a casa de mi abuela” (E16VM)

“No! A doctor not [...] It was a traditional man, two persons” (Participante EG)

No obstante, en algunos casos, son profesionales sanitarios los que han realizado la práctica, entendiendo esto con el concepto de **“medicalización de la MGF”**. En nuestro caso hemos reconocido una clara diferencia entre las mujeres residentes en Londres, procedentes de Somalia y el resto de mujeres, donde las primeras fueron mutiladas por un médico y no por personal no sanitario. Ellas refieren haberse trasladado hasta la ciudad de su país para la realización de la práctica en un centro sanitario.

“So, she called the doctor” (E1LM)

“It was a doctor, in the city” (E4LM)

“It was a doctor, a man” (E5LM)

“Ella me dijo que era médico” (E12VM)

Normalmente el **lugar de realización de la práctica** se llevó a cabo en el país de origen de las entrevistadas a excepción de la entrevistada E1LM la cual, una vez se trasladó a Italia, país donde residía su madre, fue sometida a la MGF clandestinamente.

“Ellos viven en Guinea, son de Guinea pero nacieron en Senegal. Se lo hicieron en Dakar mismo, no en la capital, pero en un pueblo, como si dices...” (E8VM)

“Si, en Nigeria” (E10VM)

“My mother was in Italy and we were back home and she didn’t want me to do it back home in Somalia, because there was a lot of pressure on her, so she said ‘once you arrive to Italy I will do it in Italy’. So when I came to Italy there was lots of pressure on her to do it because it wasn’t done back home. So, she called the doctor” (E1LM)

Se recogieron diferentes relatos sobre el lugar de realización de la práctica, encontrando diferencias entre las zonas más rurales y las más urbanas. Aquellas familias con más medios económicos se desplazaron a las ciudades para la realización de la práctica por un profesional médico cualificado.

“I was lucky because I never had problems with my periods, the man who was doing it was a doctor so he didn’t cut us like other people from outside the city (TRANSLATOR SUPPORT) from the rural area. There is horrible, there’s no local anaesthetic, there’s nothing, type III [...]. Any no-experienced woman could be doing it, whoever...” (E2LM)

“Type III is the one they do in rural areas, with no local anaesthetic”. (E2LM)

“En Mali hacen el grupo y se van al bosque y las madres se quedan ahí fuera y a los niños les cortan y luego los dejan salir para ver a su madre. Hay niños y niñas. Los niños se quedan otra parte” (E12VM)

“...cada vez que la anciana practica esas cosas, puede hacer 20, 30 o 40 niñas en un mismo día. Es una fiesta, el día llega y entonces toda la familia se prepara [...] Se dice que la niña que llora... los gritos definen el coraje de la familia” (E15VH)

Otras mujeres, en cambio, refirieron que la persona que realizaba la práctica, tanto si era un médico como una mujer mayor, acudía a su propio domicilio o al de algún familiar para la realización de la misma.

“Yes, the doctor came to my house. There was not only me, we were 4 girls at the same place, in my house” (EL2M)

“...mi madre decía que alguna de sus amigas que lo hacían... dicen que lo hacen cuando la niña es pequeña, ellos deciden porque son padres, tú no tienes opinión que dar, ¿sabes? Entonces han llamado a la mujer que lo hace, la mujer ha llegado con sus cosas, lo han hecho y ¡au! ¡En la casa!” (E6VM)

“Si, si muy pequeñita pero no me acuerdo bien [...] Me acuerdo cuando me cogieron y me llevaron al baño que estaba en casa de mi abuela. No fue en mi casa, fue en casa de mi abuela. Mi madre me mandó allí y yo no sabía ni tenía idea lo que me van a hacer y desayunando me cogieron y me llevaron al baño...” (E16VM)

En varios relatos se evidencia como la práctica se realiza en ocasiones de manera clandestina e incluso la propia familia desconoce el momento de la realización de la misma.

“We didn’t know when the practice was going to happen” (Participante de la EG)

En cualquier caso, el **pago por la realización** de la mutilación genital debía realizarse.

“Yes, you have to! Even if it’s local women, they are cheaper than the doctors. When is a doctor you have to pay more for them, for the local anaesthetic and all of that” (E2LM)

Por otro lado, en cuanto a las **condiciones higiénico-sanitarias**, mayoritariamente aquellas mujeres que fueron mutiladas por un médico o personal sanitario tanto en el domicilio como en un centro sanitario recibieron anestesia local previamente a la realización de la práctica. Además algunas citas hacen referencia a las condiciones de asepsia y a la profilaxis antibiótica.

“So, she called the doctor. I had local anaesthetic, it was a type one” (E1LM)

“When the doctor came it was under local anaesthetic” (E1LM)

“I was lucky because I was in the city and it was the doctor who did the thing. I got an injection for the pain and antiseptic to try not to have an infection” (E2LM)

“After the local anaesthetic no pain, just to get the anaesthetic was very painful” (E4LM)

“I had local anaesthetic” (E5LM)

Contrariamente, en las zonas rurales donde la mutilación era llevada a cabo por mujeres mayores de la comunidad los medios para la realización de la misma eran escasos. La MGF se realizó con objetos cortantes como cuchillos especiales, bisturís o cuchillas; no suelen utilizarse anestésicos ni antisépticos y no existe la posibilidad de la administración de analgesia y antibioterapia tal y como reflejan los siguientes relatos.

“There is horrible, there’s no local anaesthetic, there’s nothing” (E2LM)

“Ellos tienen una manera de esterilizar los cuchillos, o no sé lo que es, te lo hacen y luego te dicen como tienes que limpiar a la niña” (E6VM)

“...para nada, para nada. Sin ninguna higiene ¿sabes? Que cualquier cosa puede ocurrir en ese proceso” (E9VM)

“...en mi país suelen hacer esas mutilaciones a los bebés de una semana, días, 15 días o por ahí, entonces ahí tampoco hay tantos medios para hacerlo, ¿sabes? igual cortan 20 niñas en el mismo cuchillo, entonces hay muchas infecciones, hay niñas que se mueren por hemorragias...” (E14VM)

“¡No, nada nada!” (E14VM)

“A la mujer lo que le faltaba era la manera de tratar eso para curarlo. Cuando corta el clítoris, no tiene los medicamentos adecuado para curarlo” (E15VH)

“Yo soy del centro (de Mali), en el centro la mayoría corta el clítoris a mano” (E15VH)

“Es que las cogen y las llevan en baño y lo hacen allí y las que la limpian son las mujeres mayores, entonces.... La familia sí que se entera, pero es un tema que no se habla... ni cómo es, ni como se hace...” (E18VM)

En la mayoría de los relatos recabados, los **cuidados posteriores** a la realización de la MGF son llevados a cabo por la propia familia con escasos medios, en concordancia con los relatos descritos previamente. La entrevistada E14VM narra la importancia de la correcta limpieza y el entrevistado E15VH nos describe diferentes métodos tradicionales para la cura y los cuidados de la herida en las zonas más rurales de su país (Mali).

“Sangrando, sangrando... Su familia la estaba curando, ¡en casa! No en un hospital” (E9VM)

“Es que a veces cuando te cortan todo, luego sí que te cosen [...] entonces a la hora de cuando la herida se te está curando a veces se te pega un poco y al limpiar ellos intentan que no se pegue tanto, tanto, tanto, tanto, [...] y hay otros que lo dejan que se cierre todo menos un poquito pero ese es el tipo tres [...]. Pero no es lo mismo coser los dos así, y al fin acabo, estas cosiendo hasta aquí, pero si tu limpias intentando hacer así (hace movimiento con el índice de arrastre verticalmente de arriba hacia abajo), se te queda más agujerito (...) No sé si me explico” (E14VM)

“El poquito que no se ha abierto a la hora de curar se abre ese día, pero el tipo III sigue siendo el tipo III. Porque donde lo han cortado no se pueden abrir ya más porque ya está curado y todo, entonces intentan como si fuera un zapato... ¡no es lo mismo el zapato que lo has comprado el mismo día que lo que has usado!” (E14VM)

“Las (mujeres) que lo curan normal no van a tener lo mismo que los que hacen así limpiándolo (hace movimiento con el índice de arrastre verticalmente de arriba hacia abajo)...” (E14VM)

“Entonces las que han curado así, sin limpiar dentro, lo tienen más cerrado, y entonces el día que se casan lo abren, el poquito que no se ha...” (E14VM)

“...yo hablaba con una anciana que practicaba eso y le pregunté qué producto usaba para curar eso, y me dice que la tradición es usar la tierra que hay en la entrada de casa... se lo pone con aceite de carite [...] Aceite de ese árbol más tierra de la entrada de la casa” (E15VH)

“Hay otra tradición que dice piel quemada de un animal y luego le ponen aceite de carite, no ponen alcohol, no ponen nada de nada, entonces la infección en la mayoría de las mujeres viene por eso” (E15VH)

“Mi abuela sí que me limpiaba y con los medicamentos que estaban allí me los ponía” (E16VM)

No hemos encontrados excesivas referencias en cuanto al **tiempo de recuperación necesario tras la MGF**, ya que muchas de las participantes no recordaban cómo se llevó a cabo la práctica. En comunidades donde se practica la infibulación, a las niñas les atan las piernas para inmovilizarlas durante 10 o 14 días y permitir así la formación de tejido cicatricial. Este hecho queda reflejado en las palabras de la entrevistada E1LM la cual nos cuenta como, tras ser mutilada por primera vez (tipo I), su recuperación fue tan temprana (un día), que su hermano mayor, acostumbrado a ver como las niñas en Somalia precisaban hasta casi una semana de reposo en cama con las piernas atadas, creyó que la práctica que se le había realizado no había sido la correcta, y ella tuvo que volver a sufrir la MGF por segunda vez.

“After it was done I recovered the next day” (E1LM)

“When the FGM was done back home for the girls who had type 3 or 4 would move around for the next 4 or 5 days having their legs tied together” (E1LM)

“After two weeks I was fine, playing with my friends” (E4M)

Todas las entrevistas coinciden en la **temprana realización de la MGF**. Normalmente se realiza entre los 4 y los 15 años de edad, aunque algunos de los testimonios recogidos relatan edades mucho más tempranas, prácticamente tras el nacimiento. Así pues, la mayoría de las participantes únicamente cuentan con vagos recuerdos sobre el momento de la MGF. Durante la realización del grupo focal ante la pregunta de si recordaba la realización de la práctica todas las mujeres se rieron: *“Childhood, we were childs (se ríen en grupo)” (participante EG)*.

“It’s made by their parents and it’s at the very young age, from 4 up to 10, as earlier as possible... [...] I was 6 years old” (E1LM)

“Actually I was young, I was around 6 or 7 years old” (E2LM)

“So, normally it takes place as soon as possible... (TRANSLATOR SUPPORT) They are old enough to understand but not old enough to be too late to say no, and understand that is wrong and fight it. But we didn't thought it was wrong, because everybody was doing it. It was our culture. You don't realise until you grow up and see the problems” (E2LM)

“I think I was about 9 years” (E4LM)

“I was about 5 or 6 years, back home”. (E5LM)

“A los 12” (E8VM)

“Creo que a los 16 años” (E9VM)

“Según me comenta mi amiga, no sé a qué edad se lo hicieron pero muy niña” (E10VM)

“Yo no me acuerdo de nada porque era bebé. Si, era bebé” (E11VM)

“No me acuerdo de verdad. Era sobre 3 o 4 años. Porque un día yo le pregunté a mi madre y ella me dice que yo ya he sido cortada” (E12VM)

“No, yo era muy pequeña. Yo no me recuerdo”. Cuando tenía 7 meses, jo... no! 7 semanas” (E13VM)

“Tú nunca sabes si estás cortada, tu eres un bebé [...] tu no vas a saber que está pasando” (E13VM)

“En mi país suelen hacer esas mutilaciones a los bebes de una semana, días, 15 días o por ahí...” (E14VM)

“...me lo hicieron cuando tenía una semana de vida, entonces yo no me enteré de nada. Entonces como se hace en la familia, cualquier niña que nace allí, a la semana se lo hacen” (E14VM)

“Bueno depende..., desde recién nacido. Lo hacen muchas ahora desde recién nacido que es más fácil que cuando las niñas son grandes” (E16VM)

“Sí que me acuerdo, yo no era un bebé. Antes de los 7 años, seguro, porque a los 7 años yo entré en el colegio y fue antes” (E16VM)

“No, nada, tenía un mes creo...” (E17VM)

“(APOYO TRADUCCIÓN) Se lo hicieron de muy pequeña. No recuerda nada. No ha preguntado a su madre” (E18VM)

En cuanto a la **decisión de cortar**, se han recogido diferentes testimonios sin encontrar un consenso entre ellos. La mayor parte de las veces, son las mujeres de la familia las que toman la iniciativa de mutilar a las niñas tal y como narran varias de las mujeres y hombres

entrevistados. Esta práctica se hace a escondidas del resto de la familia y en ocasiones ni el padre ni la madre toman directamente la decisión de cortar; incluso no tienen conocimiento de la realización de la misma.

La implicación masculina dentro de las sociedades que practican la MGF es generalmente menor, ya que se considera a la práctica “una cosa de mujeres”. Las decisiones tomadas en el ámbito femenino, no obstante, son en ocasiones refrendadas por los hombres, tal y como nos narran algunas de las entrevistadas. Muchos padres ofrecen apoyo moral y económico para la realización de la práctica, pero también vemos como en alguna circunstancia, algunos padres ni siquiera son informados del momento de la realización de la MGF.

“Es que las cogen y las llevan en baño y lo hacen allí y las que la limpian son las mujeres mayores, entonces [...] La familia sí que se entera, pero es un tema del que no se habla... ni cómo es, ni como se hace...” (E18VM)

“¡No, no, no! ¡Una mujer mayor de la familia! La abuela, o la tía... depende. Por ejemplo la hermana de tu padre o tu abuela.... Son ellas” (E8VM)

“La mayoría lo hace sin el consentimiento del padre...” (E15VH)

“No, los hombres no toman las decisiones” (E15VH)

“Si, si, ellas se van (las madres). No son capaces de tomar decisión...” (E14VM)

Sin embargo, otras mujeres refieren que es la presión de una sociedad con un claro dominio masculino la que empuja a las mujeres a tomar la decisión de cortar a sus hijas o sus familiares más cercanos. Las citas mencionadas en el apartado de dominio masculino apoyan esta idea.

“Es el padre el que le dice a su mujer, mira, a la niña le toca esto, ¿sabes?” (E6VM)

Así mismo, varias de las mujeres entrevistadas fueron las que ellas mismas demandaron a sus madres y padres ser sometidas a la MGF, aunque con profundo desconocimiento previo, siendo, de esta manera, socialmente aceptadas entre sus iguales. Estos verbatim relatan cómo el miedo al rechazo social, a la marginación y el deseo de pertenencia a un grupo son causas de la realización de la MGF en algunos casos.

“Actually because everybody was having this, I was the one who was pushing my mother to do it” (E2LM)

“(Translator support) No, she would have done it because she wanted to be same as the others. We thought we were growing up, being big girls [...] child to adult” (E2LM)

“We were around 4 or 5 girls, one of them was a bit older around 13 or 14 years old because she didn’t have parents, she grow up with her grandparents. We ashamed to become like that girl, we wanted that (MGF) at an earlier age that that girl” (E2LM)

“Actually I was happy to do it, because everyone was doing it. I asked my parents every day, ido it please! Because all my friends had it. I asked them every morning. Actually my dad didn’t want, and I asked my mum. My dad never supported the practice” (E4LM)

“I was happy before they did it to me, but when I went to the hospital I started crying. But at the same time I wanted, because all my friends had it. I didn’t want to be different from them” (E4LM)

“Como yo he visto a mis amigas que eran un poco mayores [...] a ellas le iban a cortar y yo le pregunté a mamá... ¡yo también!” (E12VM)

E1LM describe su sentimiento previamente a ser mutilada y cómo el **rito de la MGF** era percibido como un momento de celebración, alegría y júbilo, donde la familia ofreció regalos a la entrevistada días antes de la MGF.

“It did actually not affect me through my life time because I thought every woman had it, I thought that was the normal as every single woman... I was normal” (E1LM)

“It was explained to me but, for a 6 years old girl, I thought I was doing something very good, I had to please my parents, to please everyone. I was given plenty of gifts, gold, jewellery, which is hardly praised in our culture” (E1LM)

CONOCIMIENTO DE LA PRÁCTICA DE LA MGF

Esta categoría explora el conocimiento o desconocimiento sobre la realización de la práctica en su comunidad, familia, región o etnia, así como la experiencia propia de la MGF en las diferentes participantes. Ocho códigos inductivos fueron creados en relación a los conocimientos de las mujeres en cuanto a la MGF.

Primeramente cabe destacar que todas las personas entrevistadas, tanto mujeres como hombres, habían oído hablar de la práctica de la MGF y conocían a mujeres que habían pasado la experiencia de la MGF en primera persona. Así pues, cuando les preguntamos si habían oído a cerca de la práctica y su realización en su país, etnia o familia todos los participantes sabían identificarla. Además, aunque en ocasiones la práctica no fuera realizada en su lugar de origen, conocían la procedencia de la misma y comunidades próximas donde ésta sí que era llevada a cabo.

"Yes, it's a practice back home, in Somalia" E1LM

"Yes, all Somalia" (E2LM)

"Yes, but not anymore" (E4M)

"Yes, my sister, me, his sister..." (E5M)

"Pues sí, en mi país por lo que me dice mi madre sí que había" (E6VM)

"En Senegal sí, yo tenía amigas que me decían que sí" (E6VM)

"Si, pero he escuchado hablar más de la mutilación genital aquí en España que en Camerún"
(E7VH)

"Pues..., de mi familia si, y de mi marido también, sí" (E8VM)

"Antes si, pero ahora menos" (E8VM)

"Si, en mi zona, todos" (E13VM)

"Si, todas las niñas de allí, menos dos sobrinas mías todos los demás tienen" (E14VM)

"Si, casi todas las mujeres de mi país lo hacen, entonces a las niñas que no le hacen parece que como que son impuras" (E14VM)

No obstante, algunos de los participantes conocían la práctica, aunque narraban no ser una práctica habitual en su etnia o región, o haber ocurrido únicamente en el pasado.

"No, no, no nosotros somos mucho más cristianos. Eso son los.... En Camerún es la parte del norte que es frontera con Nigeria que hay musulmanes que hacen ese tipo de mutilación"
(E7VH)

"Si, pero (...) antiguamente" (E9VM)

"Si.... Aunque no se practica en mi país pero yo me entero a través de otras mujeres"
(E10VM)

Como hemos visto en el desarrollo de la categoría previa, muchas de las mujeres entrevistadas nos afirmaron haber sido sometidas a la MGF en sus países de origen, a excepción de la entrevistada E1LM a la cual la MGF se le realizó en territorio europeo. Sin embargo, una vez se preguntaba sobre la tipología de la MGF la gran mayoría de las participantes desconocía el grado de MGF que se les había llevado a cabo.

"Yes, I was circumcised in Italy" (E1LM)

"Si, me han cortado" (E12VM)

“El del grado ese no lo sé, pero sé que me cortaron todo el clítoris” (E14VM)

“Si, todo junto, solo tenía un agujerito para todo. Si, es un grado III” (E14VM)

“It was a type one” (E1LM)

“Pharaon..., is type II and III” (EL2M)

“Type II is what I have. Type III is the one they do in rural areas, with no local anaesthetic” (EL2M)

“She thinks there is only one type of FGM (translator support)” (E3LM)

“I had the worst type. They call it ‘Oni’” (E4LM)

“They cut everything, they close everything. There is no other worst type” (E4LM)

“Era solo la parte de arriba y luego es como un tapón eso para no poder tener relaciones con ningún hombre” (E8VM)

“No sé los grados” (E11VM)

“...que es lo que hacen en Egipto... la faraónica” E16VM

“En Mali, en el norte ellos practican a su manera, [...] lo hacen de dos formas, ellos cortan el clítoris y los dos labios grandes [...]. En el Sur de Mali cortan el clítoris y los dos labios pequeños los cortan también y los sellan [...]. Yo soy del centro, en el centro la mayoría corta el clítoris a mano” (E15VH)

“La mutilación que tiene mi mujer es la que corta solo el clítoris, no está pegada” (E15VH)

Con el fin de facilitar la tarea de identificación de la **tipología de la MGF**, en determinadas entrevistas se ofreció la posibilidad de enseñar una imagen gráfica sobre los diferentes tipos existentes, y para aquellas participantes que accedían, se realizaba una breve descripción de los mismos. No obstante, incluso tras la visualización gráfica, la identificación no fue posible en algunas participantes.

“Si, ese es. Es el primer grado. El más sencillo” (E11VM)

“No, pero muy pequeño arriba” (E13VM)

“El del grado ese no lo sé, pero sé que me cortaron todo el clítoris” (E14VM)

Vemos además como la MGF es una **práctica tabú** que evita ser mencionada.

“But the only thing is that it is a really, really, really sensitive topic. It’s not our mouth, it’s not our eye and it is somewhere private and personal so it’s not easy to speak up”. (E1LM)

“Es que en Senegal de sexo no se puede hablar públicamente, hay muchas cosas que no se puede hablar así públicamente”. (E8VM)

“No lo comenta porque es algo muy duro”. (E10VM)

“...se saben esas cosas, si te casas y..., como allí todas las cosas son tabú, no se habla de nada, entre madre e hija no se habla de este tema”. (E16VM)

“Si, si eso es tabú, nos pasa casi a todos”. (E16VM)

“La gente no lo relaciona, la gente piensa que es por otra cosa, y aunque lo sepan no lo dicen, porque es como tema tabú. Por ejemplo, si yo con mi marido no tengo como... si la relación no es buena, y puede venir con discusiones y otras cosas así, la gente no ve eso como el origen del problema, lo ven como otras cosas”. (E17VM)

RAZONES POR LAS QUE SE REALIZA LA MGF

Esta categoría se conformó por once códigos creados de forma dual (véase **figura 28**), tal y como se ha mencionado al principio de este bloque, mediante un proceso deductivo previo y el inductivo a medida que iban emergiendo nuevos conceptos simultáneamente a la realización de las entrevistas.

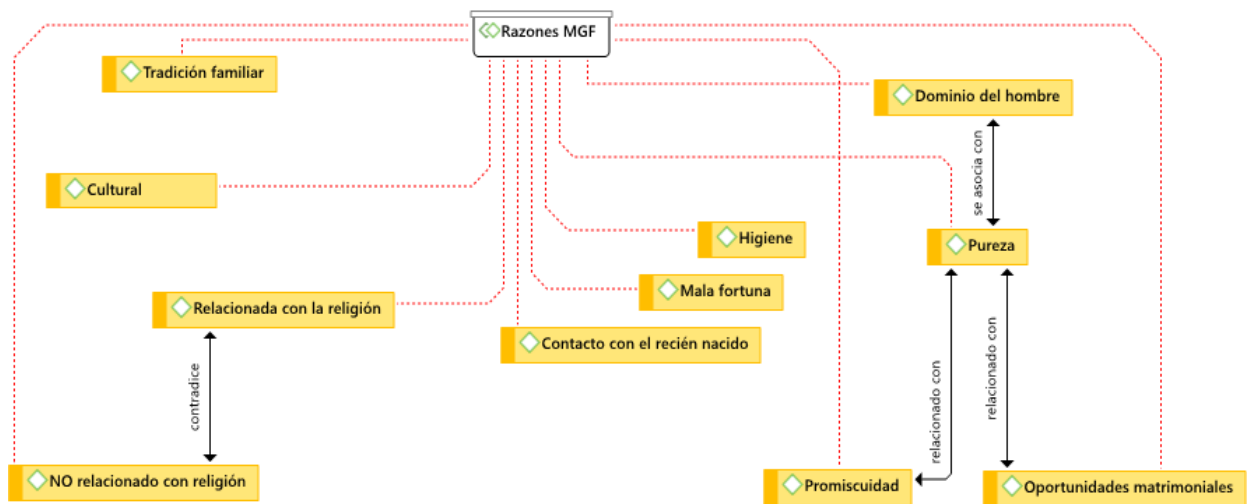


Fig. 28. Red de conceptos sobre razones por las que se realiza la MGF.

Cuando les preguntamos sobre los posibles **beneficios** que conllevaba esta práctica todas las mujeres coincidieron en que no existía ningún beneficio directo. No obstante, y tal y como se desarrolla a lo largo de esta sección, vemos que las razones por la que se realiza la MGF conllevan beneficios indirectos a las mujeres a la hora de pertenecer y convivir en su comunidad. La aceptación social y el sentimiento de pertenencia a un grupo, o el incremento de las

oportunidades matrimoniales serían alguno de estos beneficios. En cualquier caso la MGF es un reflejo de una manifestación enraizada de la desigualdad de género.

“So, it’s not their choice that they think it’s a benefit, it’s a cultural thing that I think it came from Egypt” (E1LM)

“Nothing at all” (E2LM)

“She says that it’s not good, not advantages (translator support)” (E3LM)

“No benefit, just pain” (E4LM)

“There is no benefit, there are all disadvantages” (E4LM)

“No hay beneficios. Para mi es algo que no se puede consentir porque de las amigas que me contaban, aun, con la edad que tienen, -algunas son más mayores que yo, otras que somos de mi misma edad-, dicen que es algo tan doloroso, que no, no hay beneficio, y eso es algo que está todavía en la cabeza de cada una. Porque al tocar un poquito este tema, tú ves en la cara de cada una que no es un tema...” (E6VM)

“Ninguno, pero las abuelas que lo practican piensan que hay algún beneficio porque dicen que vas a guardar la virginidad” (E8VM)

“Yo creo que no, que beneficio ninguno, porque según me comentan porque se lo hacen yo veo que tampoco, yo no veo ningún beneficio en ello, o lo hacen... o lo hacían simplemente por la cultura, y la tradición pero yo no veo ningún beneficio en ello” (E10VM)

Las justificaciones sugeridas ante su práctica son numerosas, y en sus contextos específicos, convincentes. Aunque estas justificaciones pueden variar entre comunidades, tienen una serie de temas comunes como son el asegurar a la niña o la mujer un estatus en su comunidad, la mejora de las oportunidades matrimoniales, la castidad/preservación de la virginidad, la pureza y la honra a su familia. En algunos casos se presenta como una convención positiva al destacar las ventajas de someterse a ella, mientras que en otros se centra en las consecuencias de no someterse a su práctica. A continuación se muestran algunas referencias que reflejan esta justificación de la práctica por **razones culturales y de tradición**.

“She had it done, her mother had it done, her mother’s sister had it done, and it was continuously not stop” (E1LM)

“So, it’s not their choice that they think it’s a benefit, it’s a cultural thing that I think it came from Egypt” (E1LM)

“And I thought ‘Oh, this is not right!’ And when I went back to my religion and to the books I tried to understand it, but it was nowhere. It was the culture, it is not something from the

religion, and it was not something from... it was 100% cultural, nothing to do with the religion [...]. I still do not understand why, but for woman if don't have it done you are going to become like a prostitute, you're going to be like a whore, you are going to go outside to sleep with other man because you have your clitoris hanging in front of you..., that kind of behaviour" (E1LM)

"But we didn't thought it was wrong, because everybody was doing it. It was our culture. You don't realise until you grow up and see the problems" (E2LM)

"No crea ningún beneficio, es peligroso para la salud de la mujer. A las chicas que se lo hacen eso, es por una tradición que es antigua" (E7VH)

"...lo hacían simplemente por la cultura, y la tradición pero yo no veo ningún beneficio en ello" (E10VM)

El miedo al rechazo social, a la marginación y a la humillación también es otra de las causas mencionadas por las entrevistadas. De la misma manera, y tal y como hemos descrito previamente, alguna de las adolescentes pidieron ellas mismas ser sometidas a la MGF para pertenecer al grupo.

"Mi hija va a ser la primera que no ha tenido esta práctica en la familia, entonces siempre piensas '¡ah, si mi hija se queda sin mutilar entonces toda la gente se burlará de ella! Entonces no son capaces de tomar esa decisión" (E14VM)

La MGF tiene un fuerte significado simbólico entre las comunidades que la practican, con una gran presión cultural y una estructura social que la mantienen. Es una práctica muy valorada en los lugares en los que persiste, se considera una actividad dentro del ciclo vital de cada mujer y tiene el consentimiento de la comunidad e incluso de la mayoría de las familias de las niñas. Estas tradiciones se enraízan en la estructura familiar, generando que la MGF no sea únicamente una tradición cultural de la región, la comunidad o la etnia, sino que la familia ejerza como un factor de mantenimiento de la misma. La **tradición familiar** como razón de realización y mantenimiento de la práctica ha sido mencionada por los diferentes participantes a lo largo del proceso de recogida de datos, tal y como podemos ver en las siguientes citas seleccionadas.

"So, it's something that was done to me at young age that I didn't know better. I don't understand. If I asked my other why she did it. She had it done, her mother had it done, her mother's sister had it done, and it was continuously not stop" (E1LM)

"...no lo sé, puede ser por la etnia, ellos tienen que hacerlo o la tribu donde ellos viven lo hacen, entonces si la madre lo ha hecho a las hermanas, ellas tienen que hacerlo" (E6VM)

“En una familia que creen en eso, entonces todas las chicas que nacen es la tradición, no hay opción” (E8VM)

“me dijo que en principio sus padres le dijeron que era algo de tradición que se venía haciendo desde las eras antiguas, que no era... no mucho, no me explicó mucho” (E10VM)

“Es lo que ella me dijo, que no era por voluntad propia, su padre le dijo que era una tradición que no se podía dejar, quieras o no te lo tengo, te lo tienen que hacer” (E10VM)

“Allí, si te vas y no dices nada puede que alguien te haga una sorpresa de este tipo y no... Porque es que hacen esas cosas por sorpresa también... como... Yo tengo hermanas pequeñas, yo puedo coger las niñas de ellas y las llevo, hacerlo y como hacerle un favor... no sé” (E16VM)

“Le dije que esto no se hace aquí, a las niñas que no lo deberían hacerlo y... si lo hacen se paga con cárcel aquí” (E16VM)

“Por tradición y también para que la mujer no tenga tantas ganas” (E17VM)

Por otro lado, en algunas comunidades, los genitales femeninos externos se consideran sucios y feos y se extirpan ostensiblemente para promover la higiene y el atractivo estético. Las citas que se mencionan a continuación reafirman esta idea (**razones higiénico-estéticas**).

“But if they take your clitoris away you are good girl, that you know, you are clean. It's also another thing they say. Women who have it done they look much cleaner than the others” (E1LM)

“... porque una niña que no está mutilada la gente las llama 'bilákoró', es como, si tu estas sucio no puedes venir con nosotros...” (E15VH)

“Si una mujer no está mutilada, es como si está sucia... y dicen que eso es como la pureza de casar a la niña... y pasar a ser mujer” (E17VM)

La creencia de que los genitales femeninos externos son sucios y feos justifica también la realización de la práctica para prevenir males tanto en los recién nacidos como en el hombre (**mala fortuna**).

“... y algún otro pensaba tradicional, que si no corta el clítoris [...] y esa chica queda embarazada, y si el niño al nacer el clítoris toca la cabeza del bebé, entonces el niño se quedará loco” (E15VH)

“...también que se va diciendo que... si uno no corta, si estás trabajando en el campo, y que tu mujer te trae la comida allí, te toca esa mujer sin cortar el clítoris, entra en el campo de arroz, se seca el arroz, se seca la patata, que ese campo no va a producir bien, es mala suerte para su cultivo...” (E15VH)

Algunos relatos evidencian la fuerte **desigualdad de género** y la influencia del sistema patriarcal establecido en algunas comunidades, observando un evidente **dominio masculino** en determinados contextos sociales. Sorprende el relato de la primera participante entrevistada cuando nos explica cómo su hermano mayor tuvo la suficiente autoridad en el grupo familiar como para influir en la decisión de su madre para volver a someterla a una segunda MGF.

“After it was done I recovered the next day. But my brother who was older than me -he was 6 years older than me-, had a lot of experience back home. When the FGM was done back home for the girls who had type 3 they wouldn’t move around for the next four or five days. So when he saw me walking around he said to my mum ‘Oh, mum, nothing has been done for her. This is not the right way, the doctor didn’t do anything for her’” (E1LM)

“Pues lo hacen primero, por ejemplo, yo creo que es más la presión de la cultura, porque creo que al fin y al cabo llegará por lo del machismo, porque los hombres dominan mucho a las mujeres...” (E14VM)

“Hay hombres que ese día no quieren acostarse con la mujer pero hay otros que le obligan pues tienen que hacerlo así para que todo el mundo se entere que la chica se ha casado virgen” (E14VM)

“Sí. Sí hay muchos hombres que sí están a favor... están a favor. Es que los hombres que tienen más poder, si ellos dicen que no es que no. Pero si ellas no dicen nada o están a favor...” (E16VM)

“Eso no está bien para las mujeres, y si cuando la niña es pequeña si no tiene infecciones ni nada no tiene problemas pero al casar si, si está con el hombre y no le satisface luego va a coger otro y luego si está no le satisface va a por otro. Esto es un desastre porque obliga a los hombres a coger lo que no pueden, y tener hijos con todas estas mujeres y al final son las madres las que tienen que trabajar para dar de comer a sus hijos” (E17VM)

“...yo creo que se estaba haciendo por el beneficio de los hombres, porque cuando tú dices a mí, si el clítoris de tu mujer no está cortado, entonces se va con dos, tres, cuatro, cinco hombres, me da miedo [...]. El hacer eso (MGF) me da la posibilidad de ir a por tres mujeres, porque con la religión en la ley de mi país me permite casarme con cuatro mujeres... [...] es que la gente no sabía que cuando corta con ese aparato, no sabía que puede dañar a las mujeres, entonces cuando una mujer corta eso no va a tener sexo cuando está con su pareja, entonces eso es el problema, ¿por qué? hay mucho conflicto, la gente no lo habla, la gente no dice lo que está dentro, como el marido no tiene satisfacción puede casarse con algún otra, porque la ley le permite casar” (E15VH)

Otras de las razones conocidas que apoyan la práctica de la MGF es que esta **previene la promiscuidad de la mujer**, garantizando la castidad y el **mantenimiento de la virginidad** y en consecuencia favoreciendo las **oportunidades matrimoniales** de las niñas y las mujeres. En algunas comunidades el precio de la novia es mucho mayor en el caso de que la niña haya sido sometida a la misma.

“Lo que pienso, lo que oí, lo hacen para que la niña no sea muy divertida, no sea muy liberal, muy abierta. Es por eso” (E11VM)

“Por tradición y también para que la mujer no tenga tantas ganas” (E17VM)

“La gente cree que una chica que no está mutilada, es una chica que puede jugar fuera de su familia, de su matrimonio...” (E15VH)

“Porque la virginidad en África es muy importante. Las madres quieren que sus hijas se casen vírgenes y entonces para ellos eso es un beneficio. Si lo practican no vas a pensar en eso antes de casarte” (E8VM)

“Si, casi todas las mujeres de mi país lo hacen, entonces a las niñas que no le hacen parece que como que son impuras” (E14VM)

“Con los pensamientos de ellas, pues parece que las mujeres que no están mutiladas no son puras entonces... [...] allí los hombres se pueden casar con cuatro mujeres, entonces las mujeres que tienen esas prácticas tampoco no suelen revelarse mucho, porque mira, si yo estoy casada con un hombre, entonces si ese hombre se va a casar con otra yo no puedo hacer nada, yo no puedo hacer nada porque tampoco me gusta tanto mantener relación sexual con esta persona, porque teniendo la mutilación las relaciones sexuales son muy dolorosas, entonces no te entra en la cabeza, entonces ¿para qué me voy a buscar otro hombre?” (E14VM)

“Al contrario, las mujeres que no están mutiladas, pues si un hombre te hace esas cosas pues tú decides, si no es con esta persona, iré con otro” (E14VM)

“We think it’s something they do to prevent girls from having sex” (Participantes de la EG)

En muchas comunidades, la MGF es un requisito previo al matrimonio. Allí donde la mujer depende en gran medida del hombre, la necesidad económica puede ser un potente impulsor del procedimiento.

“Se supone que luego tienes más capacidad para casarte” (E8VM)

“...se lo cortan y luego hay una cosa que ponen como un tapón y se queda ahí hasta el día de casarse [...] es como un tapón para no poder tener relaciones con ningún hombre. Pero luego el día de la boda lo quitan para entregarle al marido” (E8VM)

“Y eso se abre antes de la relación... ¡Con el cuchillo! Si, el poquito, si como el entrenamiento que no ha tenido para esto, intentar hacerlo un poquito así” (E14VM)

“Recuerdo que un día nosotros fuimos a una boda [...] la niña no sabía que estaba pegada -porque cuando lo corta... una herida aquí, una herida allí y cuando se junta se pega- [...]. Para orinar tenía problema, la pobre... su madre dice siempre que ella quiere que su hija se case, ella habla de la virginidad todo el día” (E15VH)

“El día de la boda, nosotros cogemos a la mujer y al marido y los ponemos en su dormitorio, y hay una anciana que se queda en la puerta para vigilar y mirar y ver que la chica está virgen o no está virgen” (E15VH)

“Es la noche de la boda que el marido debe abrir eso... Con cualquier cosa, el primero lo intenta con el pene, con el pene, si no va con el pene, lo intenta con cualquier cosa [...]” (E15VH)

En algunas comunidades además, este concepto se relaciona con los mencionados previamente como la pureza y la higiene, ya que existe la creencia de que los genitales externos femeninos son espiritualmente impuros por lo que algunas culturas consideran la MGF condición indispensable para que las mujeres sean “espiritualmente puras” (**pureza**).

“Cuando yo era pequeño nadie me podía decir a mí que no estaba ligado a la religión, porque yo tenía mucha confianza en lo que me decía mi padre, mi abuelo... yo tenía confianza a ellos, siempre. Cuando alguien me preguntaba yo pensaba que era algo religioso. Entonces cuando yo empecé a estudiar y trabajaba en un Hospital, vi la gran diferencia entre los líderes religiosos que explican y la realidad, porque cuando un Imán te dice que cuando una niña que no está mutilada no puede besar, (nosotros llamabas siligí), nosotros creíamos que era verdad, y cuando una niña no está mutilada no puede hacer esas prácticas, rezar, ir a la mezquita...” (E15VH)

En este apartado quisiéramos destacar el **mito del incremento de la fertilidad** en las mujeres con MGF frente a las no mutiladas nombrado por la entrevistada E16VM.

“Yo pensaba que si una mujer no estaba mutilada no podía tener hijos” (E16VM)

“¡No, no! Yo pensaba así, pero alguien me dijo que no... aunque no esté mutilada que la mujer sí que puede tener hijos... puede estar con un hombre” (E16VM)

Finalmente, aunque la práctica se puede encontrar entre cristianos, judíos y musulmanes, ninguno de los textos sagrados de las diferentes religiones prescribe la MGF. Prácticamente todas las mujeres entrevistadas desvincularon la MGF de su **religión**.

“No, but it’s cultural thing and then it immigrated with the religion but it’s not part of the religion” (E1LM)

“She says it’s not part of our religion (translator support)” (E3LM)

“No, not at all” (E5LM)

“No, en ningún momento” (E8VM)

“Yo creo que no es por religión, será por tradición de alguna gente. Pienso yo, no lo sé” (E10VM)

“Pues yo creo que eso no... es más cultural que religión, porque en mi país hay de todo, hay cristianos, hay no creyentes, hay musulmanes, pero todo el mundo lo hace, entonces yo no lo asociaría con la religión” (E14VM)

“La gente cree que es por religión, y yo antes también pensaba así que era por religión, que estaba en el Corán, pero cuando llevé a las niñas a Mali, que tenían un año, y pregunté, me dijeron que no era nada obligatorio, pero la gente sí que lo hace” (E16VM)

“No, hay cristianos en mi país que también lo practican” (E17VM)

“Yo que soy cristiano he hablado con la gente que ha estudiado el Corán y nadie me ha dicho que haya una parte Corán que se explique eso...” (E15VH)

“Muslim, they do it; but we also do it” (Participante de la EG)

No obstante, todavía existe la creencia errónea de que es un **precepto religioso** (E7VH, E6VM, E9VM, E15VH).

“No, no, no, nosotros somos mucho más cristianos. Eso son los.... En Camerún es la parte del norte que es frontera con Nigeria que hay musulmanes que hacen ese tipo de mutilación” (E7VH)

“Sí, mucho más a la religión” (E7VH)

“El problema... la gente que yo conozco que defiende esas cosas son mucho más de la religión musulmana” (E7VH)

“Si, musulmanes” (E9VM)

“Si y no, porque en general ahí hay muchas musulmanas que lo hacen y hay católicos que hacen pero no tanto como los musulmanes. En mi país (Burkina Faso)” (E11VM)

“Si, ellos allí (en Mali) aun piensan que está asociado a la religión” (E16VM)

“Yo pienso que es por religión porque allí en mi país (Senegal) como la mayoría son musulmanes ellos dicen que lo tienen que hacer. Y hay muchos que salen de otros países como Guinea Conakri, Malí, Burkina Faso.... Esta gente, ellos lo hacen, pero en Senegal no hay mucho. La gente que viene de fuera que entran en mi país sí que lo hacen pero el senegalés no lo hace. La gente que viene de fuera, que ha nacido allí, que han hecho todo allí, sus padres vive allí, ahora tienen la nacionalidad, dicen que son de Senegal, sí que hacen esa cosa” (E6VM)

CIRCUNCISIÓN MASCULINA

En alguna de las entrevistas quedó registrada la realización conjunta de la MG a niños y niñas de la misma etnia o región.

“En Mali hacen el grupo y se van al bosque y las madres quedan ahí fuera y a los niños les cortan y los dejan salir para ver a su madre. Hay niños y niñas. Los niños se quedan en otra parte” (E12VM)

MATRIMONIO CONCERTADO

El matrimonio concertado también fue uno de los conceptos que emergió durante la realización de las entrevistas. Así mismo, vemos cómo la entrevistada E14VM nos cuenta como fue obligada a casarse con un hombre al cual no conocía, sufrió violencia de género durante su matrimonio y finalmente decidió divorciarse, ya una vez en España. Además nos expone cómo esta problemática es una norma muy extendida en su país de origen y más de las 50% de las mujeres se casan mediante matrimonio concertado.

“...antes de venir aquí estaba estudiando lo del bachillerato en Mali, entonces quería ser médico pero me obligaron a casar y tuve que dejar los estudios” E14VM

“Si, pero no conocía a mi exmarido” (E14VM)

“...mi exmarido, que yo no lo conocía de nada, entonces al tener lo de la MGF que no tienes placer y que te obliguen a casarte con un hombre que no conoces de nada, es lo más horroroso en esta vida. Como si fuera un violador que te viola, entonces con esos dolores es muy complicado” (E14VM)

“No es solo mi caso, casi el 50% de todas las chicas se casan así, ¿sabes? entonces ahora están un poco modernizado pero la mayoría se casan así” (E14VM)

POLIGINIA

La poliginia es el régimen familiar que permite tener más de una esposa al mismo tiempo. Este concepto también ha surgido en el relato de alguna de las participantes.

“Si, los inconvenientes para la mujeres son muchos, porque bueno no tiene placer a la hora de mantener relaciones sexuales y esto genera muchas frustraciones, a los hombres también, entonces ellos no se sienten satisfechos en la cama y entonces empieza el problema con la primera. Se va con otra y entonces con la otra también lo mismo, porque si todas están mutiladas... otras y otras... y así” (E14VM)

“Bueno, es que los hombres no sé... Creo que les gustan, porque a ellos les gusta tener más mujeres allí... pero si tiene una mujer ahí y que no está mutilada es que no puede tener más, como dos o tres mujeres” (E16VM)

CONSECUENCIAS DE LA MGF

A lo largo de este bloque se exponen las citas que hacen referencia a las consecuencias sobre la salud de las mujeres y las recogidas en las diferentes entrevistas. Esta categoría se conformó finalmente de doce códigos. En la **figura 29** se muestra el mapa de conceptos sobre las consecuencias de la MGF.

En líneas generales, se describen consecuencias tanto a corto como a largo plazo - obstétricas, ginecológicas, sexuales, físicas y psicológicas-. La gravedad de las complicaciones dependerá del tipo de MGF que se haya realizado, siendo los tipos II y III los más cruentos, como se ha visto previamente. Otros factores como la salud previa de las niñas o las condiciones en las que se ejecute la práctica también influyen en las consecuencias generadas.

“The disadvantages for the women are mostly... there’s a risk of infection, depending on the type of the FGM. If it is type I there’s not much, just reduced sexual pleasure I think. The bigger the grade is there are more disadvantages. Difficulties sometimes with periods, also for intercourse and also during delivery; sometimes is really hard for the woman” (E1LM)

“She says there are lots of problems, in marriage and childbirth (TRANSLATOR SUPPORT)” (E3LM)

“There is nothing good with it. When they do, you have pain and after when you get married, you have pain. When you deliver your baby you have pain. There is no benefit; all are disadvantages” (E4LM)

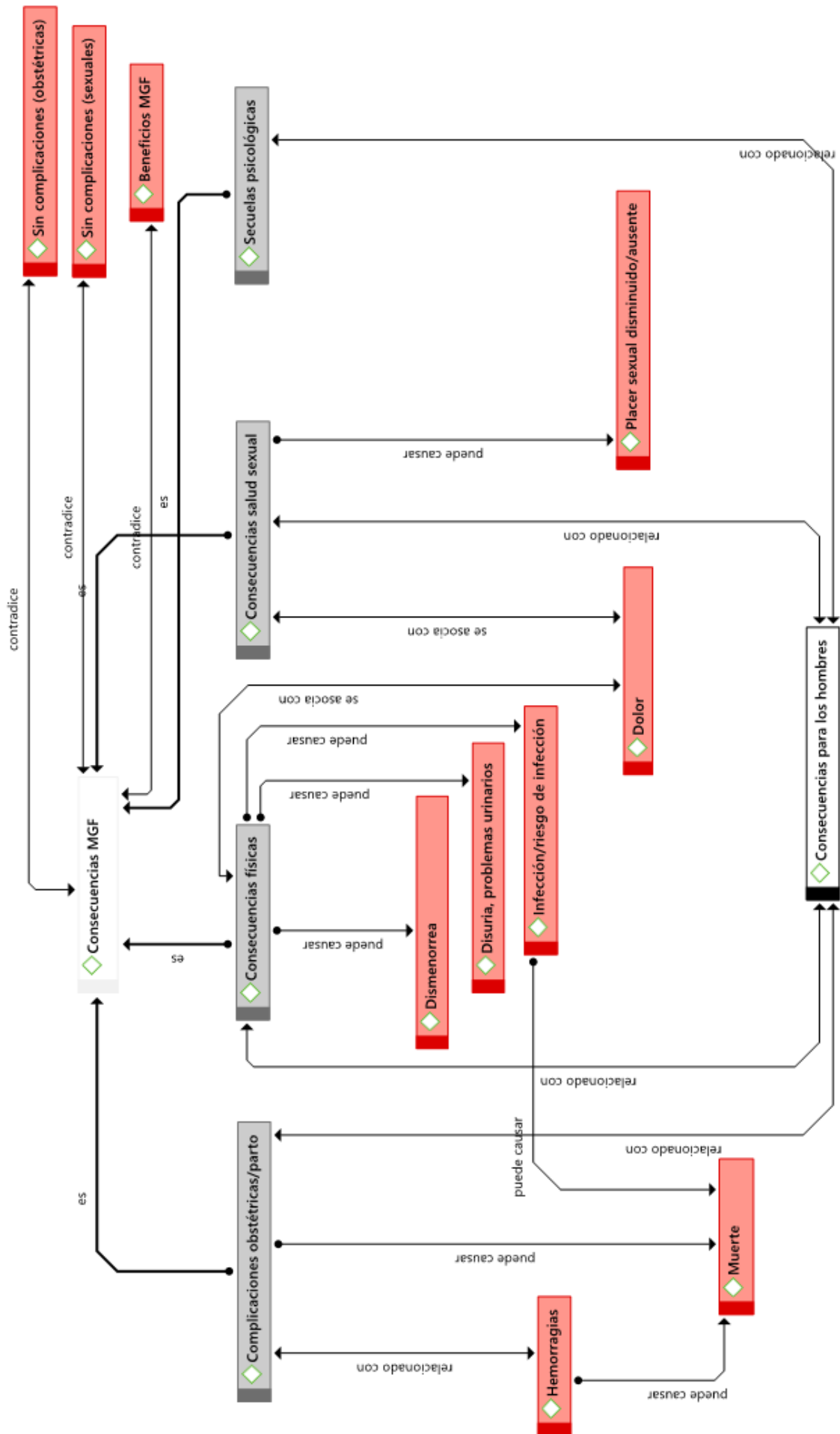


Fig. 29. Red de conceptos sobre las consecuencias de la MGF.

En cuanto a las **consecuencias y complicaciones obstétrico-ginecológicas** descritas, las más mencionadas fueron la hemorragia postparto, desgarros perineales, el dolor, la finalización del parto mediante cesárea y el riesgo de infección. Otras, como la infertilidad, el parto pretérmino (E16VM), la distocia de hombros (E11VM), la dificultad para realizar una exploración ginecológica completa (E8VM), el aumento del trabajo y del dolor del parto (E11VM) fueron mencionadas únicamente por alguna de las entrevistadas. También se mencionaron complicaciones graves como la muerte de las niñas o las mujeres como consecuencia de la hemorragia postparto.

“Hay muchas, hay infecciones higiénicas de la mujer primero. Luego cuando te casas es muy difícil hacer sentir gusto, tener placer y también cuando vas a... cuando estás embarazada, los embarazos suelen ser muy difíciles hasta hay chicas que mueren al parir” (E8VM)

“El problema fue con el tercero, para sacarle que le han forzado el brazo y se le ha roto el brazo [...]. No, no, no... era con la mano solamente, la matrona con la mano para sacarle, que apretaron mucho y se le ha roto el brazo. Tiene una parálisis” (E11VM)

“Yo le he explicado los inconvenientes que tienen las mujeres a la hora de dar a luz porque ellas lo ven al contrario que las de aquí; ellas piensan que las mujeres que no están mutiladas a la hora de dar a luz van a sufrir mucho, pero totalmente es lo contrario” (E14VM)

“Mira fue muy doloroso, es lo que digo siempre. Yo le preguntaba a la matrona entonces cuantos puntos llevaba, ni se puede contar. Entonces me dieron muchos puntos dentro y fuera” (E14VM)

“No, después de nacer, eran muy prematuras... Eran muy prematuras, nacieron de 23 semanas, que por eso no podía ni coger ni ciclo de formación ni nada, tenía que llevarlas a rehabilitaciones. ¡Pero ellas están bien! ¡Corren! ¡Cómo normal!” (E16VM)

“Si, si, estuvimos intentándolo un tiempo, con la inseminación segunda me quedé” (E16VM)

“Sí, sí y luego también lo que estaba muy mal es cuando fui a la maternidad para trabajar y cuando llegaba una mujer embarazada para el parto era un desastre [...] ... dos mujeres delante de mí perdieron mucha sangre, mucha sangre...” (E15VH)

De las catorce mujeres entrevistas que habían sido sometidas a MGF y habían sido madres, seis de ellas habían finalizado sus gestaciones mediante **cesárea** y siete mediante parto vaginal (una de ellas no quiso contarnos su historia). Así pues, el 46% de las mujeres entrevistas con MGF habían finalizado la gestación con una cesárea electiva o por inducción del parto fallida.

A cuatro de las participantes se le ofreció una reversión de la MGF intraparto, la cual fue aceptada por dos de ellas.

“I was in labour and the doctor came and told me that he will open before the baby came. I refused because I didn’t want it. But at the end I had caesarean, not because I refused him to open me..., because the baby was stuck somewhere, the baby wasn’t coming, but I never went to that stage. The caesarean was because failure to progress. With my second baby I also had caesarean” (E2LM)

“I had problems with the first one. When I was delivering, they had to open what they did when I was young”. (E4LM)

“I had caesarean with all of them because I was 42 weeks plus and... (Translator support) she didn’t progress. With the second one she had failure to progress in labour and ended with a caesarean section” (E5LM)

“Si porque no pueden salir por abajo porque está muy, muy, muy cerrado” (E8VM)

“Se le programó porque en el primer embarazo han visto como era y han dicho que eso no puede pasar nada” (E8VM)

“Fue cesárea, porque el niño estaba sufriendo y mi tensión estaba alta” (E17VM)

Dentro de este apartado exponemos también aquellas citas en relación a la **cirugía reconstructiva tras la MGF** y a la **propia reversión (desinfibulación) de la MGF anteparto o intraparto** (véase **figura 30**). Las entrevistadas que recientemente habían dado a luz en una maternidad de Londres nos explican que una vez detectada la MGF, se les ofreció desinfibulación mediante una incisión genital anterior, en caso de ser necesaria según el tipo de MGF llevada a cabo en ellas, para facilitar la finalización vaginal del parto.

“Yes, they asked me what type I had. Depending on the type they will offer you so, I said I’m type 1, so they said do you want a referral done to the specialist midwife. I said no, because there’s nothing for me to be done. I didn’t need referral but I know a lot of woman who declare they had FGM they got reversal. They offer them all the time and they will usually get it” (E1LM)

“No, I was in labour, and the doctor came and told me that he will open before the baby came. I refused because I didn’t want it. But at the end I had caesarean, not because I refused him to open me, because the baby was stucked somewhere, the baby wasn’t coming, but I never went to that stage. The caesarean was because failure to progress” (E2LM)

“During my first pregnancy they kept asking me if I had been circumcised, and I said: ‘Yes I had’. So, they booked an appointment to see and they said to me: “You can’t deliver your baby

unless we open you". And I chose to be opened the day of delivery [...] I didn't want to have a reversal in pregnancy, I wanted everything at the time of delivery, all together" (E4LM)

"But she was sent a letter at 20 weeks to be offered a reversal but she declined, before the first baby" (E5LM)

No obstante, también hemos detectado como muchas de las otras entrevistadas desconocían la existencia de este tipo de cirugía (tanto reconstrucción como desinfibulación).

"Cuando tú dices en mi pueblo que una mujer mutilada puede reconstruirse, la gente no te cree" (E15VH)

"Mi mujer es una chica que viene de una familia muy conservadora. No está fácil. Yo lo sé. Ella lo dice, primero, si yo no voy a tener más niños... ¿por qué reconstruirme? Para ella no tiene sentido" (E15VH)

"A veces yo me sentaba con ella, y le digo, - Tú estás sufriendo- , porque con el tema del sexo yo le pido perdón porque a veces yo... no viene a mi cabeza. Ella sabe que las consecuencias de la mutilación es eso, a veces muchas veces me dice así (hace gesto de negación con la mano). Entonces yo creo que la reconstrucción va a venir muy poquito a poco" (E15VH)

Otras sin embargo, conocían la práctica, y fueron ellas mismas la que la solicitaron, aunque, como vemos más adelante, en el apartado de los profesionales, no siempre éstos conocían el procedimiento y las líneas de actuación/derivación.

"Lo he solicitado yo. Lo he entendido de la matrona porque había un doctor que lo hacía entonces ella me dijo, pero que ella tampoco estaba segura. De repente yo he entrado en 'youtube' lo he puesto, yo he estado buscando información entonces me he enterado que se puede hacer entonces fui a hablar con mi matrona cita con el médico de cabecera entonces ella me ha mandado con el especialidad" (E14VM)

"Sí, hay mucho cambio. Por lo que he visto que no lo cortan, lo que está dentro es lo... es más que lo que cortan fuera. Entonces lo que hacen, ellos intentan sacar lo que está dentro por fuera y luego lo cosen. Eso también es doloroso, hasta que se te cura y todo, pero si se te cura ya... mucho mejor" (E14VM)

"Sí que me gustaría, pero no sé cuándo... Con las niñas..." (E16VM)

Siguiendo con las consecuencias obstétricas, la hemorragia postparto fue la complicación que más veces se mencionó por los diferentes entrevistados. A la propia hemorragia postparto como causa de morbilidad materna se suman las condiciones de las

maternidades y de los puntos de asistencia sociosanitaria existentes en los diferentes contextos tal y como reflejan los siguientes testimonios.

“...dos chicas de mi pueblo de 18 años y 22 años murieron en el parto, en mi pueblo no hay banco de sangre, no hay nada de nada, si tú mujer tienen un problema con el parto hay que llevar a la mujer con bicicleta a la maternidad a 8, 10, 20 km del pueblo...” (E15VH)

“Sangrando, sangrando... Su familia la estaba curando, ¡en casa! No en un hospital” (E9VM)

“... hay veces que hay niñas que sangran mucho, que no se para la hemorragia; y hay veces que mueren, y, aparte de esto, dicen que también, yo no lo sentí, pero dicen que también al parir hay mujeres que les cuesta mucho más, que les duele más al dar a luz” (E11VM)

“Sí, sí y luego también lo que estaba muy mal es cuando fui a la maternidad para trabajar y cuando llegaba una mujer embarazada para el parto era un desastre [...] dos mujeres delante de mí perdieron mucha sangre, mucha sangre...” (E15VH)

También se hicieron múltiples alusiones a las hemorragias secundarias a la propia MGF, asociadas además al importante riesgo de infección de la herida traumática.

“...en mi país suelen hacer esas mutilaciones a los bebés de una semana, días, 15 días o por ahí, entonces ahí tampoco hay tantos medios para hacerlo, ¿sabes? igual cortan 20 niñas en el mismo cuchillo, entonces hay muchas infecciones, hay niñas que se mueren por hemorragias...” (E14VM)

“Sí, lo hacen así, muchas se mueren por hemorragias” (E14VM)

“...yo hablaba con una anciana que practicaba eso y le pregunté qué producto usaba para curar eso, y me dice que la tradición es usar la tierra que hay en la entrada de casa... se lo pone con aceite de carite [...] Aceite de ese árbol más tierra de la entrada de la casa” (E15VH)

“Hay otra tradición que dice piel quemada de un animal y luego le ponen aceite de carite, no ponen alcohol, no ponen nada de nada, entonces la infección en la mayoría de las mujeres viene por eso” (E15VH)

Además de las infecciones de por retención urinaria o las propias de la herida generada por la MGF, varias de las mujeres también nos hacen referencia a **otras complicaciones genitourinarias** como las infecciones del tracto urinario de repetición tal y como hemos visto a lo largo del desarrollo de este bloque.

“Si, muchas (infecciones de orina), de pequeña y ahora, y me fui a la Fe y me han dado una pastilla” (E12VM)

El **dolor** es un síntoma que aparece asociado a la mayoría de las complicaciones secundarias a una MGF. Así pues encontramos referencias a él tanto a la hora de miccionar (disuria), de mantener relaciones sexuales (dispareunia), relacionado con la menstruación (dismenorrea), relacionado con la fase de expulsivo del parto, etc.

“Period problems, having sex is very painful...” (E2LM)

“Hasta ahora tiene 3 hijos pero con su marido le duele siempre para hacer... para tener relaciones le duele, está gritando siempre” (E8VM)

“La matrona, primero le... porque yo estuve con ella. La primera revisión que tuvo con la matrona y que la matrona tenía que poner su dedo, se llama, era para hacerle, no sé cómo se llama. Lo que debemos hacer las mujeres cada tres... [...] Ella constató que era, es muy raro, que se le dolió y le ha dicho pues: ‘el pene es más grande y ha estado ahí’, ‘el pene es más grande que eso y tú lo has aguantado hasta estar embarazada’” (E8VM)

“Dolor... Si tienes mala suerte te coges una infección ahí...” (E6VM)

Hacen especial mención al dolor experimentado durante las primeras micciones tras la realización de la MGF.

“...and after some hours from the procedure I remember that I went to the toilet it was horrible and I felt pain” (E2LM)

“The first time I went for a wee it was very painful. I didn’t want to go to toilet, I was holding my wee... I was crying I will never forget that moment. I was lucky because I never had problems with my periods, the man who was doing it was a doctor so he didn’t cut us like other people from outside the city (TRANSLATOR SUPPORT) from the rural area. There is horrible, there’s no local anaesthetic, there’s nothing, type III [...] Any no-experienced woman could be doing it, whoever... (E2LM)

“Bad things, pain for wee at the beginning. After 2 weeks, normal” (E5LM)

En cuanto a las **consecuencias sobre la sexualidad**, fundamentalmente se mencionó la dispareunia, la disminución o ausencia del deseo erótico, la disminución de la calidad de las relaciones sexuales y la anorgasmia.

“Pues hasta ahora no ha tenido placer con su marido, está casada desde 2011, pero hasta ahora no quiere nada de relaciones sexuales con su marido” (E8VM)

“... esa persona me dice que sintió humillación porque esa práctica lo hice cuando ella era una adolescente en Nigeria y dice que la obligaron a hacer esa cosa que ella no quiere hacer y hasta el día de hoy está sufriendo por eso, porque, ganas de hacer, de tener sexo, no las tiene” (E9VM)

“En la relación sexual si, a veces cuando lo haces, aquí (se señala la zona del pubis) siempre me duele y fui a la Fe, y me da para el dolor” (E12VM)

“Si, los inconvenientes para la mujeres son muchos, porque bueno no tiene placer a la hora de mantener relaciones sexuales y esto genera muchas frustraciones, a los hombres también, entonces ellos no se sienten satisfechos en la cama y entonces empieza el problema con la primera. Se va con otra y entonces con la otra también lo mismo, porque si todas están mutiladas... otras y otras... y así” (E14VM)

“A veces yo me sentaba con ella, y le digo: ‘Tú estás sufriendo’, porque con el tema del sexo yo le pido perdón porque a veces... no viene a mi cabeza. Ella sabe que las consecuencias de la mutilación es eso, a veces muchas veces me dice así (hace gesto de negación con la mano). Entonces yo creo que la reconstrucción va a venir muy poquito a poco” (E15VH)

En lo referente a las **secuelas psicológicas**, las participantes no manifestaron explícitamente haber sufrido trastornos de ansiedad y depresivos, estrés postraumático o reminiscencias del momento del corte. No obstante, sí que podemos hallar en los verbatim de las participantes, a lo largo de todo lo desarrollado, componentes claros de afectación psicosocial como la pérdida de la autoestima, sentimientos de humillación, miedo al rechazo social y a la deshonra de la familia, disfunción sexual, etc. Se muestran a continuación algunos ejemplos.

“Si, le destrozaron la vida” (E9VM)

“... esa persona me dice que sintió humillación porque esa práctica lo hice cuando ella era una adolescente en Nigeria y dice que la obligaron a hacer esa cosa que ella no quiere hacer y hasta el día de hoy está sufriendo por eso, porque, ganas de hacer, de tener sexo, no las tiene” (E9VM)

“... porque una niña que no está mutilada la gente las llama ‘bilágoro’, es como, si tu estas sucio no puedes venir con nosotros...” (E15VH)

“...cada vez que la anciana practica esas cosas, puede hacer 20, 30 o 40 niñas en un mismo día. Es una fiesta, el día llega y entonces toda la familia se prepara [...] Se dice que la niña que llora... los gritos definen el coraje de la familia” (E15VH)

Finalmente, también hemos encontrado diferentes testimonios de mujeres afectadas por la MGF que refieren no haber sufrido ninguna complicación asociada.

“It didn’t affect my sex life and it didn’t affect my pregnancy. But when I was doing my booking they asked me if I had FGM done. I said yes, and they said that if I had a girl we would have to refer you to the social services for you to be... for the protecting that I don’t do it to her. Which was quite offensive because I don’t want anyone else what I have been through. So, I had a boy and it didn’t not affect my delivery because I had only a type one, so it didn’t affect my day to day or... [...] I’d have loved to have my clitoris hanging, but it’s not there which is fine, no problem! Sex live it’s OK! I can’t complain! (Laughs...)” (E1LM)

“I had caesarean, so I don’t know obstetric problems” (E2LM)

“No, not at all” (E2LM)

“Yo personalmente no” (E11VM)

“No, nunca he tenido infecciones” (E13VM)

“No, no tengo complicaciones ahí” (E16VM)

Quizás, y tal y como nos explica la E1LM, muchas mujeres, principalmente aquellas con un nivel educativo y económico más bajo, no perciben las consecuencias y las potenciales complicaciones como causa de la realización de la MGF, ya que entienden que son “cosas habituales y normales en las mujeres”. No perciben esa necesidad de búsqueda de apoyo, ayuda o asistencia ante un problema, ya que lo consideran como algo intrínseco a la naturaleza de la mujer.

“I think they do regarding FGM. Because if they have FGM, severe ones, they have lots of problems: infection, difficulty with bleeding like periods problems. But they don’t seek much help because they think that’s normal for every woman, the more they are educated the more help is seek. Yes, but I don’t think they will be coming in numbers. Only the ones who knows better” (E1LM)

“Yo puedo decir que antes de venir aquí (España)... yo sabía el daño que estaba haciendo esa práctica. La gente cuando tú hablas de eso, cuando tú vives con ellos te dice que hay que demostrarlo [...]. Cuando yo estaba allí (en Mali), como estaba trabajando en el hospital, una chica vino con el parto perdiendo mucha sangre. Tú no puedes salir a una reunión o salir a la calle y hablar de esa chica, para nosotros no está bien, no está bien” (E15VH)

“There are no complications after female circumcision” (Participantes de la EG)

También existe la creencia en algunas comunidades de que si algo malo ocurre, la existencia de un ser superior es la que determina el resultado final.

“Normal, algo normal en la vida. Por ejemplo, las niñas que se mueren a la hora de hacer eso, piensan que igual esa persona... Dios lo ha hecho así y tiene que pasar y pasa. No se asocia con la mutilación. Y las mujeres que se mueran al dar a luz, piensan lo mismo, que eso tiene que pasar. No lo asocian a la mutilación” (E14VM)

Algunas de estas **consecuencias** también afectan directa o indirectamente a los **hombres**. Para la entrevistada E2LM los hombres no sufren ninguna de las consecuencias de la MGF pero otras de las participantes sugieren lo contrario: afrontamiento y miedo a la pérdida de la virginidad la noche de bodas, frustración, disminución de la calidad de las relaciones sexuales, etc.

“I don’t know the men, I don’t think they have problems” (E2LM)

“Pues hasta ahora no ha tenido placer con su marido, está casada desde 2011, pero hasta ahora no quiere nada de relaciones sexuales con su marido” (E8VM)

“Hay hombres que ese día no quieren acostarse con la mujer pero hay otros que le obligan pues que tienen que hacerlo así para que todo el mundo se entere que la chica se ha casado virgen” (E14VM)

“Si, los inconvenientes para la mujeres son muchos, porque bueno no tiene placer a la hora de mantener relaciones sexuales y esto genera muchas frustraciones, a los hombres también, entonces ellos no se sienten satisfechos en la cama y entonces empieza el problema con la primera. Se va con otra y entonces con la otra también lo mismo, porque si todas están mutiladas... otras y otras... y así” (E14VM)

“A lot of pressure comes also from men but I think in my culture lots has changed and men are stepping back and they don’t want to go to that trouble [...], woman who is with a type III or IV comes to them and they have to open their vagina with their own pen... genitalia (laughs...)” (E1LM)

POSICIONAMIENTO / CONTINUIDAD DE LA PRÁCTICA

Fundamentalmente el posicionamiento de los y las participantes del estudio fue en contra de la realización y de la continuidad de la práctica de la MGF. Mientras en algunos casos se hace mención a las consecuencias de la MGF sobre la salud de las niñas y de las mujeres como principal motivo por el que la práctica debería erradicarse, en otros participantes, el conocimiento de la legislación vigente y la posible consecuencia punitiva son el pretexto de ese posicionamiento en contra de la continuidad de la práctica.

“Un día hablando con mi madre... ella me dijo que estaba esperando a mi hija para cortarle el clítoris con las demás cuando llegara allí, entonces y yo le dije, ¿qué me estás diciendo?” (E14VM)

“...para que la gente me creyera, por ejemplo, para que mi madre me creyera, que esa práctica no está bien, yo lo le dije que sí es algo malo [...] entonces tú siendo madre sabes que no quieres eso, ninguna persona quiere el mal de sus hijos” (E14VM)

“Yo creo que esta práctica tiene que erradicarse ya [...] Si es posible, todo es posible en esta vida, con ganas. Querer es el poder. Porque yo tampoco sabía que podría convencer a mi madre” (E14VM)

“A día de hoy yo no quiero que ninguna niña de mi pueblo pase por ese camino [...] Yo estoy en contacto permanente con mi familia, porque yo tengo un grupo en mi pueblo que está luchando por eso” (E15VH)

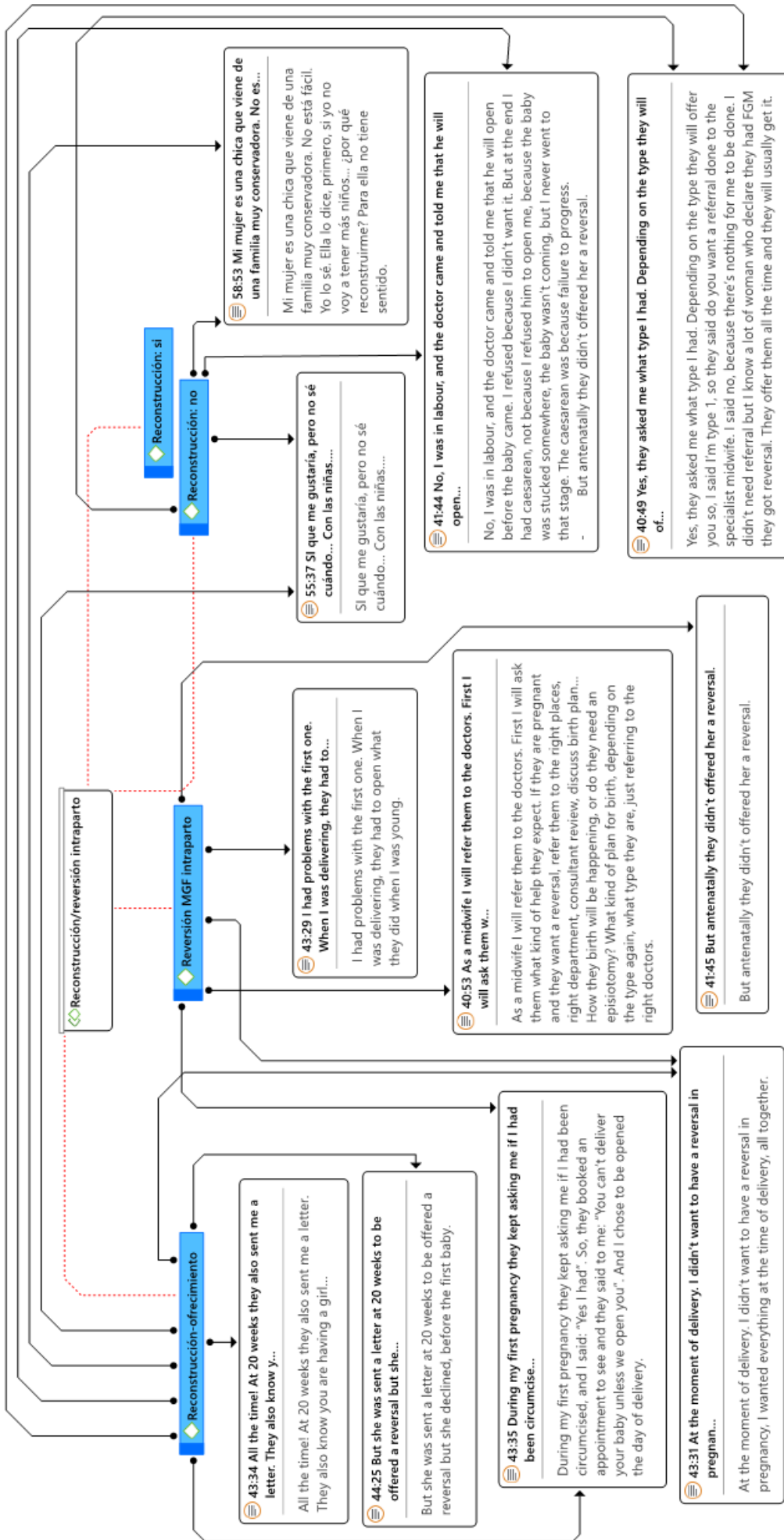


Fig. 30. Red de conceptos con citas asociadas a la reconstrucción/reversión intraparto.

“Ahora hay una Ley, hasta tres años de prisión para las mujeres que lo hacen y hay una multa (Senegal)” (E8VM)

“Le dije que esto no se hace aquí, a las niñas que no lo deberían hacerlo y... si lo hacen se paga con cárcel aquí” (E16VM)

“Su marido tampoco; me lo dice a mí, ¿eh? yo te quiero mucho, pero si lo haces te denuncio” (E17VM)

Sin embargo también se han recogido varias citas donde se pone de manifiesto cómo algunas personas todavía tienen una fuerte convicción sobre el mantenimiento de la práctica. En la **figura 31** se muestra un esquema con las diferentes citas recogidas sobre el posicionamiento a favor y en contra de la MGF.

“Es que no hay opción... Es una familia que cree en eso, entonces todas las chicas que nacen es por la tradición, no hay opción. Pero hasta en el día de hoy mi cuñada piensa que se debe seguir aún de los inconvenientes que ella ha vivido. Ella piensa en que sus hijas han nacido en Francia, donde es todo legal, y tiene miedo que sus hijas no guarden la virginidad hasta el día de casarse, entonces ella está en favor de que se lo practiquen a sus hijas” (E8VM)

“Pero hasta los hombres ahora saben que eso no debe hacerse, ¿sabes? pero ella es muy difícil de hacerle entender que debe de erradicarse. Es muy difícil de hacérselo entender” (E8VM)”

“Todavía está a favor, si tú la llamas ahora ella te va a decir que sí, ‘sí, hay que hacerlo” (E8VM)

“Cuando ella sea mayor, si ella quiere hacerlo es su vida” (E13VM)

“Como la parte de su marido, no quiere... A ella también le gustaba antes hacerlo a las niñas, pero que ahora, sabiendo las consecuencias que tiene... Ya no (Apoyo de traducción)” (E17VM)

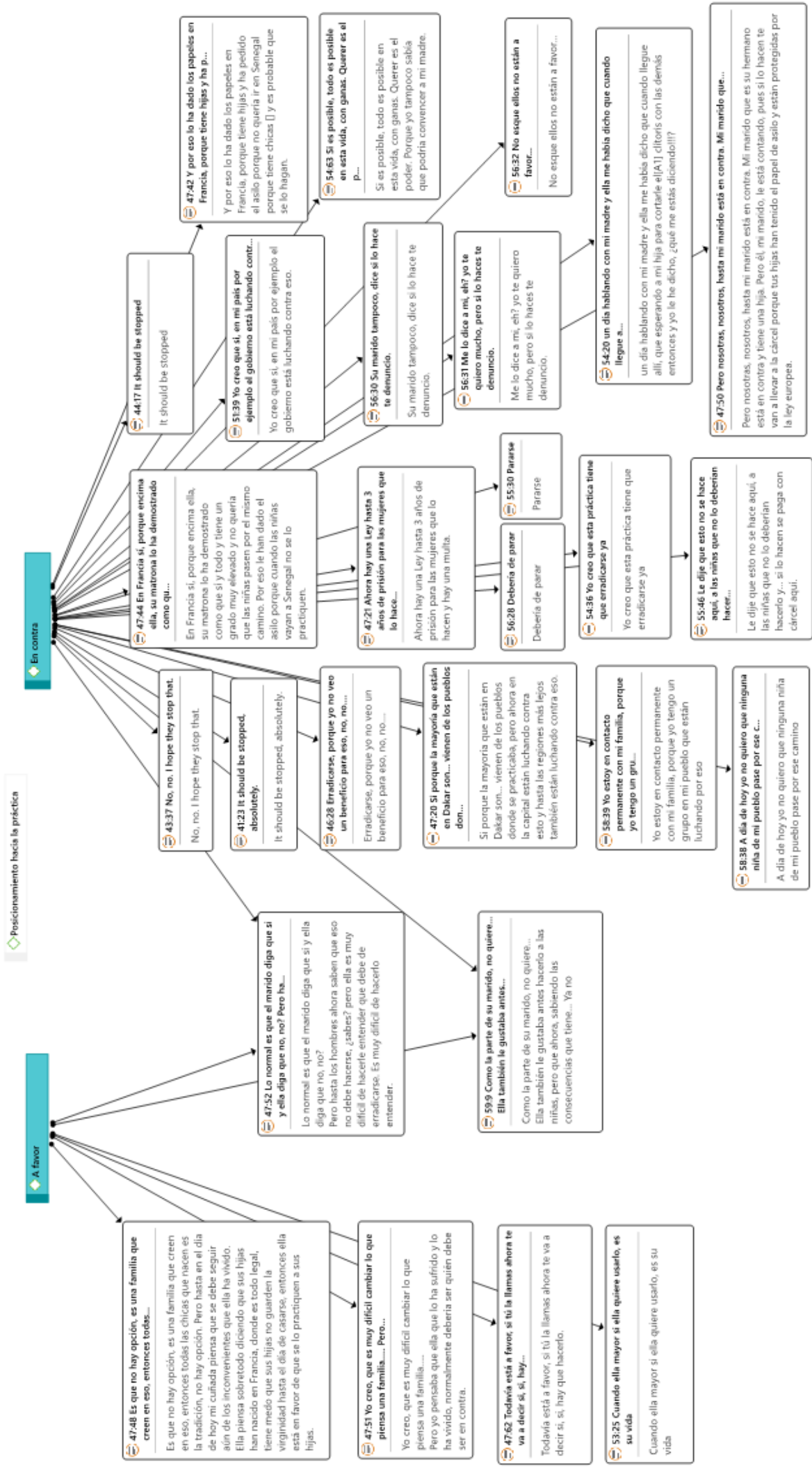


Fig. 31. Citas asociadas a los códigos "a favor" y "en contra" de la práctica de la MGF.

LEGISLACIÓN

En línea con la categoría previa, casi la totalidad de las mujeres y hombres entrevistados conocían la legislación vigente en el momento en Reino Unido y en España. Algunos además nos comentan cómo la legislación en sus respectivos países de origen está cambiando.

“You are not allowed to do FGM in this country, you are not allowed to practice in this country and you are not allowed to practice on UK citizens abroad, under the age of 18... I’m not sure, or 16, I think” (E1LM)

“It is illegal [...] I’m not allowed to touch my daughter!” (E2LM)

“She says it’s illegal (TRANSLATOR SUPPORT)” (E3LM)

“Yes, I know, 10 years in prison!” (E4M)

“Yes, she knows it is illegal (TRANSLATOR SUPPORT)” (E5LM)

“Si, la ley española condena eso. Sí, es ilegal en España” (E7VH)

“Ahora hay una Ley, hasta tres años de prisión para las mujeres que lo hacen y hay una multa (Senegal)” (E8VM)

“Pero nosotras, nosotros, hasta mi marido está en contra. Mi marido que es su hermano está en contra y tiene una hija. Pero él, mi marido, le está contando que ‘si lo haces te van a llevar a la cárcel porque tus hijas han tenido el papel de asilo y están protegidas por la ley europea” (E8VM)

“Le dije que esto no se hace aquí, a las niñas que no lo deberían hacerlo y... si lo hacen se paga con cárcel aquí” (E16VM)

“Que está prohibido, ¿no?” (E6VM)

PROFESIONALES SANITARIOS Y OTRAS PROFESIONES

Durante el desarrollo de las entrevistas preguntamos a las participantes sobre la **atención sanitaria recibida en España** y las percepciones que tenían sobre ella en relación a la MGF. Las y los profesionales sanitarios, así como las y los profesionales docentes, ejercen un lugar clave en la detección, intervención y prevención de la MGF. La red de conceptos de esta categoría se muestra en la **figura 32**.

Uno de los conceptos emergidos en este punto fue el **desconocimiento de los diferentes profesionales**, percibido por las mujeres que habían sido sometidas a la MGF, cuando se les realizaba una exploración ginecológica por ejemplo, o se les proporcionaba atención al parto.

“Primero si te ven, tu misma sabes que la manera que te miran no tienen conocimiento de lo que te ha pasado, entonces yo te lo juro...” (E14VM)

“La primera vez que fui al Clínico, la manera que me estaban mirando... yo me estaba tapando con la mano y luego me dijo: ‘¿dónde te han hecho eso?, y yo le expliqué un poco y luego me preguntaron ¿por qué te lo hacen? y yo les dije que me lo hicieron cuando era pequeña...” (E14VM)

“Todas las mujeres si hablamos entre nosotras ese tema sale, el desconocimiento de los profesionales sale” (E14VM)

“Yo creo que sí lo saben pero no preguntan, pueden tener como respeto.... No sé” (E17VM)

Para poder detectar e identificar correctamente una MGF, así como realizar una buena sensibilización y prevención, tanto las matronas, profesionales de medicina de familia, pediatría, etc. deben conocer la existencia de esta práctica y sus consecuencias para la salud. La entrevistada E14VM nos relató cómo fue ella misma la que tuvo que dirigir a los diferentes profesionales para que la derivaran a la Unidad de Referencia para la Cirugía Reconstructiva de la Mutilación Genital Femenina de la Comunidad Valenciana. La información sobre la posibilidad de someterse a cirugía reconstructiva fue obtenida en este caso por amigas, mujeres en la misma situación y medios de comunicación (internet)

“Lo he solicitado yo (reconstrucción genital). Lo he entendido de la matrona porque había un doctor que lo hacía entonces ella me dijo, pero que ella tampoco estaba segura. De repente yo he entrado en ‘YouTube’, lo he puesto, yo he estado buscando información entonces me he enterado que se puede hacer entonces fui a hablar con mi matrona cita con el médico de cabecera entonces él me ha mandado con el de la especialidad” (E14VM)

“El Hospital Clínico tampoco tenía idea, entonces él me dijo pero creo que ese no existe, entonces yo como tenía idea le he dicho si, si, si, que hay un hombre que lo hace, entonces yo también le he comentado a dos amigas mías, ellas viven en _____, ella también había empezado con los trámites” (E14VM)

“A ella se lo hicieron entonces yo también tenía información dónde se hace por mi amiga, entonces yo he dicho a mi ginecólogo que sí que se hace en el Hospital Dr. Pesset, entonces él ha mandado mis documentos allí. Entonces me llamaron para la entrevista..., todo. Y luego me lo hicieron” (E14VM)

La entrevistada E8VM sin embargo vivió un momento desagradable en la consulta, cuando la matrona que la atendió formuló un comentario desagradable durante una exploración

ginecológica (citología), demostrando de esta manera una falta de información clara sobre la MGF y su abordaje.

“La matrona, primero le... porque yo estuve con ella. La primera revisión que tuvo con la matrona y que la matrona tenía que poner su dedo, se llama, era para hacerle, no sé cómo se llama. Lo que debemos hacer las mujeres cada tres... [...] Ella constató que era, es muy raro, que se le dolió y le ha dicho pues: ‘el pene es más grande y ha estado ahí’, ‘el pene es más grande que eso y tú lo has aguantado hasta estar embarazada’” (E8VM)

“Es que ella no sabía, y le he dicho pues no es por eso, y lo hemos contado y se ha avergonzado un poco y le ha dicho lo siento. No espera, te voy a revisar primero” (E8VM)

En referencia a la **detección de la MGF**, vemos una clara diferencia entre los relatos obtenidos en Londres y los obtenidos de mujeres que recibieron atención en Valencia. A todas las mujeres que dieron a luz en un hospital de la capital británica se les preguntó durante el control gestacional sobre la realización de la MGF.

“[...] But when I was doing my booking they asked me if I had FGM done. I said yes, and they said that if I had a girl we would have to refer you to the social services for you to be... for the protecting that I don’t do it to her. Which was quite offensive because I don’t want anyone else what I have been through. So, I had a boy and it didn’t not affect my delivery because I had only a type one, so it didn’t affect my day to day or... [...] I’d have loved to have my clitoris hanging, but it’s not there which is fine, no problem! Sex live it’s OK! I can’t complain!” (E1LM)

“Yes, they asked me what type I had” (E1LM)

“I was in labour and the doctor came and told me that he will open before the baby came. I refused because I didn’t want it” (E2LM)

“During my first pregnancy they kept asking me if I had been circumcised, and I said: ‘Yes I had’. So, they booked an appointment to see and they said to me: ‘You can’t deliver your baby unless we open you’. And I chose to be opened the day of delivery” (E4LM)

Existen diferentes momentos de intervención como puede ser la confirmación de MGF practicada en una mujer adulta; y para ello los programas sanitarios llevados a cabo en Atención Primaria, como los diferentes programas dirigidos a la mujer (embarazo, detección del cáncer de cérvix o planificación familiar), pueden ser un momento idóneo. Sin embargo, prácticamente todas las mujeres entrevistadas en Valencia relatan cómo ningún profesional les preguntó si habían sido sometidas a la MGF en ningún momento de su proceso de maternidad o asistencial/prevención por otra causa.

“No, no..., no me han dicho nada sobre eso, nadie, ni la matrona ni el ginecólogo, nada”
(E11VM)

“No, nunca nadie no me ha preguntado esto” (E12VM)

“Creo que no me han dicho nada, ellos saben, pero nadie no me ha dicho nada”. (E12VM)

“No, nunca” (E13VM)

“La primera vez que fui al Clínico, la manera que me estaban mirando... yo me estaba tapando con la mano y luego me dijo: ‘¿dónde te han hecho eso?, y yo le expliqué un poco y luego me preguntaron ¿por qué te lo hacen? y yo les dije que me lo hicieron cuando era pequeña...”
(E14VM)

“No, con la visita, el primer día la matrona me hizo la pregunta. En mi historia también ponía que me había pasado porque tenía infecciones y mi médico de cabecera lo había visto”
(E14VM)

“Si, el ginecólogo, cuando lo vio” (E16VM)

“Es que la matrona de aquí solo me vio una vez después del parto” (E16VM)

“Yo creo que sí lo saben pero no preguntan, pueden tener como respeto.... No sé”
(E17VM)

Otro aspecto importante a destacar fue el estigma. Para evitar **la estigmatización** de las diferentes culturas y colectivos se debe trabajar siempre desde el respeto por sus culturas y sus prácticas rituales, siendo esto totalmente compatible con mostrar un frontal rechazo a la MGF. No obstante se debe evitar emitir juicios culpabilizadores a estas mujeres, ya que, tal y como nos relata la entrevistada E1LM, “ella no eligió ser mutilada” y palabras como “tenemos que remitirte a los servicios sociales” durante la primera consulta de embarazo fue algo muy ofensivo, y más para ella, que como matrona conocía perfectamente el procedimiento de actuación, pero no compartía la manera en la que los profesionales habían decidido actuar.

“[...] But when I was doing my booking they asked me if I had FGM done. I said yes, and they said that if I had a girl we would have to refer you to the social services for you to be... for the protecting that I don’t do it to her. Which was quite offensive because I don’t want anyone else what I have been through” (E1LM)

“I think education is really important, we shouldn’t be judging woman. Because it wasn’t my choice, it wasn’t me going to the doctor and saying: ‘I want FGM to be done on me’. It wasn’t my choice, is not something that I wanted. So judging the women saying: ‘We have to refer you to social services’, might be doing badly to the woman. Instead of judging her, educating her,

providing more support emotionally if she's been traumatised. Thanks God I wasn't traumatised, because I didn't know better. But some women are traumatised... have problem during sex, have problems during periods, and have problems during wee. Like my aunty have said once, I have only one hole to pass urine and to pass the period, and I said: No! We have two! And she could believe we have two, because she didn't know better! So, education, explaining to woman instead of judging the woman, we have to refer you to social services because you had it done. It wasn't my choice, a six years old hasn't got a choice, and especially not in my culture" (E1LM)

"But the only thing is that it is a really, really, really sensitive topic. It's not our mouth, it's not our eye and it is somewhere private and personal so it's not easy to speak up" (E1LM)

Una de las recomendaciones clave en el abordaje de la MGF es evitar hablar del tema en la primera consulta, sin haber creado una relación de confianza, y siempre eligiendo cuidadosamente la terminología utilizada. Así pues, la formación, la sensibilización y la educación de los profesionales puede ser clave para evitar la estigmatización que se genera en ocasiones, facilitando a los profesionales las habilidades necesarias para ofrecer apoyo, información, actuación decidida y coordinada sin alarmismos ni juicios culpabilizadores.

Otro de los aspectos explorados durante las entrevista fue la **prevención de la MGF en niñas**. Además de la confirmación de la MGF en adultas, la detección de factores de riesgo en niñas menores de 18 años y aquellas mayores que todavía dependen socioeconómicamente de su familia, la detección del riesgo inminente o la confirmación de la MGF practicada en una niña son otros de los momentos de actuación para los diferentes profesionales. Varios relatos nos narran cómo las niñas a pesar de residir en Europa, continúan estando en riesgo de MGF cuando viajan a su país de origen.

"Ha pedido el asilo porque no quería ir en Senegal porque tiene chicas y es probable que se lo hagan" (E8VM)

"...un día hablando con mi madre y ella me había dicho que cuando llegue allí, que esperando a mi hija para cortarle el clítoris con las demás entonces y yo le he dicho, ¿iqué me estás diciendo!?" (E14VM)

"Allí, si te vas y no dices nada puede que alguien te haga una sorpresa de este tipo y no... Porque es que hacen esas cosas por sorpresa también... como... Yo tengo hermanas pequeñas, yo puedo coger las niñas de ellas y las llevo, hacerlo y como hacerle un favor... no sé" (E16VM)

Por esa razón, vemos como en las mujeres residentes en Londres se realizaba sistemáticamente prevención de las futuras recién nacidas mujer, ya que tras la ecografía dismorfológica se les enviaba una carta informativa a su domicilio.

“NHS now they know everything. Local doctors open everything for free, they are advertising and raising awareness. Even in Somalia is not same now, it’s not like before, it’s improving” (E2LM)

All the time! At 20 weeks they also sent me a letter. They also know you are having a girl...” (E2LM)

Un solo servicio no puede abordar este fenómeno tan complejo, y es por esto que debe establecerse una acción coordinada y sistematizada entre los servicios sanitarios, sociales, judiciales y educativos.

Con el fin de analizar posibles **puntos de mejora** se les preguntó a las y los entrevistados qué sugerirían para mejorar la asistencia recibida. Se muestran a continuación algunos de los aspectos destacados.

“As a midwife I will refer them to the doctors. First I will ask them what kind of help they expect. If they are pregnant and they want a reversal, refer them to the right places, right department, consultant review, discuss birth plan... How they birth will be happening, or do they need an episiotomy? What kind of plan for birth, depending on the type again, what type they are, just referring to the right doctors” (E1LM)

“...Schools, mmm..., teachers... no. I think is more health professionals, educating the older generation who don’t know better, educating them that it’s OK to seek help, is normal, not to be ashamed of what has happened, it’s not their fault. And also educating men, really important as well” (E1LM)

“She said that the health care professionals, everyone in the public sector needs to know that is not a good thing (TRANSLATOR SUPPORT)” (E3LM)

“Primero, en Senegal no se lleva a los niños a los pediatras como aquí porque es una pasta. Para mí solo la matrona, la matrona sobre todo puede hacer eso, puede participar en esta lucha. Los otros médicos no les veo bien, tanto, porque no se acude tanto al hospital porque todo es caro. Y prefieren comer antes que ir al hospital” (E8VM)

PROPUESTAS DE SOLUCIÓN

Cuando les preguntamos sobre las posibles propuestas de solución y cuáles consideran ellos y ellas que deben ser las acciones a seguir o las directrices a tomar, nos hacen hincapié en la **educación y sensibilización** de las mujeres y también de los hombres -como componente fundamental en el mantenimiento de la práctica-, tanto en los países de residencia actuales como en los países de origen con prevalencia de MGF.

“Oh God! Education, education, education (laughs...). I can't say it enough! And also educating them here and also trying to help countries like us to stop practising try to help them back home educating. Giving the governments hats right and what's wrong, telling them it's not right practice. The problems woman will get. In this country you have lots of help but back home, if a woman becomes incontinent, becomes incontinent. Nothing you can do. So education also to help not only in this country but also back home” (E1LM)

“So, education, explaining to woman instead of judging the woman, we have to refer you to social services because you had it done” (E1LM)

“But they don't seek much help because they think that's normal for every woman, the more they are educated the more help is seek” (E1LM)

“Sí, yo creo que con educación se puede terminar con esa práctica y yo creo que a veces es por pobreza, cuando la gente crece en un medio mucho más cerrado donde no tiene la mente más abierto porque a veces hay que preguntar el porqué, ¿por qué lo hace? no es un problema de salud (...) para... y además, no tiene un problema higiénico para hacerlo, cualquier persona de ahí que se ha formado, lo hace sin problema” (E7VH)

“La sensibilización es lo más importante, y sobre todo en las mujeres que lo cogen con la tradición. No hay que cansarse. Seguir sensibil... dándole los inconvenientes, nunca darles los beneficios” (E8VM)

“Para evitar esa práctica primero las mujeres tienen que ir a la escuela [...] Cuando una mujer no está educada, esa persona no va a pensar, no va a defenderse. Pero cuando estás educada puedes defenderte de cualquier cosa. Educación primero” (E9VM)

“Sensibilizar a la gente de lo malo que puede surgir, de las complicaciones. Eso es lo que podemos hacer, más sensibilización sobre todo” (E11VM)

“En general. Porque hay gente también aquí que piensan que se debería de hacer [...] Les diría lo que está aquí... y primero para la niña, que es muy mal para la niña, la parte de la niña... y luego las consecuencias que tienen si lo hacen aquí” (E16VM)

“Que si lo haces el primero que tiene la consecuencia es la niña que es como si a esta arruinando, primero que le aconsejaría que está arruinando la vida de su hija...” (E17VM)

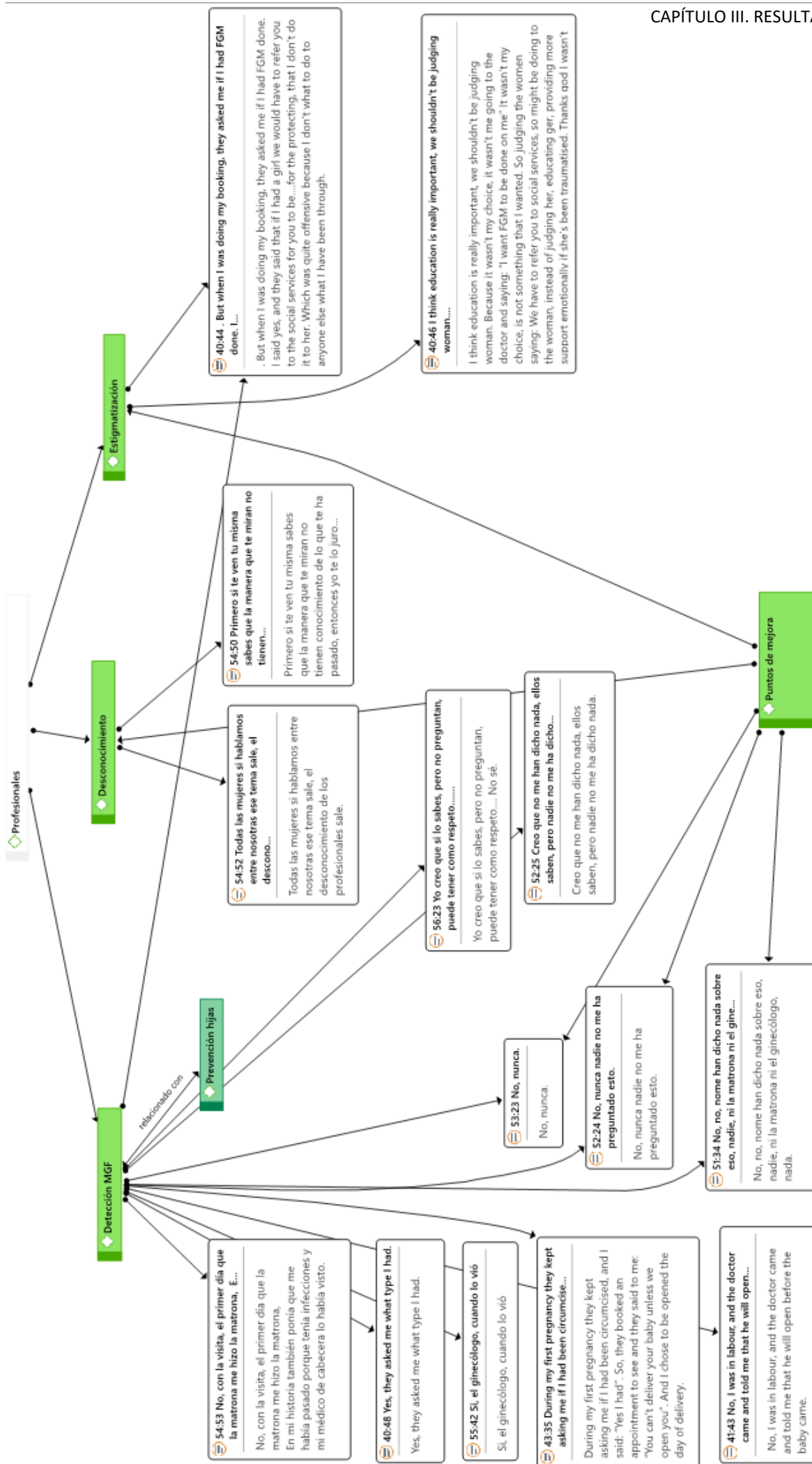


Fig. 32. Red de conceptos y citas asociadas a los códigos de la categoría de profesionales

Además, muchas de las participantes recalcan la idea de “hablar alto” (*speak up*), hablando abiertamente de la práctica y mostrando apoyo para la erradicación de la misma.

“To talk a lot about it!” (E4LM)

“Sí, a todos en general. Porque hay unas niñas que han nacido dentro de estas familias, pues lo oyen pero no saben; todavía no tienen consciencia de eso, entonces si empiezan en el colegio a hablarlo y que se le diga a todos, a todos, ahí, luego van a ir en casa y repetirlo, se les va a quedar en la cabeza como las lecciones” (E8VM)

“Simplemente hablar, como con la fuerza no se puede, simplemente sensibilizar a la gente a esa familia, hablarle de lo que puede surgir después de esto” (E11VM)

“Yo le expliqué a mi madre los inconvenientes que tiene, entonces no le han hecho [...] Sí es posible, todo es posible en esta vida, con ganas. Querer es el poder. Porque yo tampoco sabía que podría convencer a mi madre” (E14VM)

Dos de las personas entrevistadas nos relatan cómo tras varios años en España volvieron a sus lugares de origen para dar a conocer las consecuencias de la MGF y trabajar con la comunidad hacia la erradicación de la misma, intentando generar una acción de cambio social. Ambos habían realizado la formación como Agente de Salud ofrecido por la Escuela Valenciana de Estudios en Salud. Se muestran a continuación, citas en referencia a esta experiencia cuando regresaron a su país de origen.

“Pues es que al principio yo cuando fue a mi país he dado una charla de MGF entonces al principio me veía como si fuera que yo ya no soy africana, entonces que mi mente ha cambiado mucho” (E14VM)

“Pues dando más información, los inconvenientes que hay en esta práctica. A las mamás primero, sí..., porque lo hacen por desconocimiento total, entonces porque si tú le dices que esto hace malo, pues si ella no... tal como está el pensamiento de nosotros, tal como nos criamos, tu abuela lo tiene, tu madre lo tienes, tú lo tiene, tu abuela lo tiene, tú lo tienes... Tú no puedes decidir que tu hija no lo va a tener. Entonces yo como he estoy aquí, y he tenido tantas informaciones por eso he podido cambiarme el chip” (E14VM)

“Sí, porque aquí hay aún muchas mujeres que aún tienen el chip de allí entonces que pasa, tienen miedo porque como hay tantos protocolos si lo haces a tus hijos en esos países de origen te meten en la cárcel. Tienen esos conocimientos... Pero hay algunos que deciden entrar a vivir en sus países de origen pues si llevan a sus hijas lo hacen ahí, entonces...” (E14VM)

“Yo lo que hago siempre, yo... cuento mi historia. Yo digo siempre tal como esa mujer quiere a su hija yo también quiero a mi hija así. Entonces si yo deseo malo para mi hija puede ser malo para su hija entonces tiene que ver, si yo lo hago es por el bien de mi hija. Yo a veces yo lo digo, a veces si hablamos entre mujeres, tú estás a gusto con tu marido, tienes ganas de tener relaciones sexuales con él, entonces con esa conversación siempre ellas terminan dándote la razón. Entonces si todas las preguntas es no, no, no, no... entonces yo digo, ¿sabes que es todo lo que está detrás de todo esto? Es esto...” (E14VM)

“Si, si... porque cuando yo llevaba aquí dos años yo volvía a mi pueblo para hablar con las tres mujeres de mi hermano, entonces yo les explicaba todo. También he hecho una reunión con todas las mujeres de mi pueblo... [...] Ahora, ahora yo puedo decir que el 65% o el 80% de las mujeres de mi pueblo dejan esas prácticas...” (E15VH)

“Entonces cuando yo llegaba aquí y hacia el curso de Agente de Salud, un día uno de los profesores del curso, hablaba de ese tema, ese día, ese mismo día, la tela que me tapaba mis ojos, yo me la quitaba, decidía que a partir de hoy voy a luchar con mi cuerpo, con mi corazón, para que esas prácticas se terminaran en mi pueblo, al fin de eso yo llamaba a las mujeres mayor, a las mujeres de mi hermano para hablar de ese tema, entonces yo les he dicho que me estaba preparando para ir a Mali, dos años después que iba allí, hablaba con ella, y luego dentro de la familia yo hablaba con todas las mujeres” (E15VH)

“Yo era la única persona del pueblo que estaba trabajando en el Hospital, entonces yo he estado explicando a ellos, y les he dicho que una mujer se puede morir por causa de eso primero, segundo lo que estaba diciendo la gente que viene del Corán, no es verdad. La gente estaba empezando a escuchar, tenía otro amigo que escuchaba el Corán, él también me ha ayudado mucho porque estaba diciendo a las mujeres que es verdad, que no estaba escrito en el Corán” (E15VH)

“Porque yo sé que las mujeres que están practicando eso, el 100% no han ido a la escuela, no tienen ningún conocimiento de eso, no conocen nada de nada,... nada. Entonces cuando tu no conoces nada, si una persona te viene con conocimiento, con un libro, o con un cuaderno, te va a creer, la persona se va a sensibilizar a eso... yo creo que la cosa va a tardar...” (E15VH)

“Hace una semana yo hablaba con la mujer de mi amigo, que está en mi pueblo, ella estaba mutilada, ha tenido dos niñas, que también están mutiladas, y me decía por qué tu no me lo has dicho antes...” (E15VH)

“Ellas tiene una “pedagogía” (filosofía) que está pegado a dentro de la cabeza... entonces yo prefiero que las mujeres que están aquí, que están mutiladas, hablamos con ellas para que sepan la consecuencia de esa práctica. Porque la mayoría que está aquí, aún está creyendo que esa práctica es beneficiosa. Explicar las cosas que la gente sabe que no hay nada “que haber” con la religión, ni con la tradición. Son unas prácticas que pueden dañar la salud de la mujer” (E15VH)

“Si una mujer, dos o tres mujeres se sienta a explicarlo y cada vez que va a Mali habla de eso con la familia al final poquito a poco hace” (E15VH)

Otras de las propuestas de solución planteadas versan sobre **penalización** y control de la práctica por parte de las fuerzas de seguridad, aunque también refieren que no siempre ésta es efectiva ya que aunque la realización de la MGF pueda estar penada por Ley, no siempre se ejecutan las condenas correspondientes, o la práctica no siempre es perseguida como en base a los dictámenes legislados.

“Pues en África si siguen con multas y penas de prisión, sí” (E8VM)

“Para empezar multas no existe en mi país, no existen. Policía, ¿qué va a hacer la policía? Arrestan a esa persona, mañana está fuera. Entonces, de qué sirve! En ciertos países es posible terminar con la práctica. En países donde hay leyes. Pero como en mi país no hay leyes, yo creo que no” (E9VM)

“Si, si, en mi país está prohibido. Lo hacen, pero está prohibido. Pero puede ser que un día se termine” (E11VM)

“Le dije que esto no se hace aquí, a las niñas que no lo deberían hacerlo y... si lo hacen se paga con cárcel aquí” (E16VM)

“Si porque la mayoría que están en Dakar son... vienen de los pueblos donde se practicaba, pero ahora en la capital están luchando contra esto y hasta las regiones más lejos también están luchando contra eso” (E8VM)

Para finalizar, se muestra en la **figura 33** la red global de conceptos de todas las categorías y códigos asociados. En las siguientes figuras (34-37), se muestra la red global por cuadrantes.

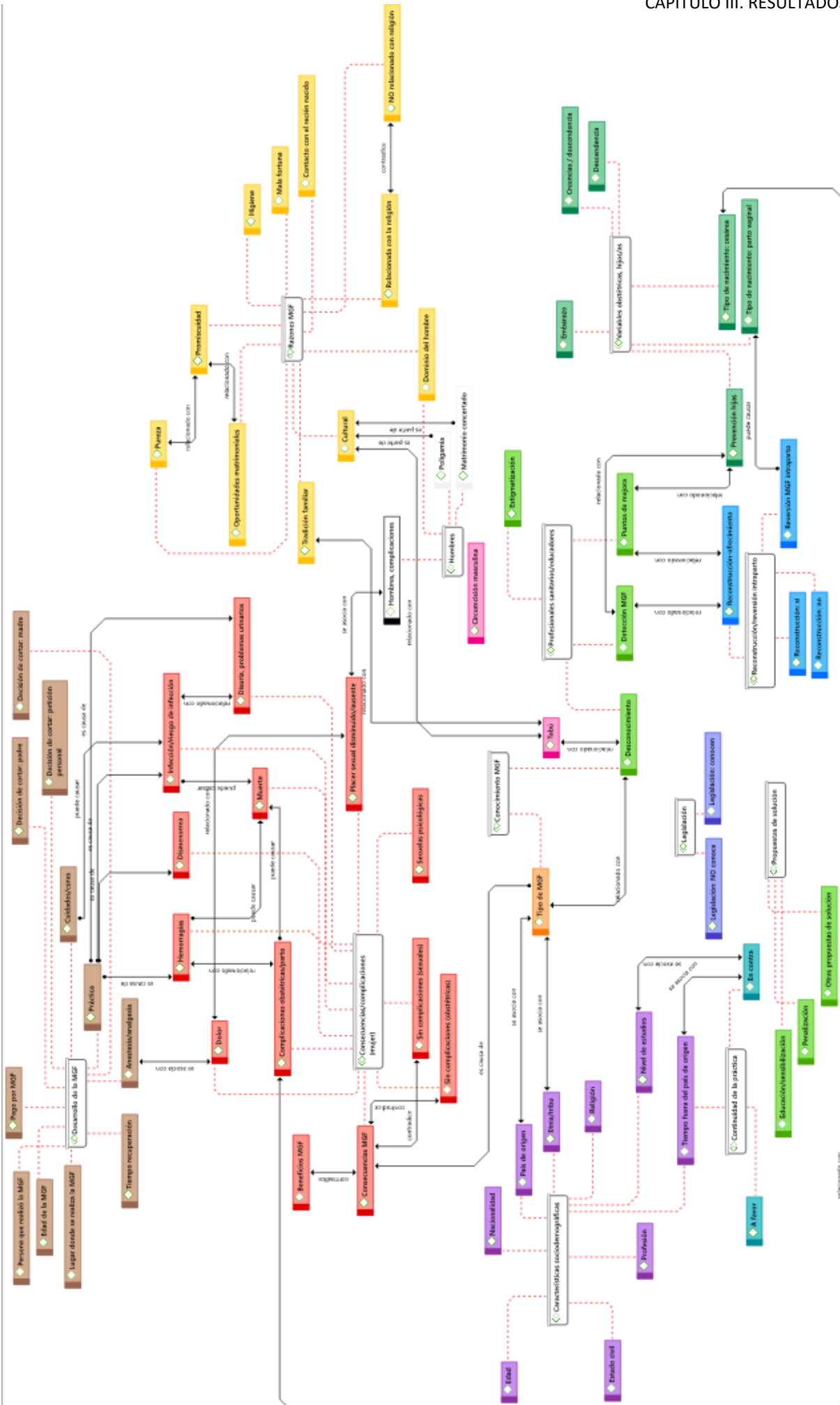


Fig. 33. Red global de conceptos.

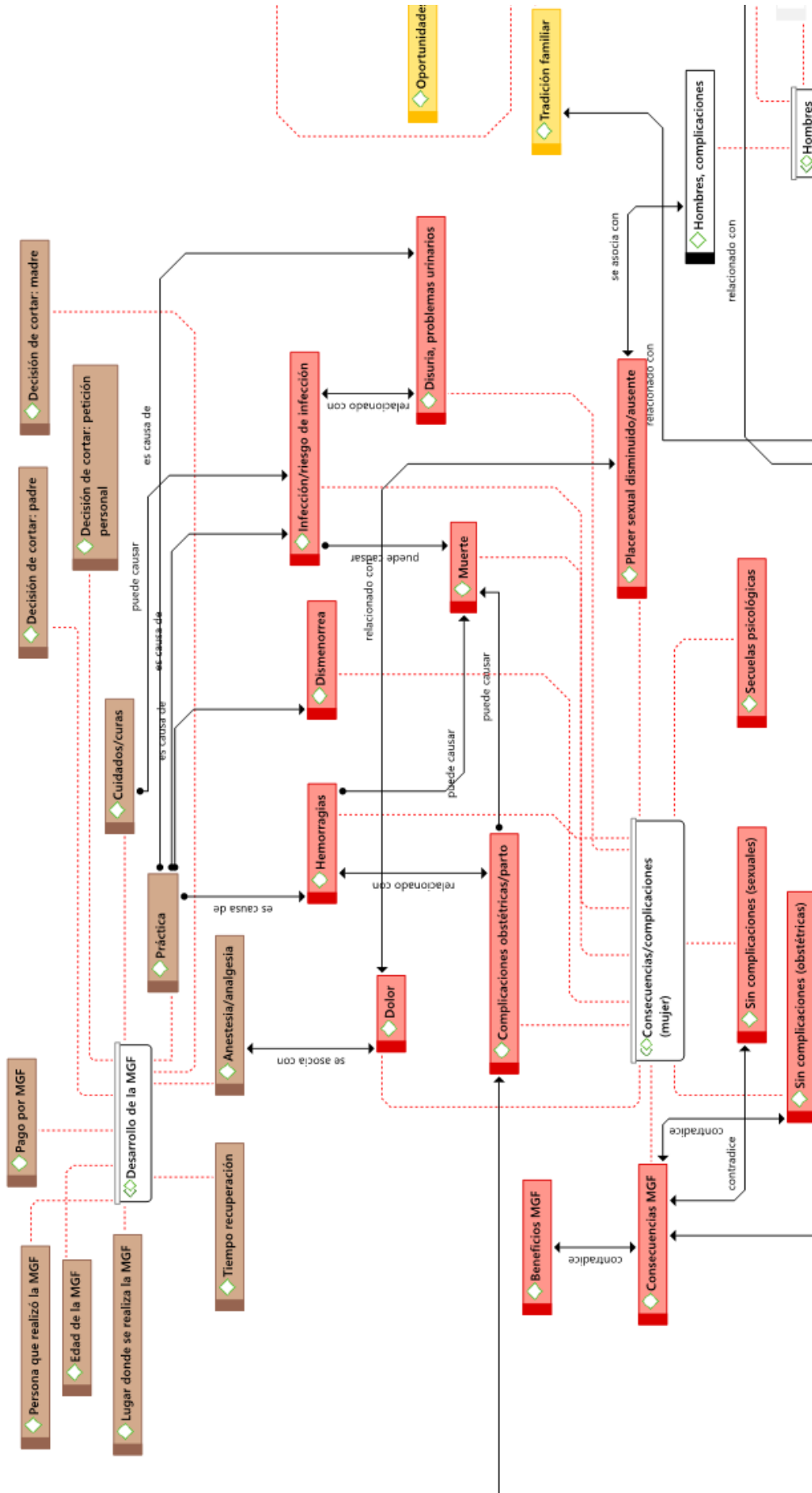


Fig. 34. Red global de conceptos, parte 1.

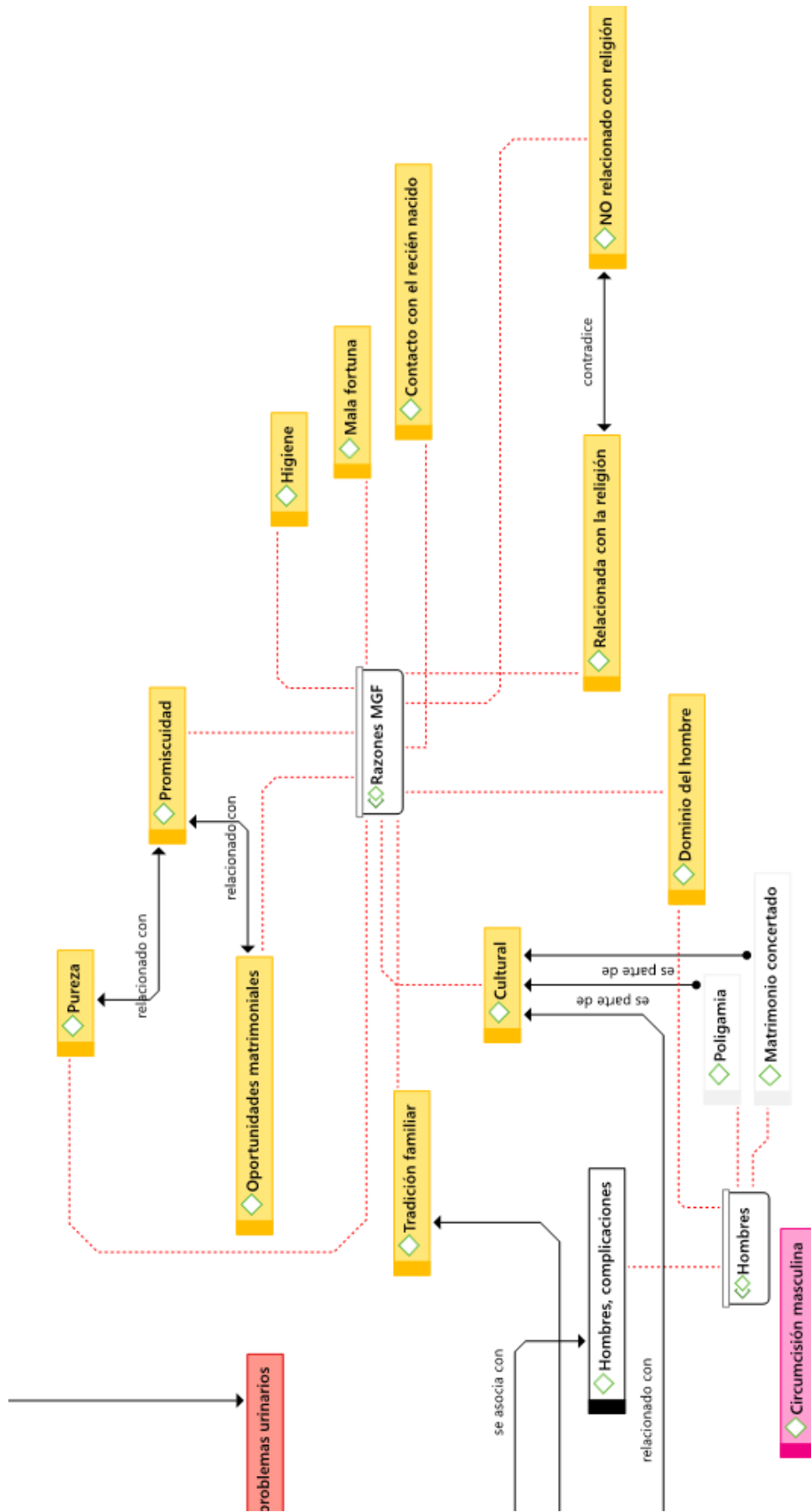


Fig. 35. Red global de conceptos, parte 2.

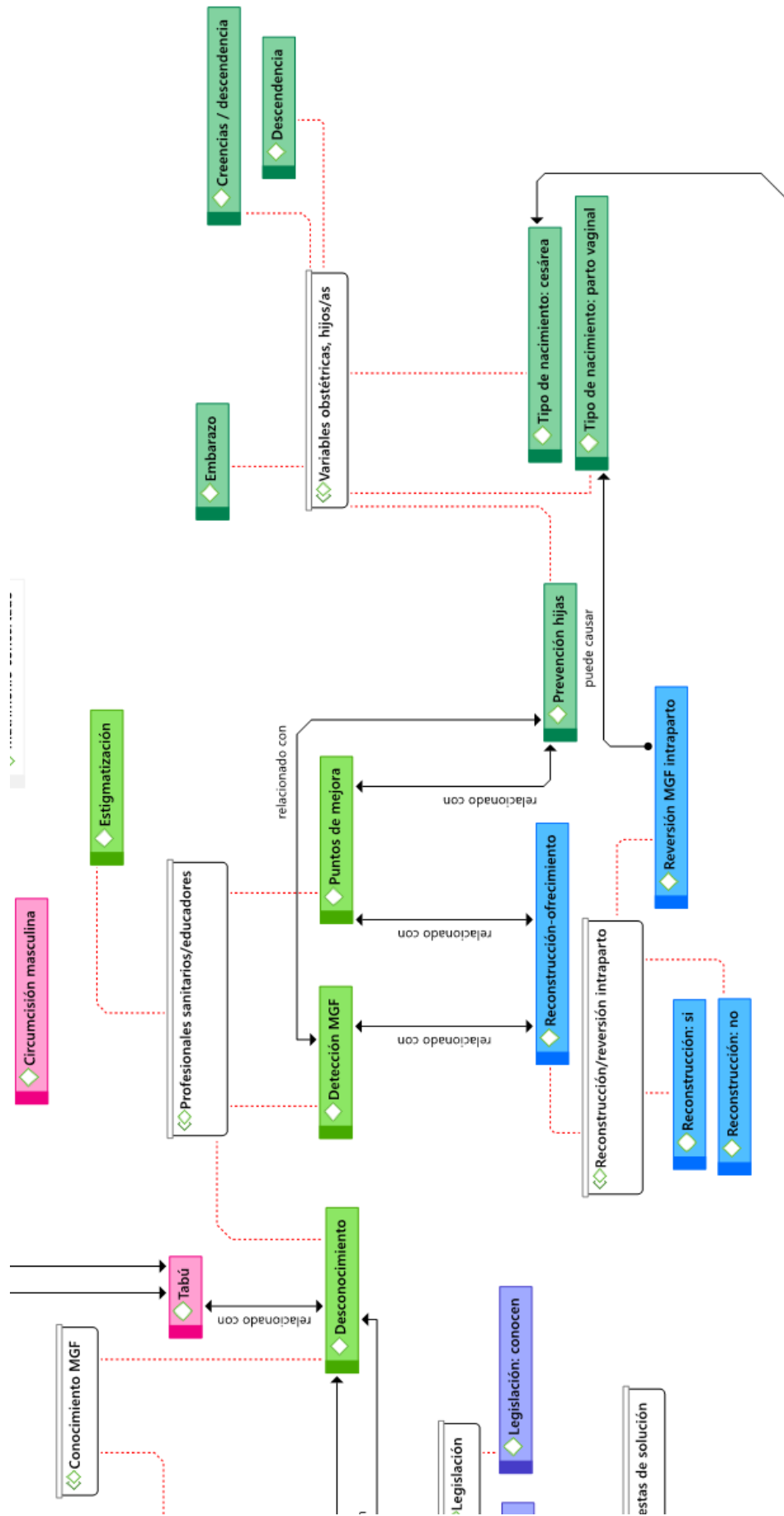


Fig. 36. Red global de conceptos, parte 3.

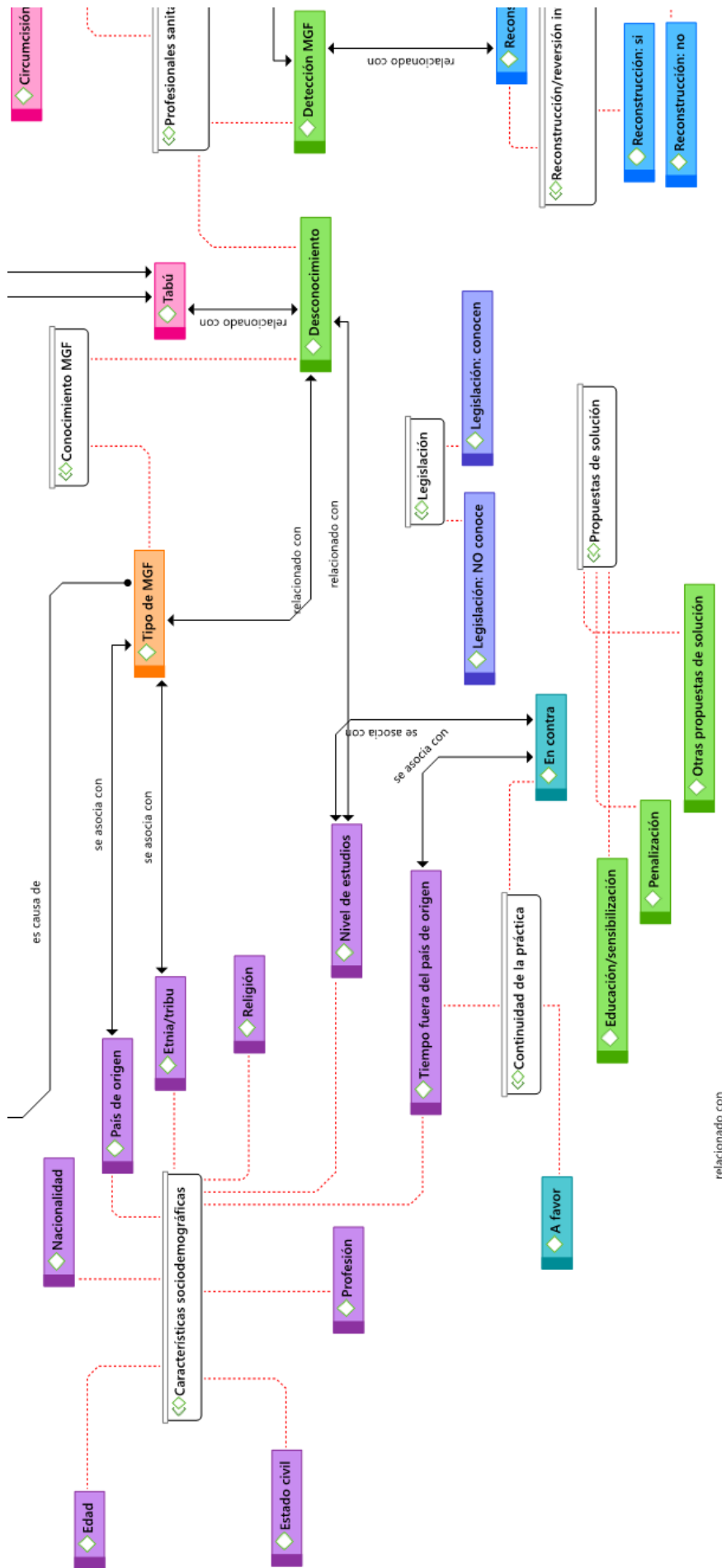


Fig. 37. Red global de conceptos, parte 4.

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN

A lo largo del capítulo de la discusión se procede a profundizar en el análisis de los resultados arrojados por nuestra investigación para dar respuesta a los diferentes objetivos planteados. Partiendo de la problemática que justifica el estudio y sus objetivos, inicialmente se ha tratado de establecer comparaciones entre los resultados obtenidos y los de otros trabajos de investigación, confirmando, refutando y/ o matizándolos. Posteriormente se describen las implicaciones para la práctica así como las limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación.

ANÁLISIS DE LOS CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS PROFESIONALES

Tal y como se mencionó en la introducción de este trabajo, no se han hallado en la literatura revisada artículos u otros documentos primarios que describan los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la MGF en profesionales e la educación y en los cuerpos y fuerzas de seguridad, por lo que se ha procedido a realizar una comparativa con los otros grupos profesionales descritos y estudios realizados sobre profesionales sanitarios y de los servicios sociales.

En líneas generales, nuestros resultados coinciden con las conclusiones extraídas de varias revisiones sistemáticas sobre las perspectivas de los proveedores de salud, las cuales confirman la falta prevaleciente de conocimiento, competencia y comprensión sobre la MGF (Dawson, Homer, Trukmani, Black, Varol, 2015b; Dawson et al., 2015a, Reig-Alcaraz, Siles-González, Solano-Ruiz, 2015). A continuación, se desarrollan los diferentes aspectos explorados a lo largo del presente trabajo.

Presencia y realidad de la MGF en el contexto estudiado

Los resultados de este estudio evidencian la existencia de esta problemática en la población atendida por los profesionales de salud encuestados, ya que al menos diecisiete casos fueron detectados. Sin embargo, la falta de conocimientos hallada sobre tipología de la MGF, países donde se realiza y detección de casos de riesgo, añadido al hecho de que más de un cuarto de los y las encuestados/as admite atender a población en riesgo (31% en el caso de los profesionales sociosanitarios, 21.5% del colectivo docente y el 20% del colectivo de CCyFFSS) sugiere que quizás haya más casos infradiagnosticados por la ignorancia de la existencia de esta práctica y de sus estrategias para su detección y seguimiento.

Casi la totalidad de los casos detectados fue por profesionales sociosanitarios, siendo este hecho estadísticamente significativo. Además, nuestra cifra de detección del 4.7%, en el profesionales sociosanitarios, es similar a la detectada por Kaplan, Torán, Moreno, Castany y Muñoz (2009) en Cataluña en el año 2001 (6%). Así pues, Kaplan et al. (2009) detectaron, tras llevar a cabo diferentes actividades formativas en diversos centros de AP, un incremento de casos detectados de MGF por médicos/as de familia del 6% al 16% y en pediatras del 7% al 19%, de 2001 a 2004 respectivamente. Esto reforzaría nuestra hipótesis planteada en relación al infradiagnóstico de la MGF por la falta de conocimientos sobre la MGF y las estrategias de detección y actuación ante la misma.

Las cifras de detección de casos son mucho mayores en varios estudios europeos (Purchase et al., 2013; Leye, et al., 2008; Relph, Inamdar, Singh y Yoong, 2013; Cappon, L'Ecluse, Clays, Tency y Leye, 2015; Tamaddon, Johnsdotter, Liljestrand y Essen, 2006; Jager, Schulze y Hohlfeld, 2002; Caroppo et al., 2014), si bien es cierto que en estos estudios la muestra es mayoritariamente de profesionales especialistas en el área de la mujer que trabajan en atención especializada. Esto podría explicar el por qué estudios europeos encuentran cifras más elevadas que las detectadas en nuestro estudio. Nuestro estudio solamente podría compararse con aquellos realizados en el área de la atención primaria, como es el realizado en Cataluña por Kaplan et al. (2009), donde la muestra es íntegramente del área de AP.

En 2013 en Reino Unido, Purchase et al., encuestaron a 607 obstetras y Relph et al., a 79 obstetras y matronas. Al menos el 87% de los obstetras habían estado involucrados en el cuidado de alguna niña o mujer superviviente de MGF y más del 20% de los mismos había conocido diez casos (Purchase et al., 2013). Relph et al. (2013) también halló una cifra elevada de profesionales que habían encontrado algún caso de MGF durante su práctica clínica (60%).

En Bélgica, un 58% de los 333 ginecólogos encuestados por Leye et al. (2008) había detectado casos de MGF, siendo la infibulación el tipo más común, seguido de escisión y finalmente el tipo I. Al 2% de los profesionales se les pidió en algún momento realizar una reinfibulación y el 4% había sido preguntado sobre cómo realizar la MGF en Bélgica. En el estudio realizado por Cappon et al. en 2015, más del 15% de las matronas neerlandesas había afrontado un caso de mujer o niña superviviente de MGF.

Similares son las cifras en Suecia donde el 60% de los profesionales de la salud del área de la mujer había encontrado al menos un caso de MGF, detectando el 39% de ellos complicaciones a largo plazo. A un 10% de los y las profesionales se les había sido solicitado

practicar una reinfibulación postparto y a un 5%, fundamentalmente pediatras, se les había preguntado sobre la realización de esta práctica en Suecia (Tamaddon et. al, 2006).

En Suiza, un 73% de los profesionales de la franja francesa habían detectado mujeres sometidas a la MGF en 2002 (Jager, et al., 2002). En Italia, las cifras registradas fueron más bajas (Caroppo et al., 2014), aunque este estudio fue dirigido únicamente a un grupo reducido de profesionales (médicos/as, trabajadores/as sociales, psicólogos/as y asistentes sanitarios) que trabaja en centros de acogida y asilo.

Fuera del continente europeo, en Australia y Nueva Zelanda, Moeed y Grover (2012), hallaron un 76% de obstetras que atendían a población femenina africana y de oriente medio y más del 75% de éstos había conocido al menos una mujer con FGM en los últimos 5 años. El 47% de ellos habían detectado al menos un mujer o niña con complicaciones de MGF y el 21% de ellos había sido preguntado después del parto para re-infibular. En los Estados Unidos de América, Hess, Weinland y Saalinger (2010) encontraron que un 43% de las enfermeras obstétricas y matronas habían cuidado de mujeres mutiladas, y un 20% de ellas había realizado prevención con la familia hacia las hijas pequeñas.

Sin embargo, también encontramos estudios en nuestro ámbito con tasas de detección superiores a las registradas en nuestra investigación. Así pues, García y Sánchez (2013) en un estudio llevado a cabo en la provincia de Valencia, donde encuestaron 110 profesionales (ginecólogos, pediatras y matronas) tanto de atención como de atención especializada pública y privada, encontraron que un 26% de los participantes de este estudio refirieron haber atendido casos de mujeres sometidas a MGF. En las Islas Baleares, el porcentaje de detección de casos también fue superior (32%) si bien es cierto que en este caso también fueron encuestados profesionales especialistas y no exclusivamente profesionales del área de atención primaria (Médicos del Mundo, 2014).

Sobreestimación de los conocimientos

Múltiples estudios evidencian la falta de conocimientos de los diferentes profesionales en relación con la MGF coincidiendo con los resultados de nuestro estudio (Leye et al., 2008, Thierfelder et al., 2005, Berggren et al., 2006, Purchase et al., 2013; Leye, et al., 2008; Relph, Inamdar, Singh y Yoong, 2013; Cappon, L'Ecluse, Clays, Tency y Leye, 2015; Tamaddon, Johnsdotter, Liljestrang y Essen, 2006; Jager, Schulze y Hohlfeld, 2002; Caroppo et al., 2014; Kaplan, 2009; Aguado y López, 2013, Ruiz, 2015; Pastor, 2014; Médicos Mundi, 2012, 2014; León-Arias et al., 2014) donde se evidenció una sobreestimación de los conocimientos en

relación con la MGF de algunos profesionales ya que tras contestar haber sido formados o haber realizado formación autodidacta en el tema, menos de una décima parte de los mismos supo identificar correctamente los dos ítems considerados más relevantes (tipos de MGF y los países practicantes).

El colectivo profesional sociosanitario, a pesar de ser aquel con mayor formación reportada, no fue el que más conocimiento real demostró a la hora de identificar la tipología y los países practicantes de MGF. Los profesionales de los cuerpos y fuerzas de seguridad y el colectivo docente fueron los grupos que mayor conocimiento demostraron aunque no eran los más formados según los resultados obtenidos.

Separando ambos ítems, -tipología de MGF y países practicantes de MGF-, en el caso de los profesionales sociosanitarios menos de un cuarto de los encuestados contestó correctamente a la tipología de MGF y sólo una décima parte reconoció correctamente las zonas donde se practica. Similares resultados fueron detectados por Médicos del Mundo (2012) en la Comunidad de Madrid, donde, tras encuestar a 424 profesionales de atención primaria (enfermeros/as, médicos/as de familia, pediatras, matronas y otras profesiones) solo un 7.3% de los profesionales de AP encuestados señalaron correctamente los países donde se practica y únicamente el 58.6% supo identificar correctamente los tipos de MGF existentes de casi la totalidad de la muestra. Médicos del Mundo encontraron también diferencias significativas entre profesiones a favor de las matronas, coincidiendo con nuestros resultados. En nuestra investigación las matronas fueron el colectivo que mejor identificó los tipos de MGF y los países donde se realiza la práctica, mejor detectó los casos en riesgo y conocía en mayor medida la existencia de diferentes protocolos de actuación.

Un 41% de los profesionales catalanes, en el estudio de Kaplan et al. (2009), supo identificar los diferentes tipos de MGF y sólo un 22% del 80% que respondió saber los países practicantes de MGF, realmente acertó con los mismos, observándose también una sobrevaloración de conocimientos por parte de los profesionales. En Kaplan et al. los y las enfermeras identificaron mejor la tipología de la MGF que los y las médicas, aunque a nivel global los y las ginecólogas encuestadas demostraron un mayor conocimiento sobre la MGF y una mayor probabilidad de detección de casos. Así pues, dada la baja representación del colectivo de médicos obstetras y ginecólogos en nuestra muestra, por ser esta exclusiva de AP, futuras investigaciones podrían incluir este subgrupo para analizar posibles tendencias alternativas.

En Reino Unido, el 100% de los profesionales de atención especializada encuestados por Relph et al. (2013) conocía la existencia de esta práctica y el 58% detectó correctamente los diferentes tipos de MGF, siendo mayor el conocimiento en los médicos con mayor experiencia laboral; además el 32% de los mismo conocía la necesidad de realizar desinfibulación previamente al parto para evitar complicaciones. El 72% de los mismos conocía la legislación vigente en Reino Unido.

Más allá de las bajas cifras de formación recibida halladas en los diferentes colectivos profesionales encuestados en nuestro estudio, observamos que, los conocimientos reales de los profesionales sobre MGF fueron todavía más limitados. Esto coincide con los resultados encontrados en una revisión sistemática de estudios cualitativos donde se describió la existencia de insuficiente o parcial conocimiento y habilidades en 25 de los estudios incluidos, fundamentalmente en relación a la desinfibulación, por parte de los profesionales. Esa carencia lleva a conceptos erróneos, falta de conciencia, miedo e incertidumbre sobre cómo hablar de la MGF y a cómo ofrecer apoyo a las mujeres con MGF (Evans et al., 2019). Este hallazgo se obtuvo de entre el personal médico, de enfermería y matronas. Además, varios estudios observaron que los proveedores pueden carecer de conocimiento sobre la diferenciación de los diferentes tipos de MGF y aunque tuvieran preguntas en relación a aspectos culturales o sexualidad, entre otras, no preguntaron debido a las preocupaciones sobre su apariencia culturalmente sensible.

La revisión sistemática realizada por Evans et. al (2019) encontró también que para los proveedores de salud, sentirse confiado y capaz de brindar la atención adecuada relacionada con la MGF estaba fuertemente relacionado con tener los conocimientos, las habilidades y la capacitación adecuados.

Conocimientos sobre las razones por las que se realiza la práctica

Prácticamente el 50% del total de los y las profesionales encuestados/as asociaron erróneamente la práctica de la MGF a la tradición y a la religión, siendo el grupo de profesionales más joven aquel que menos conocimientos poseía al respecto. Esta asociación edad-conocimiento fue significativa tanto a nivel global incluyendo los tres grupos profesionales como en el grupo de profesionales sociosanitarios.

En Cataluña, en 2001 (Kaplan et al., 2009), de los profesionales de atención primaria encuestados, más de un 50% de los hombres y un 40% de las mujeres asociaron la practica a razones religiosas. En la Comunidad de Madrid, en 2012, un 56% de los y las profesionales de atención primaria encuestados asoció también erróneamente la MGF con razones religiosas

(Médicos del Mundo, 2012) y en las Islas Baleares un 63% también asoció la MGF a razones religiosas (Médicos del Mundo, 2014). Vemos por tanto, resultados muy similares a otros estudios realizados en otras regiones del territorio español.

Conocimientos sobre legislación, protocolos y guías de actuación para el abordaje de la MGF

En nuestro estudio más de un tercio de los encuestados considera que la MGF no está legislada en España o no sabe de su existencia, un 39% cree que sólo es un delito si se realiza en España y un 29% identifica correctamente la **legislación de** la MGF como delito en España y extraterritorialmente para familias residentes. Los profesionales de los cuerpos y fuerzas de seguridad y el colectivo de mayor edad encuestado fueron aquellos con más conocimiento respecto a la legislación vigente a la MGF en España.

De entre los y las profesionales sociosanitarios/as, el 6,5% de las matronas, el 35.5% de los y las enfermeros/as, el 43% de los médicos/as de AP, el 3.2% de los trabajadores/as sociales y el 10% de los pediatras conocían la legislación existente. Si comparamos con otros estudios vemos que estas cifras son muy inferiores a las obtenidas en diferentes países Europeos, si bien es cierto que estos estudios incluyen o se centran en profesionales del área de atención especializada.

Por ejemplo, en el estudio realizado por Cappon et al. en 2015 un 20% de las matronas neerlandesas estudiadas conocía la legislación existente al respecto en su país. En Reino Unido (Purchase et al., 2013), sin embargo, un 94% de los obstetras y obstetras en formación conocía que la MGF era ilegal en Reino Unido, el 74% era conocedor de que la desinfibulación debe realizarse anteparto idealmente, y además más del 30% de los mismo es conocedor de su realización óptimo durante el segundo trimestre de embarazo. Además, el 40% había sido formado en la técnica de la desinfibulación y aunque el 52% de los participantes no sabían la ruta para referir a las mujeres a los servicios especializados, el 84% sí que contestó que en caso de detectar una niña con riesgo de ser sometida a MGF se pondría en contacto con los servicios de protección del menor.

En el estudio de Relph et al. (2013) el 72% de los y las obstetras y matrones/as encuestados/as era conocedor de la legislación existente en Reino Unido acerca de la MGF. En Bélgica (Leye et al., 2008) e Italia (Caroppo et al., 2014) un 46% y un 44% de los encuestados, respectivamente, era conocedor de la ilegalidad de la práctica en su país.

Si comparamos los resultados de nuestro estudio con otros, el porcentaje de conocimiento de **protocolos y guías de actuación** es inferior en nuestro contexto, donde menos de un 5% parte del total de profesionales encuestados eran conocedores de la existencia de protocolos oficiales de actuación. Observamos en esta área una importante laguna de comunicación oficial hacia los profesionales implicados en la prevención y detección de la MGF que debería corregirse, principalmente hacía el colectivo docente el cual obtuvo un resultado significativamente inferior que los otros dos grupos profesionales.

Centrándonos en el ámbito de la salud, en nuestro estudio menos del 7% de profesionales sociosanitarios era conocedor de guías de actuación, siendo las matronas, seguidas de los y las pediatras y los y las trabajadoras sociales, el grupo con mayor conocimiento en relación a este aspecto. En otros estudios realizados en contextos similares como el realizado por Kaplan-Marcusan et. al (2009) observamos un porcentaje muy superior al obtenido en nuestro estudio ya que un 20% de los profesionales eran conocedores de algún protocolo de actuación, siendo los pediatras (42%) el colectivo con mayor conocimiento. En Italia, un 34% conocía alguna guía de procedimientos y manejo de la MGF (Caroppo et. al, 2014).

Cabe mencionar que, una vez iniciada nuestra investigación, la *Consellería de Sanitat i Salut Pública* publicó el protocolo de actuación de la MGF de la Generalitat Valenciana (noviembre de 2016). No obstante, durante la recogida de datos llevada a cabo en los meses de febrero, marzo y principios de abril de 2017 a profesionales sociosanitarios, la *Consellería de Sanitat i Salut Pública* apenas había iniciado el programa formativo a los profesionales de los diferentes Departamentos de Salud, por lo que pudimos recoger la base de conocimientos, actitudes y capacidades de nuestros profesionales previamente a recibir formación específica al respecto. En este sentido podría ser interesante considerar reestudiar los conocimientos, actitudes y prácticas profesionales en unos años, una vez que la formación reglada se haya instaurado en la Comunidad Valenciana para sus profesionales.

Sin embargo, la *Consellería de Sanitat i Salut Pública* sí que realizó los esfuerzos institucionales necesarios para la difusión del nuevo protocolo de actuación (oferta de cursos de formación para profesionales en los meses posteriores a la publicación, emails y notificaciones corporativas sobre el reciente protocolo, guía de actuación en casos de viaje de las niñas a su país de origen durante las vacaciones, etc.), aunque los resultados de este estudio evidenciaron la necesidad de continuar con el trabajo para la prevención y la erradicación de esta práctica en nuestro medio, ya que menos de una décima parte de los y las profesionales sociosanitarias encuestadas conocían algún protocolo de actuación. Así pues, la publicación de este protocolo

reforzó la idea que se muestra en este estudio sobre la importancia de crear consciencia sobre la existencia y el aumento de población en riesgo en la Comunidad Valenciana.

Cabe destacar también que, en base a la literatura revisada (Varol et. al, 2016), los registros y bases de datos sobre mujeres que han sufrido MGF son escasos aunque, por parte de la Consellería de Sanidad ya se ha instalado una nueva alerta en el sistema de información utilizado desde atención primaria.

Detección, prevención e intervención

De entre los profesionales que detectaron casos, el colectivo de matronas fue el único que respondió haber detectado más de un caso de MGF durante su práctica profesional. Una de las matronas conocía al menos diez casos de mujeres mutiladas, ya que tuvo oportunidad de conocer a través de una de sus pacientes a otras mujeres que habían sufrido la misma práctica. Algunas profesionales también comentaron haber ejercido en Reino Unido, donde se realiza una publicación y actualización frecuente de recursos tanto por el Gobierno de Reino Unido como por el Servicio Nacional de Salud (NHS) en relación con la protección y prevención de la MGF en menores y a la actuación ante la detección de casos y casos en riesgo.

Durante la última década, muchos países de destino han implementado leyes, políticas y programas para prevenir la MGF y desarrollar servicios para proporcionar atención médica adecuada profesional como es el caso de Reino Unido, donde se han introducido requisitos legales para que los profesionales de la salud registren cualquier caso de MGF que se identifique en sus servicios y para proteger a los niños que se consideran en riesgo de MGF a través de procesos como la notificación obligatoria a la policía (Baillot et al., 2018, Johansen et al. 2018). Existe un fuerte compromiso para el cumplimiento de las guías y protocolos de actuación debido a la alta tasa de población inmigrante y residente que poseen. Esta reflexión es compartida por ésta autora y por su propia experiencia laboral en dicho país.

Estos documentos se desarrollan en colaboración con profesionales de la salud y de los servicios sociales y pueden ser utilizados por profesionales de la salud de todos los sectores. Además, el gobierno del Reino Unido alienta a todas las organizaciones a que aseguren un enfoque multistitucional y multidisciplinar en la lucha contra la MGF. Así pues, el sistema de salud trabaja en coordinación con los servicios sociales y la policía y es un deber para profesionales de la salud y docentes, en Inglaterra y Gales, informar a los cuerpos y fuerzas de seguridad, sobre casos conocidos de MGF en menores de 18 años (Departamento de Salud Reino Unido, 2016).

No obstante, a pesar de estos esfuerzos, la evidencia sugiere que las mujeres migrantes supervivientes de MGF sufren malas experiencias con la atención sanitaria que reciben (Evans et al., 2017) asociada a la percepción de las mujeres sobre el bajo nivel de conocimientos clínicos y culturales de los profesionales en relación a la MGF lo que a su vez hace que las mujeres se sientan no respetadas, estigmatizadas y vulnerables.

En este sentido, este estudio evidencia la falta de conciencia profesional en cuanto a la responsabilidad para la prevención de la MGF. Más de un 30% de los docentes consideró al ser encuestado que no debía indagar y preguntar en relación a la MGF durante su ejercicio profesional. Sin embargo, el abordaje de la MGF debe ser intersectorial y desde los centros educativos se puede colaborar en la detección de niñas en posible riesgo, valorar la actitud de la familia ante la MGF, comunicar un viaje inminente al país de origen al centro de salud o realizar una comunicación urgente del posible riesgo o sospecha de MGF al centro de salud. Para ello, los profesionales deben poseer los conocimientos necesarios sobre la práctica de la MGF, así como conocer los indicadores de riesgo en niñas menores de 18 años. El Protocolo de Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad Valenciana ya contempla la colaboración intersectorial de agentes sanitarios de atención primaria, USSYR, atención especializada, salud pública, educación, servicios sociales, justicia y cuerpos y fuerzas de seguridad (Conselleria de Sanitat de Sanitat Universal i Salut Pública, 2016).

Además, la etapa maternal e infantil son etapas óptimas para la captación de estas niñas o mujeres, cuando, en muchas ocasiones será su primer contacto con el sistema de salud. En la ciudad de Valencia había en 2016, 2.342 mujeres y niñas procedentes de países practicantes (Kaplan y López, 2017), y mayoritariamente se encontraban en la franja de edad comprendía entre los 30 y los 39 años, con un repunte de niñas de hasta 9 años de edad.

La matrona, puede y debe realizar una anamnesis, indagar sobre las actitudes de la familia y de la comunidad ante la MGF e incluso detectar situaciones de riesgo a través de las madres durante la etapa prenatal. No obstante, abordar este tema en las consultas prenatales requiere de gran sensibilidad, respeto, empatía y confidencialidad. La matrona, en este caso, suele ser la que realiza un mayor número de visitas en esta etapa, creando más fácilmente un clima de confianza y respeto mutuo entre profesional y gestante, favoreciendo la identificación de las mujeres con MGF. De la misma manera esto podría realizarse desde los Centros de Salud Sexual y Reproductiva (CSYR) o desde la consulta de medicina/enfermería de Atención Primaria en la etapa preconceptiva.

Observamos durante las entrevistas a la población de origen que, mientras aquellas mujeres entrevistadas en Reino Unido refieren haber sido preguntadas en algún momento de la gestación en relación con la MGF, en las mujeres entrevistadas que habían sido madres en España, ningún profesional les preguntó al respecto en la mayoría de los casos. En alguna ocasión la MGF fue un hallazgo casual durante una exploración ginecológica, pero en ningún momento era el fin último un cribado de la MGF anteparto.

Además, la detección durante el embarazo y la posible derivación a la Unidad de Reconstrucción Genital de referencia para valoración del grado de la misma, ofertándole a la mujer, en el caso de ser necesario, una desinfibulación idealmente durante el segundo trimestre de gestación, prevendría complicaciones tanto obstétricas como perinatales.

Los profesionales también deben realizar **prevención de la práctica** en caso de recién nacida mujer, asegurándose que los padres son conscientes de las consecuencias penales y de salud que ésta conlleva para su hija. También se debe contactar con el equipo de pediatría durante la gestación en caso de que la gestante con MGF vaya a tener a una recién nacida mujer para continuar con la sensibilización sobre la prevención de la MGF en la niña. En cualquier caso, la detección de la MGF debe ser registrada en los sistemas de registro e informáticos disponibles, siguiendo el algoritmo vigente publicado por la Consellería de Sanidad ante intervención en niñas con factores de riesgo.

Así pues, es preciso que las matronas, ginecólogos/as-obstetras, pediatras, enfermeras/os y trabajadores/as sociales adquieran conocimientos sobre las diferentes culturas y la sensibilidad necesaria para garantizar una atención de calidad y respeto a la mujer con MGF y sus familias. Ya en 2013 en Reino Unido el 84% de los obstetras encuestados conocía la necesidad de contactar con los servicios de protección al menor cuando una menor estaba en riesgo de ser mutilada (Purchase et al., 2013).

Nuestro estudio refleja que más de un tercio de los profesionales de los tres colectivos es capaz de detectar casos de riesgo y que más de la mitad de los encuestados tenían interés en actuar si localizaban alguna menor en riesgo de MGF. Sin embargo, cuando los casos de MGF fueron detectados, ninguno de los profesionales refirió haber denunciado la situación, y todos los grupos profesionales coinciden en que la última actuación que realizarían sería poner el caso en conocimiento del juzgado. Si la detección de casos en mujeres mayores de 18 años no es informada y registrada en la historia de salud de las mujeres, esto puede interferir con la provisión de atención y prevención adecuada para la hija recién nacida en riesgo de ser sometida a MGF. No obstante, cabe resaltar que los profesionales de los cuerpos y fuerzas de seguridad

fueron aquellos con un mayor conocimiento sobre indicadores de riesgo encontrando diferencias estadísticamente significativas con el resto de colectivos encuestados.

Este hecho sugiere que los profesionales no son conocedores de que siendo la práctica de la MGF en España y extraterritorialmente para mujeres residentes un delito, es su deber y tienen la obligación legal de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo. Esto refuerza la idea de la necesidad de difusión de los diferentes protocolos y guías de actuación para profesionales tanto sociosanitarios, docentes como al cuerpo policial. El Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales, organizaciones profesionales y otras instituciones tanto nacionales como regionales deben promover la formación y la sensibilización profesional.

La importancia de las evaluaciones de riesgo individuales no puede subestimarse. Así pues, evaluar el riesgo al que una niña podría estar expuesta porque uno o ambos padres provienen de países donde se practica la MGF es un criterio fundamental en esta evaluación, y, si se considera, se deben iniciar acciones de protección y de prevención específica.

No obstante, la prioridad de la línea estratégica con el fin de erradicar la violencia contra la mujer en general y la MGF como una forma de violencia específica debe ser la prevención y sensibilización de la población, desde un enfoque multicultural e integral, siendo la atención primaria un pilar fundamental en lo que respecta al sistema sanitario, si los profesionales son formados y sensibilizados con este problema de salud. Para lograr esto, una propuesta podría ser introducir la MGF en los planes de estudio de diversas disciplinas en la universidad y nivel de escuela secundaria, tal y como fue recomendado por la OMS hace ya dos décadas (OMS, 2001). Además, es esencial establecer un sistema de coordinación con otras administraciones (educativas, sociales, judiciales y policía) para completar el abordaje integral y multidisciplinario de la MGF, incluidas las consecuencias jurídicas que se pudieran derivar.

ANÁLISIS DE LAS EXPERIENCIAS DE LA POBLACIÓN DE ORIGEN DE PAÍSES PRACTICANTES DE MGF

Las mujeres y hombres entrevistados procedían de países con prevalencia de MGF: Nigeria, Malí, Somalia, Senegal, Camerún y Burkina Faso. Según datos de UNICEF (2016), en Nigeria existe una prevalencia de MGF en mujeres entre 15 y 49 años del 25%, en Malí del 89%, en Somalia alcanza el 98%, en Senegal es del 25%, en Camerún es del 1% y en Burkina Faso alcanza el 76%.

La población femenina adulta de la Comunidad Valenciana procede principalmente de Nigeria, Senegal, Guinea, Malí y Camerún, y en la ciudad de Valencia residen 1813 mujeres y 529 niñas procedentes de países practicantes de MGF (Kaplan Marcusán y López Gay, 2017). Las mujeres procedentes de Somalia fueron entrevistadas en su totalidad en Londres donde existe la tasa más alta de mujeres residentes procedentes de países practicantes de MGF en Inglaterra y Gales. Más de 45.000 mujeres somalíes de entre 15 y 49 años residen en Inglaterra y Gales (Macfarlane y Dorkenoo, 2015).

Desarrollo de la práctica

A pesar de que las mujeres entrevistadas procedían de diferentes países de origen, en su mayoría refirieron que la práctica fue llevada a cabo principalmente por mujeres de edad avanzada que cobraban por realizar la MGF o que recibían bienes en especie por ello coincidiendo con Ballesteros-Meseguer et al. (2014) y Reig-Alcaraz (2017) en estudios similares realizados en la región de Murcia. Estas mujeres poseen un estatus social elevado que les proporciona prestigio lo cual se establece como un obstáculo más para la erradicación de la práctica.

Otros estudios fuera de nuestras fronteras como el publicado por Ahmed (2019) en Irak y el de González-Henao (2011) en Colombia, también fundamentan los resultados hallados, ya que las mujeres indicaron que tanto mujeres conocidas como parteras o mujeres de edad avanzada son las encargadas de la práctica y sin embargo profesionales médicos no intervienen en la misma.

La medicalización de la MGF entre las mujeres de 15 a 49 años es la más alta en Sudán (67%), Egipto (42%), Guinea (15%), Kenia (15%) y Nigeria (13%) (Shell-Duncan, Njue y Moore, 2018). En otros lugares, el corte medicalizado es raro y restringido a lugares geográficamente definidos. Según los datos de las Encuestas Demográficas y de Salud (EDS) realizadas en los lugares de procedencia de nuestras entrevistadas, Malí con un 6% y 11% de las niñas y mujeres respectivamente (EDS, 2018) es el país con una mayor tasa de medicalización de MGF seguida de Nigeria con un 7% y un 9% de las niñas y mujeres respectivamente (DHS, 2018), Camerún con un 4% (EDS, 2004), Burkina Faso (3% EDS, 2010) y Senegal (0,5%, DHS 2015), sin disponer datos de Somalia al respecto.

En Nigeria, Eobianwu et al. (2018) en un estudio realizado sobre la medicalización de la MGF encontraron que las familias entrevistadas podían asumir fácilmente el coste de los

servicios por la MGF, considerando además, que los cortadores tradicionales eran más baratos que el personal experto.

En nuestro estudio, únicamente las mujeres procedentes de Somalia y una mujer maliense refirieron haber acudido a un médico profesional para la realización de la MGF, encontrando diferencias socioeconómicas ya que aquellas mujeres con más medios económicos, que por norma general residían en las capitales y grandes ciudades del país, acudían a un profesional médico cualificado. Además, otros estudios reflejan como las MGF más severas son normalmente más utilizadas en las zonas rurales (Multiple Indicator Cluster Survey-MICS, 2011).

La práctica fue llevada a cabo en los respectivos países de origen de las entrevistadas a excepción de una de ellas que fue sometida a la MGF en Italia. La MGF es procesable en todos los países de Europa, ya sea a través de disposiciones específicas de derecho penal o a través de legislación general, tal y como se desarrolló en el bloque introductorio del presente documento, pero existen al menos 50 casos de tribunales penales de MGF en Europa, y la mayoría de ellos tuvieron lugar en Francia en los años ochenta y noventa.

Se conocen casos ocurridos en suelo de países como Suiza (1996), Italia (2006), Francia (2012) o España (2013) y otros casos han sido procesados cuando las niñas, residentes en países Europeos, viajaron a sus países de origen y fueron sometidas allí a la MGF (Mestre i Mestre y Johnsdotter, 2019). Mestre i Mestre y Johnsdotter (2019) distinguen entre casos típicos –MGF llevada a cabo en Europa o en el extranjero por una persona de nacionalidad europea o residente europeo- y los casos atípicos –casos de MGF sin fundamento sólido o evidencia en un tribunal de justicia-. Para estas dos autoras la experiencia es crucial en el manejo legal de ambas categorías ya que ocurre que, en algunos casos atípicos se hacen juicios injustos que potencialmente causan daño evitable a familias e individuos; daño que es evitable si los profesionales están atentos a cuestiones culturales en una etapa temprana del procedimiento legal.

Por otro lado, en cuanto a la edad a la que se llevó a cabo la práctica, todas las entrevistadas coinciden en que se llevó a cabo **durante su infancia antes de la menarquia**, aunque, en líneas generales, éstas sitúan vagamente la edad exacta a la que se le fue practicada. La MGF suele realizarse a niñas de 4 a 15 años (UNAF, 2013; OMS, 2010) si bien recientemente se ha afirmado que la mayoría de las niñas fueron mutiladas antes de los 5 años de edad (UNICEF, 2016). Esto podría tener su fundamento en la suposición de “a menor edad, menor

resistencia de la niña” o a que la capacidad de curación de las niñas es previsiblemente mayor cuanto más jóvenes son (Touray y Piniella 2013, Kaplan 2013).

Por países, en Somalia casi la totalidad de las niñas son mutiladas antes de llegar a los 12 años de edad (MICS, 2011); en Burkina Faso más del 90% de las niñas son mutiladas antes de los 10 años de edad (EDS, 2010); en Nigeria el 86% antes de los 5 años y el 5% después de los 15 años (DHS, 2018); en Mali alrededor de las tres cuartas partes de las mujeres (76%) la escisión se realizó antes de los 5 años; en Senegal el 85% de las mujeres fueron sometidas a MGF antes de los 10 años, principalmente antes de los cinco años, incluso en la infancia (DHS 2015); en Camerún en casi la mitad de los casos, la MGF se realizó a los 5-9 años de edad y en una de cada cinco antes de los cinco años de edad, aunque aproximadamente una quinta parte de las mujeres fueron circuncidadas a los 10-14 años de edad y una de cada veinte fue circuncidada a los 15 años o más (EDS, 2004).

Por otro lado, la MGF es considerada de mujeres, y son las mujeres las que promueven la mutilación genital de sus nietas o hijas con la creencia de que la mujer a la que se le practica será más femenina, más limpia, más honorable y más bella (Little, 2003). Ballesteros-Meseguer et al. (2014) sostienen que en sus sociedades, las mujeres no pueden tomar decisiones respecto a esta tradición que se perpetúa a través de las abuelas paternas, quienes deciden cuándo se mutilará a las niñas; y son ellas las que acompañan a las niñas durante el ritual de la MGF.

Otros relatos, sin embargo, también inciden en la participación de los hombres como actores secundarios en la toma de decisiones. Las participantes coinciden con Kaplan et. al (2013) en el hecho de que aunque los hombres no sean parte activa en la toma de decisiones no significa que no tienen el poder de influir en ella. Según datos recogidos por esta investigadora, la MGF parece ser una decisión llevada a cabo por las mujeres (75%) o por otros familiares y miembros de la comunidad (10%). Sin embargo, más del 60% de los hombres respondieron querer perpetuar la práctica en sus hijas, y además, en el caso de que una madre decidiera no realizar la MGF en sus hijas, éstas no eran completamente apoyadas por sus maridos. Coincidimos también con Ruiz (2015) cuando afirma que el poder de los hombres en las sociedades en las que se realiza de forma habitual la MGF influye de una forma invisible y silenciosa en la toma de la decisión de cortar o no cortar.

Así pues, el proceso de la toma de decisión sobre cortar o no cortar parece ser muy complejo, y en él intervienen varios factores. No obstante, la obligatoriedad de la práctica no conlleva un conocimiento de lo que pasa realmente en el proceso de mutilación. Los hombres generalmente saben poco o nada, ya que forma parte de la esfera femenina, y gran parte de las

mujeres no recuerda sus propias mutilaciones y sólo asisten a la realización de las mismas en determinadas circunstancias (Touray y Piniella, 2013).

También sorprenden los relatos de mujeres donde se evidencia que fueron ellas mismas las que tuvieron que suplicar a sus progenitores que la práctica les fuera llevada a cabo. Jacobson et al. (2018) también registra relatos de mujeres que solicitaron ser mutiladas y esperaban ansiosamente que llegara el día de la MGF. Tanto en Somalia, como en otros países, la presión social y el deseo de pertenencia parece tener un importante papel (Jacobson et. al, 2019; Ruiz, 2015; Ballestros-Meseguer et al. 2014).

Para las mujeres entrevistadas la MGF es “algo que debes pasar” y los testimonios recogidos en nuestro estudio acerca del secretismo alrededor de la realización de la práctica coinciden con los referenciados por otros investigadores (González-Henao, 2011; Jacobson et al.; 2018, Ballestros-Meseguer et al. 2014). Vemos como la MGF es considerada por muchas de nuestras participantes un tema tabú, y ellas mismas nos declaran no hablar del mismo en su círculo familiar o social. En alguna ocasión, las mujeres entrevistadas nos dijeron que nunca antes habían compartido sus historias de MGF.

Por otro lado, las participantes hablaron de un silencio comunitario en cuanto a no ser contado lo que sucedería durante la MGF o los beneficios obtenidos de no llevar a cabo la MGF. Esto coincide con el informe de la OMS (1999), donde se plasmó cómo a las niñas en ocasiones se les hace jurar guardar silencio a cerca de la práctica, el dolor y las técnicas asociadas.

Coincidiendo con esto, los relatos personales de estas mujeres nos revelan en su mayoría sentimientos de terror, humillación y dolor, lo cual, para diferentes expertos puede favorecer ese clima de sumisión y silencio en relación a la MGF, que genera una actitud de “indiferencia” ante una práctica de la que no se habla ni se piensa (Ballestros-Meseguer et. al, 2014).

No obstante, durante la realización de las entrevistas con las mujeres somalíes residentes en Londres, nos llamó mucho la atención la presencia de risa en las narraciones de sus historias personales acerca de la MGF. Este hecho también es mencionado por Jacobson et al. (2018) en su estudio realizado en mujeres somalíes residentes en Canadá: “La risa no era infrecuente al compartir su experiencia de MGF y las interacciones con la familia entorno a tener MGF”.

A pesar de que la risa seguía habitualmente una historia dolorosa, las mujeres entrevistadas procedentes de Somalia no transmitían una imagen triste ni sombría. Al contrario, su imagen era viva, alegre y la risa transmitía por un lado la ironía respecto a la práctica de la

MGF y en ocasiones se usó también para describir situaciones que resultan difíciles de creer como cuando la E1LM nos narró que debido a la insistencia de su hermano ella tuvo que ser sometida por segunda vez a la MGF. También ocurrió algo similar durante la entrevista grupal realizada con mujeres procedentes de Nigeria, las cuales “rieron al ser preguntadas sobre la MGF ya que ninguna se acordaba de cómo fue la práctica”.

Sobre la práctica en sí misma y los cuidados posteriores coincidimos con Reig-Alcaraz et. al (2017) en cuanto a la poca literatura encontrada al respecto. Se destaca la referencia de las mujeres somalíes a cerca de la ceremonia pre-MGF recibida que coincide con lo descrito por Touray y Piniella (2013). De los verbatims de las participantes, observamos como la práctica se lleva a cabo normalmente con hojas de afeitar, tijeras o cualquier objeto cortante y como la curación y la recuperación postMGF se lleva a cabo en la mayoría de los casos por la propia familia, fundamentalmente por las madres y abuelas, con los escasos medios de los que disponen en el domicilio. Las zonas rurales además, utilizan métodos más tradicionales mientras que en las ciudades existen otras normas que incluyen analgesia o antibioterapia en algunos casos (Jacobson et al., 2018).

A diferencia de lo que ocurre con otros ritos de paso en los que participa toda la comunidad, de la "curación" (refiriéndose a la práctica de la MGF) solo se enteran la madre, la abuela y la partera que la realiza (González-Heano, 2011). En nuestro estudio recogimos relatos donde las madres o las abuelas son las responsables de concertar la realización de la MGF para las niñas encontrando también testimonios que narran cómo el resto de la familia desconoce cuándo se llevará a cabo la práctica.

Para la curación de la herida secundaria a la realización de la MGF se aplican ungüentos, pieles animales, aceites naturales como el de karité u otros recursos disponibles en la comunidad. El hecho de no disponer de antisépticos, antibióticos o incluso agua corriente en los domicilios acentúa el desarrollo de las potenciales complicaciones sobre la salud de las mujeres que desarrollaremos más tarde en este mismo documento. Esto difiere de lo mencionado por Kaplan et al. (2013) en Gambia donde al parecer los cuchillos tradicionales están siendo sustituidos por hojas de afeitar de uso individual, como resultado de las campañas de prevención de la transmisión del VIH, así como las hierbas y encantos tradicionales usados para la curación y la prevención del sangrado están siendo reemplazados por fármacos modernos.

Conocimiento de la práctica de la MGF

Todas las mujeres y hombres entrevistados conocían la práctica de la MGF y la existencia de la misma en sus regiones de origen. Además, aunque en ocasiones la práctica no fuera realizada en su lugar de origen, conocían la procedencia de la misma y comunidades próximas donde ésta sí que era llevada a cabo.

No obstante, en cuanto a la tipología de la MGF más de las mitad de las participantes no supo identificar cuál era la que se les había practicado, encontrando diferencias por grupos en función del país de origen. Así pues, vemos como las mujeres procedentes de Somalia habían sido mayoritariamente sometidas a mutilaciones genitales más agresivas a excepción de una de las participantes, la cual, al haber sido mutilada en Italia, sufrió la MGF tipo I. Este hecho concuerda con las estadísticas que reflejan que aunque solo se estima que un 15-20% de las mujeres que han sido mutiladas hayan sufrido el tipo III (OMS, 2008), en algunos países como Somalia se alcanzan cifras del 93% en 2006 y de 86% en 2011 (UNICEF, 2006 y 2011).

En el resto de países de donde procedían nuestras entrevistadas las cifras de MGF tipo III son mucho inferiores. Por ejemplo en Burkina Faso la MGF tipo II (“cut, flesh removed”) sería el tipo más frecuente (77%) y sólo un 1% habrían sido sometidas a la infibulación (EDS, 2010). En Nigeria, el tipo II también es el más frecuente (41%) y sólo un 6% de las mujeres son sometidas a infibulación (DHS, 2018). En Camerún el 86% de las mujeres son sometidas a una MGF tipo II y solo un 4% al tipo I y un 5% al tipo III (EDS, 2004). En Mali, un 41% de las mujeres también reportaron el tipo II, y un 8% un tipo III (EDS, 2018).

Razones por las que se realiza

Las razones mencionadas por las y los participantes del estudio fueron distintas aunque todas ellas coinciden con aquellas descritas en la literatura revisada. La mayoría de razones estriban en consideraciones de género y, por lo tanto, en construcciones sociales que atribuyen ciertos comportamientos y funciones a las mujeres (virginidad prematrimonial, fidelidad, belleza, etc.) y que son en realidad discriminatorias. Principalmente se observa que la MGF se sigue practicando sobre todo por conformidad y presión social, aseveración ampliamente descrita en la bibliografía (OMS, 2008; Gallego y López, 2010; Lucas, 2008).

Las entrevistadas nos trasladan una imagen de cómo esta presión social, acontece situaciones de marginación y rechazo social, lo cual es también apoyado por otros estudios como el de Kaplan y Bedoya (2004), Médicos Mundi (2008) o UNAF (2013). Sin embargo, Gallego y López (2010) afirman que existen estudios que demuestran que esas consecuencias sociales

(discriminatorias y excluyentes del grupo) en caso de no cumplir con la práctica no se producen necesariamente en todos los casos.

Existe la percepción de que la MGF es necesaria para criar adecuadamente a una niña y prepararla para la vida adulta y el matrimonio. Así pues, mediante la MGF, una niña alcanza la madurez y se convierte en un miembro de pleno derecho en la comunidad (Kaplan, 2003). Un ejemplo lo obtenemos de Senegal donde el 4% de los hombres y el 1% de las mujeres citan el reconocimiento social como la principal ventaja de la MGF (EDS, 2015). Estudios similares apoyan esta reflexión (Sakeah et. al, 2019; Touray y Piniella, 2013; Ballesteros-Meseguer et al., 2014; MSSSI, 2015; OMS, 1999; Kaplan, 2003; Briggs, 2002; OMS y OPS, 2013). Además, en determinados contextos la MGF no debe ser cuestionada ni eliminada, especialmente por personas ajenas a la comunidad (OMS y OPS, 2013).

Por un lado, observamos cómo la tradición familiar hace que la MGF se herede de madres a hijas y que las niñas en el momento del nacimiento ya estén predestinadas a la práctica simplemente por la etnia, región o familia en la que han sido engendradas coincidiendo con los datos extraídos de Pastor Bravo (2014), Ruiz (2015) y Kaplan, Salas y Aliaga (2017).

Por otro lado, las razones higiénico-estéticas también emergieron de las entrevistas realizadas, así pues una mujer no sometida a la MGF se considera que está sucia y la única manera de “limpiarla” es mediante la MGF. El concepto de “limpieza” sin embargo se entiende desde varias perspectivas. Se cree que es en el clítoris donde reside un resto masculino en la mujer por lo que debe cortarse, ya que si crece podría asemejarse al pene coincidiendo con otros investigadores (UNAF, 2013; Médicos Mundi Andalucía, 2008).

También se cree que los genitales son sucios y feos y se extirpan para promover el atractivo estético. Incluso, se llega a pensar que los genitales femeninos son peligrosos y generan mala fortuna, tal y como hemos recogido también a lo largo de las entrevistas realizadas, y en sintonía con otra literatura revisada (OMS 1999, OMS y OPS 2013, MSSSI 2015, Kaplan, 2003). Algunas comunidades creen, y esto también ha sido recogido a lo largo del desarrollo de las entrevistas que, si el bebé toca con la cabeza el clítoris de la madre en el momento de nacer, puede provocar su muerte o le puede producir deformidades físicas o mentales (Kapla, Salas y Aliaga, 2017).

Además, el concepto de limpieza se extiende más allá, alcanzando la esfera espiritual, así pues, una mujer “limpia” tendrá unos deseos sexuales disminuidos lo cual le ayudará a mantenerse pura, virgen y casta (Fernández de Castro et al., 2018). En este sentido, las participantes nos relataron varios aspectos acerca del papel protector que ejerce la MGF sobre

el mantenimiento y preservación de la virginidad. Según la DHS (2010) en Senegal, el 4% de las mujeres y el 6% justifican la MGF por la preservación de la virginidad. Por lo tanto, una niña sometida a la MGF no sólo es más casadera sino que es reconocida como una niña buena, bella, “clean” (limpia) y femenina (Abathun, Sundby y Gele, 2016).

Así pues, los factores sexuales también formaron parte de las conversaciones acerca de la fundamentación de la práctica de la MGF, donde no solo hombres sino también mujeres, destacaron la función de la MGF en la disminución de la sexualidad de las mujeres. Esto coincide con Ruiz (2015) y Jirovsky (2010) donde tanto hombres como mujeres argumentan que la escisión es buena porque disminuye la sexualidad de las mujeres y por lo tanto las protege de coitos prematrimoniales, futuras infidelidades e insatisfacciones sexuales maritales. Sin embargo, otros estudios evidencian cómo la MGF no garantiza en absoluto que las mujeres se mantengan vírgenes o fieles (Van Rossen et al., 2009; Vázquez-Moya et al., 2012).

Por otro lado, en sociedades poliginias como son las de Senegal y Malí, el control de la sexualidad y la garantía de la fidelidad matrimonial parece ser también un pilar fundamental tal y como nos trasladan varias de las mujeres y hombres procedentes de esos países coincidiendo con lo descrito por Touray y Piniella (2013). También se cree que, si la mujer estrecha el orificio vaginal mediante la infibulación, puede aumentar el placer sexual masculino, reduciendo el riesgo de divorcio o infidelidad por parte del marido (Kaplan, Salas y Aliaga, 2017).

Además, también se ha evidenciado la creencia por parte de alguna participante a cerca del incremento de la fertilidad en mujeres que han sido sometidas a la MGF. Parece por ende que, la integridad de la mujer facilitada por la creencia de que la MGF inhibe la sexualidad de la mujer, garantizará la honorabilidad de la niña o de la mujer y por ende de la familia, permitiéndoles mantener cierto estatus dentro de la comunidad.

Así pues, a la MGF no solo se le atribuye el componente de protección en el ámbito social sino que en muchas comunidades donde la mujer tiene una fuerte dependencia económica del hombre, la MGF le facilita las oportunidades matrimoniales, evidenciando por tanto el factor económico también clave en el mantenimiento y justificación de la MGF. Algunas conversaciones registradas y Briggs (2002) y Ballesteros Meseguer (2014) relatan como una niña no sometida a la MGF adquiere un estatus de mujer poco deseable para el matrimonio.

El matrimonio infantil y concertado es también un problema que atenta contra los derechos humanos de los niños y también hemos registrado algún relato haciendo referencia al mismo. Nuevos datos del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA), publicados en febrero de 2018, indican que cada año 12,6 millones de niñas contraen matrimonio antes de

cumplir los 18 años. Esto representa una media de 34 500 niñas cada día. Los niños también contraen matrimonios, aunque la gran mayoría de matrimonios infantiles implican niñas.

El matrimonio infantil es un fenómeno presente en todo el mundo, y si bien, es mucho más frecuente en países en desarrollo, ya que uno de los principales factores determinantes es la pobreza, también sucede en países desarrollados como en Estados Unidos o en Reino Unido.

El matrimonio infantil debilita los derechos humanos de los niños y desbarata sus vidas y sus oportunidades de futuro, negando a los niños el derecho de elegir, con el consentimiento libre y pleno y sin coerción o miedo, con quién casarse y cuándo. Además, éste conlleva consecuencias adicionales como son el abandono escolar a una edad tardía, embarazo precoz en niñas cuyos cuerpos no están maduros reproductivamente, aumentando el riesgo de morbilidad materna y perinatal o la vulnerabilidad al contagio de enfermedades de transmisión sexual. Una de las causas de este problema es el hecho de que las niñas que han abandonado la escuela son más vulnerables al matrimonio infantil y tienen menos probabilidades de disponer de información sobre cómo protegerse de las infecciones de transmisión sexual y del embarazo no planificado. Además son más vulnerables a sufrir abusos y a desarrollar con el tiempo enfermedades mentales. La falta de educación y empoderamiento también implica que las mujeres sean menos capaces de defender el bienestar de sus propios hijos (UNFPA, 2018).

Por último, en cuanto a la creencia de que la MGF es un precepto religioso, en la mayoría de los casos, las mujeres y hombres entrevistados no asociaban la práctica de la MGF con la religión. Esto coincide con estadísticas nacionales de los diferentes países de procedencia de nuestras entrevistadas. En Nigeria, más de tres cuartas partes de las mujeres no creen que la MGF sea un requerimiento religioso (DHS, 2018). Por lugares, las mujeres de las zonas más rurales tienen una mayor creencia en que la MGF está asociada a la religión respecto de aquellas que viven en zonas urbanas (EDS 2004, DHS 2015). Además las mujeres con estudios superiores son con diferencia aquellas que menos asocian la práctica a la religión. Cifras similares encontramos en Senegal (EDS, 2015), Burkina Faso (EDS, 2010), Camerún (EDS, 2004) y Mali (EDS, 2018) donde también se vio una asociación entre la educación y la creencia de que la religión exige la MGF. Además, también coinciden en que las mujeres que han sido sometidas a la MGF tienden a asociar la MGF a un precepto religioso en mayor medida que aquellas que no han sido mutiladas.

Consecuencias para las mujeres y hombres

Las consecuencias de la MGF son complejas y afectan a diferentes esferas de la vida de las mujeres y hombres (OMS, 2008, 2016, 2018a-b; MSSSI, 2015; Kaplan Marcusán et al., 2017; Berg et al., 2014; lavazzi et al., 2013; RCOG, 2015; Klein et al., 2018 y Almroth et al., 2001). Si bien las consecuencias para la salud de las mujeres parecen ser las más predominantes, las consecuencias socioeconómicas y aquellas que afectan a los hombres también fueron nombradas por las y los entrevistados. No obstante, si a nivel global observamos que mientras la mayoría de las y los entrevistados refieren que la práctica no tiene ningún beneficio y que existen múltiples consecuencias negativas para las mujeres y hombres, a nivel individual pocas han sido las entrevistadas que han referido poseer un problema real a consecuencia de esta práctica.

Otros estudios similares evidencian la falta de autoconciencia sobre las consecuencias para la salud por parte de las mujeres que han sido sometidas a la MGF (Reig-Alcaraz, 2017; Jacobson, 2018). Particularmente destacamos de las mujeres procedentes de Somalia, y en línea con Jacobson et. al. (2018), Bulman y McCourt (2002) y Moxey y Jones (2016), el sentimiento de “es lo normal” y el “yo soy normal”. Para ellas, la MGF es un rito que deben pasar todas las niñas, el cual esperan con deseo para poder asemejarse a sus iguales, y gracias al cual serán consideradas mujeres en su comunidad. No existe otra forma de ser mujer, otra forma de experimentar las relaciones sexuales, la maternidad, etc. No perciben esa necesidad de búsqueda de apoyo, ayuda o asistencia ante un problema, ya que lo consideran como algo intrínseco a la naturaleza de la mujer. Además, la desinformación, la falta de educación y la falta de información sobre su propia salud acentúan esta situación, lo cual justificaría que aquellas mujeres con un mayor nivel de instrucción defiendan en mayor medida el abandono de la práctica (UNICEF, 2005a).

De las consecuencias para la salud de las mujeres descritas en nuestro estudio destacan tanto **consecuencias y complicaciones obstétrico-ginecológicas** como la hemorragia postparto, los desgarros perineales, la finalización del parto mediante cesárea, la infertilidad, el riesgo de infección y la dismenorrea; las **complicaciones genitourinarias** como las infecciones del tracto urinario y la disuria; **consecuencias sobre la sexualidad**, y principalmente, dispareunia, disminución o ausencia del deseo erótico, disminución de la calidad de las relaciones sexuales y la anorgasmia; **consecuencias psicológicas** como la pérdida de autoestima, sentimientos de humillación, miedo al rechazo social y a la deshonra de la familia y la disfunción sexual. La muerte, como máxima complicación y consecuencia de la MGF también fue referida por varias de las participantes.

En cuanto a las consecuencias para los hombres, se detalla la búsqueda de placer fuera de la pareja, el miedo a causar dolor en la pareja con la penetración o las relaciones sexuales insatisfactorias.

No hay duda de que todos estos factores, asociados a la práctica de la MGF perjudican gravemente a la salud, ponen en riesgo la supervivencia de mujeres y niñas, afectan a su salud psicosexual y reproductiva y perpetúan las desigualdades y discriminaciones por motivos de género.

Actitudes hacia la MGF

Prácticamente todos los entrevistados refirieron estar en contra de la MGF y sólo uno de ellos nos contó la experiencia de una persona cercana que sí que estaba a favor de la MGF. Los motivos para el abandono de la práctica fundamentalmente fueron las consecuencias para la salud de las niñas y las mujeres y las consecuencias penales si la MGF es llevada a cabo, ya que mayoritariamente las y los participantes conocían la legislación vigente en Reino Unido y España, así como la propia de sus países de origen. Este hecho coincide con las estadísticas nacionales de los diferentes países, en donde, mayoritariamente existe una tendencia positiva hacia el abandono de la práctica.

En Burkina Faso, el 90% de las mujeres cree que la práctica debería erradicarse (EDS, 2010). En Camerún más el 84% de las mujeres y el 85% de los hombres creen en la abolición de la práctica (EDS, 2004). En Senegal, la mayoría de los hombres y mujeres, 78% y 80% respectivamente, están a favor del abandono de la práctica (EDS, 2015). En Somalia, a pesar de su alta tasa de prevalencia de MGF, la cifra pro-abandono de la práctica también es similar al resto de países (69%) (MICS, 2011). En Nigeria, esta cifra es algo inferior, pero el 67% de las mujeres creen que la MGF no debería continuar (DHS, 2018).

Sin embargo, en Mali encontramos que el 76% de las mujeres y el 74% de los hombres abogan todavía hoy en día por la continuidad de la práctica (EDS, 2018). Este hecho significativo puede verse acrecentado en tanto que Mali, junto con Liberia y Sierra Leona, es uno de los países de África Occidental que todavía no cuenta con una legislación que prohíba la práctica de la MGF, debido en gran parte a que, en un país donde más de tres cuartas partes de la población creen que la práctica debería continuar, los intentos de prohibir la MGF han encontrado una fuerte oposición (Equalty Now, 2019).

Estas investigaciones también indican que las hijas de madres más instruidas tienen menos probabilidad de ser sometidas a MGF, existiendo la tendencia de a mayor nivel de

instrucción mayor convicción hacia el abandono (EDS, 2004; DHS, 2018; DHS, 2015). Según UNICEF (2005a) este efecto protector de la educación también se ha observado en otras formas de violencia contra la mujer aunque sin embargo, no se ha encontrado esa relación en todos los países y en algunos casos la asociación es negativa (UNFPA, 2008). Un ejemplo de esto, es en Mali donde el porcentaje de niñas infibuladas tiende a aumentar con el nivel de educación de la madre (EDS, 2018).

También parece ser que las mujeres de las zonas urbanas tienden a defender el abandono de la práctica más que aquellas de áreas rurales (EDS, 2004; MICS, 2011; DHS, 2018).

Percepción de la atención institucional percibida por las participantes y áreas de mejora

La experiencia sobre la atención institucional percibida por las diferentes mujeres y hombres entrevistados es variable, no obstante, observamos claras diferencias entre aquellas residentes en Reino Unido y aquellas entrevistadas en la ciudad de Valencia.

En Valencia, a pesar del incremento de las políticas regulatorias sobre formación y sensibilización en la Comunidad Valenciana existe una visión unánime acerca de la falta de conocimientos por parte de los profesionales de la salud fundamentalmente, lo cual refuerza los resultados obtenidos tras la valoración de los conocimientos, actitudes y prácticas de los diferentes profesionales en relación a la MGF tanto en nuestra investigación como en otras realizadas a nivel regional (Kaplan, 2009; García y Sánchez, 2013, Ruiz, 2015; Pastor, 2014; Médicos del Mundo 2012, 2014; Pastor-Bravo, Almansa-Martínez y Kimenez-Ruiz, 2018). Durante el proceso de la gestación ninguna de las mujeres refirió haber sido preguntada acerca de la MGF y siempre que hubo una detección fue un hallazgo casual durante una exploración ginecológica o en el momento del parto. Además, las entrevistadas relatan cómo los gestos faciales y algunos comentarios verbales de los profesionales que las atendieron denotaban un desconocimiento importante en relación a la modificación de sus órganos genitales externos. Por otro lado, cuando ellas demandaron información sobre Cirugía Reconstructiva, encontraron fuertes dificultades hasta localizar la ruta de derivación adecuada.

Por otro lado, las mujeres residentes en Reino Unido hicieron hincapié en el alto nivel de conocimiento por parte de los profesionales que trabajan en el servicio público de salud, encontrando sin embargo discriminación en la atención recibida en cuanto estereotipos y racismo por parte del personal del servicio de salud, y la falta de comprensión por parte del personal de las diferencias culturales, percibiendo la preocupación por parte de los

profesionales de la salud en relación con la MGF como desproporcionada. Las mujeres percibieron una actitud culpabilizadora e incluso amenazante en relación a la continuidad de la práctica en las futuras recién nacidas, sin ni siquiera haber explorado la intención materna en relación a la continuidad o al abandono de la práctica. En este sentido, las experiencias de las mujeres migrantes recogidas por Scamell y Ghumman (2019) y Turkmani, Homer y Dawson (2018) en diferentes revisiones cualitativas sobre los servicios de atención a la maternidad en países con alto ingreso de población procedente de países afectados de MGF sugieren una preocupante ausencia de sensibilidad y cuidado empático. Estas mujeres vulnerables, que pueden poseer unas necesidades complejas, necesitan ser cuidadas y tratadas de forma multidisciplinar, con dignidad y respeto.

Aunque se trata de un tema complejo de abordar, ya que detrás de la MGF hay implicaciones legales, sociales y de tradición, todos los profesionales implicados, deben poder hablar sobre la MGF para detectarla, ofrecer consejo, apoyo o prevención. Cuando se habla sobre la MGF con las familias o las menores, los profesionales debemos evitar utilizar lenguaje estigmatizador. Así pues, tal y como sugiere La Red Europea contra la Mutilación Genital Femenina (End FGM EU, 2016) debemos referirnos a las mujeres y a la niñas que han sido sometidas a la MGF como supervivientes y no como víctimas, sin perjuicio de aquellas mujeres que prefieran la segunda terminología.

Una persona superviviente es aquella que ha sido sometida a un tipo de violencia y está viviendo con las consecuencias mentales y físicas que ello conlleva en su vida, por lo que utilizando este término se refuerza la capacidad de resistencia de la mujer o de la niña como un elemento empoderador y de superación. Otras mujeres, sin embargo, pueden preferir el término víctima, y ésta también podría considerarse una palabra empoderadora en tanto que demuestra que la violencia a la que fueron sometidas no se ha pasado por alto y no se olvida.

Se debe promover el uso de un lenguaje empoderante y no estigmatizador, por parte de todos los profesionales, de la comunidad en general, y especialmente de los medios de comunicación. Además, debe evitarse la objetivación de las supervivientes como víctimas pasivas, así como el uso de detalles gráficos cuando sea posible, comentarios degradantes, imprecisos e impulsivos, como “tradición atroz”, “bárbara”, “salvaje”, “carnicera”, etc., ya que puede alienar a las comunidades afectadas y socavar los esfuerzos encaminados a apoyar y empoderar a sus miembros a hablar en contra de la MGF.

Por otro lado, los profesionales debemos realizar una aproximación al tema de manera cautelosa y sensible; no se deben hacer suposiciones ni juzgar, y debemos tratar de crear

oportunidades para que la menor o la mujer se sinceren en un ambiente agradable y seguro respetando los silencios y ejerciendo una escucha de manera activa.

IMPLICACIONES Y CONTRIBUCIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación recoge los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales sociosanitarios, educadores y cuerpos y fuerzas de seguridad en relación a la MGF en un área de la ciudad de Valencia. Además, recoge las experiencias de mujeres y hombres residentes en la ciudad que proceden de países afectados de MGF o que han tenido un contacto cercano con la problemática de la MGF, posibilitándonos entender la MGF desde una perspectiva del lugar de origen, así como conocer las consecuencias de la misma, los factores facilitadores y de mantenimiento, los factores obstaculizadores, las actitudes, y las experiencias con los diferentes actores institucionales implicados en la ciudad de Valencia.

Particularmente no se han encontrado en nuestro medio, estudios que exploren los conocimientos, actitudes y prácticas en educadores y cuerpos de seguridad, sirviendo este estudio como punto de partida en estos colectivos para la concienciación y la sensibilización sobre la importancia de la problemática de la MGF y la realidad de la misma en la ciudad de Valencia. Este estudio refuerza la necesidad de trabajar de forma conjunta y coordinada desde los diferentes ámbitos sociales para el abordaje de la MGF.

Los resultados obtenidos en el presente estudio pretenden contribuir al desarrollo de los conocimientos de los y las profesionales sanitarios, así como al resto de actores implicados (servicios sociales, educación y justicia), en la prevención, detección y abordaje de la MGF en nuestro medio.

Además, dentro del área de la atención primaria, este estudio puede contribuir a visibilizar y dar a conocer la tan desconocida MGF entre las profesiones sanitarias, facilitando la construcción de estrategias de prevención, detección y abordaje basadas en un modelo integral centrado en las persona y en la protección de los derechos humanos, integrando la perspectiva de género, y favoreciendo, por ende, el acercamiento al objetivo final de la erradicación de las prácticas perjudiciales como la MGF.

En este sentido, durante la fase de recogida de datos de los diferentes grupos profesionales, una vez cumplimentadas las diferentes encuestas de aquellos profesionales que decidieron participar, se realizaron diferentes debates, coloquios y charlas informativas donde se introdujo el tema de la MGF, abordando aspectos conceptuales, tipología, países y razones por las que se realiza, indicadores de riesgo y situación en la Comunidad Valenciana, así como introducción al Protocolo de Actuación frente a la MGF de reciente creación por la Consellería de Sanitat de la Comunidad Valenciana.

Además, los resultados del presente estudio ya han sido parcialmente divulgados, mediante publicación en revistas científicas (**anexo 9**). El resto de resultados serán publicados próximamente.

IMPLICACIONES PARA LA DISCIPLINA ENFERMERA

La generación de nuevo conocimiento a través de la investigación, el conocimiento de los resultados de la investigación a través de la difusión de los mismos, y la utilización del mejor conocimiento disponible para la práctica clínica son aspectos fundamentales para el desarrollo de la disciplina enfermera. Los hallazgos de este estudio pueden:

- Contribuir al desarrollo del conocimiento de la disciplina enfermera, aportando una visión amplia y holística, que facilite el acercamiento de los y las profesionales a la realidad existente entorno a la práctica de la MGF.
- Servir de base para que las enfermeras y enfermeros pueda formular estrategias encaminadas a fortalecer el manejo y afrontamiento de situaciones relacionadas con la MGF, desde una perspectiva integral y de género.
- Contribuir al desarrollo de estrategias, herramientas e instrumentos para la prevención, detección y manejo de la MGF.

LIMITACIONES, FORTALEZAS Y FUTURAS LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN

Fase 1: Describir los conocimientos, las actitudes y las prácticas de los profesionales de la salud, la educación y los cuerpos de seguridad en relación a la MGF.

Durante el proceso previo de revisión bibliográfica no se han encontrado estudios relacionados con la MGF y su detección, prevención, conocimientos, actitudes y prácticas en los grupos de profesionales de la educación y de los cuerpos y fuerzas de seguridad. Esto es una de las principales fortalezas del estudio, pero también ha significado una limitación en tanto que ha imposibilitado el contraste de los resultados de nuestra investigación con los resultados en otros contextos similares. No obstante, como aspecto positivo, este estudio puede servir como punto de partida para futuras investigaciones en estos colectivos, que ayuden a la concienciación y la sensibilización sobre la importancia de la problemática de la MGF y la realidad de la misma en la ciudad de Valencia.

Otra de las limitaciones del estudio fue la no disponibilidad de un listado de profesionales del Departamento Clínico-Malvarrosa así como del resto de profesionales incluidos en el estudio previamente al cálculo del tamaño muestral, lo cual hubiese favorecido la aleatorización de la muestra mejorando la validez interna de los resultados. A parte, para evitar el sesgo de selección, se intentó optimizar la tasa de participación y de respuesta distribuyendo las encuestas personalmente y, en cuanto al sesgo de confusión, este se intentó controlar mediante análisis multivariante de los datos.

El estudio se realiza sobre un territorio concreto de la ciudad de Valencia y aunque podemos pensar que la situación es extrapolable al resto de la Comunidad, debido a su heterogeneidad poblacional, habría que confirmarlo en estudios posteriores. Seguir recopilando datos útiles es crucial para orientar las políticas públicas y programas, como parte esencial de los esfuerzos dirigidos a erradicar la MGF.

Fase 2: Conocer las experiencias y conocimientos en relación con la práctica de la MGF de mujeres y hombres procedentes de países donde esta práctica es realizada.

En primer lugar, cabe partir de que, en la investigación cualitativa los investigadores se involucran estrechamente con el proceso de investigación y los participantes y, por lo tanto, no pueden evitar completamente el sesgo personal. Así pues, dando a conocer y aclarando nuestra ocupación, género, experiencia y capacitación, mejora la credibilidad de los hallazgos dando a

los lectores la capacidad de evaluar cómo estos factores podrían haber influido en las observaciones e interpretaciones de los/as investigadores/as (Tong, Sainsbury y Craig, 2007).

Una de las mayores limitaciones encontradas en la fase del diseño fenomenológico fue la búsqueda de los participantes del estudio. Al utilizar el muestro en “bola de nieve” uno de los posibles sesgos pudo ser la sobrerrepresentación o el sobremuestreo de una red de pares. Es decir, determinados sujetos, que sean reconocidos y tengan protagonismo en la población definida acaben siendo referidos en diferentes ocasiones (Atkinson y Flint, 2001). Además, otro fenómeno recurrente en estos casos puede ser que, individuos que comparten actividades económicas o sociales y que presentan características semejantes acaben teniendo una representación mayor en la muestra (Voicu & Babonea, 2011). Además, en este muestreo los participantes pueden dudar a la hora de proporcionar nombres de otras personas que han sufrido MGF, y en ocasiones, pedirlo ha podido plantear problemas éticos en las participantes.

Por otro lado, a utilización de un diseño cualitativo integrado en el estudio nos ha ayudado a profundizar en las perspectivas tanto de los hombres y mujeres, que han sido sometidas a la MGF o no, en relación con esta práctica. Así bien, por ejemplo, el uso de un grupo focal con un grupo homogéneo de mujeres, ha facilitado un discurso interactivo más rico que nos ha ayudado a explorar varios aspectos sobre la MGF en un contexto de mujeres muy vulnerables. Además, y en línea con Toner (2009), los grupos pequeños son beneficiosos ya que resaltan las emociones y dan a los participantes más espacio para expresarse.

No obstante, debido a que la naturaleza del tema puede ser muy sensible, es posible que alguna de las entrevistadas no haya sido capaz de expresar sus sentimientos y experiencias con total espontaneidad y libertad. También se ha considerado que las participantes no dijeran completamente la verdad en algunos de los aspectos tratados, ya que, entre otras cosas, la MGF es una práctica perjudicial penada tanto de Reino Unido como en España.

Buscando la minimización de estos sesgos evitamos presentarnos y ser identificados como representantes de una institución y se utilizaron múltiples bolas de nieve, a partir de diferentes informadores clave. Obteniendo diferentes puntos de partida se intentó expandir el alcance de la investigación más allá de una sola red.

Otra limitación encontrada fue la barrera idiomática a la hora de mantener las conversaciones y realizar las entrevistas en alguno de los casos. Se recurrió a otros informantes como apoyo para la traducción y siempre con consentimiento de ambas partes, lo cual también pudo influir en el discurso de las participantes. No obstante, en nuestra experiencia, esta situación ha resultado positiva y constructiva, en tanto que de los diálogos puntuales y los gestos

y lenguaje no verbal emitido se han adquirido conocimientos que han ayudado a comprender el alcance de esta práctica.

Finalmente, se consideró también como potencial limitación la posible influencia de la investigadora a lo largo del desarrollo de las entrevistas en cuanto al manejo de las mismas, debido a su conocimiento previo sobre la temática. En este sentido, se recurrió a la triangulación de los resultados con una de las participantes y con otros métodos de recogida de datos.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Tras el análisis y discusión de los resultados obtenidos, pasamos a enunciar las principales conclusiones que tratan de dar respuesta a las preguntas planteadas a través de los objetivos descritos al inicio de nuestra investigación. Así pues, en cuanto a los objetivos enunciados en relación a los profesionales, podemos concluir:

Este estudio demuestra que el problema de la MGF está presente en la población que reside en nuestra región. Sin embargo, los y las profesionales, tanto sociosanitarios/as, educadores/as y cuerpos y fuerzas de seguridad, muestran una profunda falta de conocimiento sobre el concepto, la tipología y los países de prevalencia de MGF, lo cual sugiere, sumado al hecho de que más de un tercio de los encuestados admite atender a la población en riesgo, que puede haber un infradiagnóstico de la MGF en nuestro medio.

Los profesionales también sobreestiman su grado de conocimiento y menos de una cuarta parte de los encuestados identifican correctamente en la tipología de la MGF (casi la mitad de los profesionales sociosanitarios consideraron que la MGF consistía únicamente en la extirpación del clítoris) y menos de una décima parte de ellos reconocieron correctamente las áreas donde se realiza la MGF, siendo los profesionales de los CCyFFSS aquellos que mostraron significativamente un mayor conocimiento en este sentido. Este resultado va en relación con la formación recibida, pues sólo un 12% de los profesionales encuestados respondieron haber recibido formación, siendo el grupo de profesionales sociosanitarios aquel con mayor formación, seguido de los CCyFFSS y del colectivo de profesionales de la educación, en último lugar.

Principalmente, los profesionales asocian la MGF con la tradición y la religión conjuntamente o únicamente con la tradición sin incluir las razones religiosas, observando una relación entre la edad de los profesionales y la asociación errónea de la MGF a la religión. Así pues, la creencia de que la MGF se debe a razones religiosas es más frecuente entre los profesionales del grupo más joven, mientras que la tradición y costumbre como motivo de la realización de esta práctica es mayor entre el grupo de profesionales mayores de 50 años.

En cuanto al conocimiento de la legislación vigente, menos de un tercio del total de los profesionales encuestados identifican correctamente la legislación vigente en España, encontrando una vez más una asociación positiva entre los CCyFFSS y el conocimiento legislativo.

La detección de casos se realiza principalmente por profesionales sociosanitarios, menores de 35 años del área materno-infantil (matronas, pediatría y ginecología), seguido por

trabajadores sociales. Las matronas son el único colectivo que contestó haber encontrado más de un caso de MGF. Las matronas, además, es el colectivo que mejor identifica los tipos de MGF y los países donde se realiza la práctica, mejor detecta los casos en riesgo y aquel que conoce en mayor medida la existencia de diferentes protocolos de actuación.

La actuación llevada a cabo por los y las profesionales ante la detección de estos casos es principalmente coordinarse con otros profesionales, abordar el tema en la consulta y realizar prevención en las hijas, en el caso de la detección en mayores de 18 años; y, coordinación con otros profesionales y control con pediatría en el caso de la detección de la MGF en niñas menores de edad. En ningún caso los profesionales decidieron denunciar y poner el caso en conocimiento del juzgado.

Si bien una cuarta parte de los profesionales refiere atender a población en riesgo, el resto de profesionales considera no haber detectado casos en riesgo por no atender a población en riesgo o debido a que el marco de su actividad laboral no procede preguntar en relación a la MGF. Se encuentra asociación entre los diferentes colectivos profesionales encuestados y las razones por las que se cree que no se han detectado casos de niñas y mujeres afectas de MGF.

Por un lado, casi un 20% de los profesionales de la salud y de los profesionales de la educación refiere no atender a población en riesgo, frente al sólo el 3% de los cuerpos y fuerzas de seguridad. Por otro lado, más de un 30% del colectivo docente respondió no haber detectado casos de MGF debido a que en el marco de su actividad profesional no procedía preguntarlo, frente al 7% obtenido tanto en el grupo de profesionales sanitarios como de cuerpos y fuerzas de seguridad.

En cuanto a la detección de casos en riesgo, sólo un 35% de los y las encuestados/as identifica correctamente los indicadores de riesgo de MGF, siendo también el colectivo de CCyFFSS aquel con un mayor conocimiento en comparación con los otros dos colectivos encuestados. El colectivo de CCyFFSS aunque no habían detectado ningún caso de mujer o niña afecta por la MGF, saben, en más de la mitad de los casos, identificar correctamente los indicadores de riesgo, observando también una tendencia positiva del grupo más joven. En el colectivo docente, las y los maestros más jóvenes identifican los casos de riesgo en mayor medida que los grupos de mayor edad.

Entre las medidas propuestas por los profesionales sociosanitarios para evitar la MGF en España, las medidas de control y supervisión de las menores son propuestas mayormente en los grupos de mayor edad y las medidas de condena y denuncia en el grupo más joven. Formar

y sensibilizar como actuaciones prioritarias obtienen resultados más uniformes entre los diferentes grupos de edad y por sexo.

Finalmente, únicamente el 5% del total de los y las profesionales encuestados/as admite conocer algún protocolo de actuación, siendo el colectivo docente aquel con significativamente un menor conocimiento al respecto. Dentro del colectivo sociosanitario, las matronas, pediatras y trabajadores sociales son los colectivos más conscientes de tales protocolos.

Este estudio revela por tanto, que los profesionales de la salud, los educadores y los organismos de seguridad muestran una profunda falta de conocimiento sobre el concepto, la tipología y los países de prevalencia de la MGF. Los hallazgos también encontraron una profunda preocupación de que muchos profesionales de primera línea no reconocen los indicadores para detectar cuándo una niña está en riesgo o si se sometió a la MGF, e incluso cuando reconocen los signos, no saben cómo responder. La sensibilización, la formación de profesionales y el desarrollo de estrategias de acción de múltiples agencias es vital para abordar la MGF en España.

En cuanto a los objetivos enunciados en relación con la población de origen podemos concluir:

La MGF es llevada a cabo principalmente por mujeres de edad avanzada que cobran por la realización de la misma, aunque aquellas mujeres procedentes de Somalia que residen en Reino Unido y una de las participantes procedente de Mali refirieron haber sido sometidas a la MGF por un profesional sanitario cualificado.

La MGF fue llevada a cabo en la infancia y antes de la adolescencia en todas las mujeres entrevistadas en sus respectivos países de origen, a excepción de una de las participantes a la que se le sometió a la MGF en Italia. No obstante, a pesar de conocer la existencia de la MGF en su zona de origen, etnia o comunidad, más de la mitad de las participantes no sabe identificar qué tipo de MGF se le ha sido practicada. La MGF para la mayoría de las entrevistadas es algo por lo que debes pasar y de lo que no se habla.

Existen discrepancias en cuanto a la implicación del hombre en la toma de decisiones sobre la MGF. Si bien la mayoría de las participantes relatan que la MGF es algo de mujeres, y ellas son las únicas involucradas en la toma de decisiones sobre cuándo, cómo y dónde esta se va a llevar a cabo, otras de las entrevistadas nos trasladan la visión de cómo el dominio masculino encubierto y otros factores como el sentimiento de pertenencia al grupo, la comparación entre iguales o el miedo al rechazo le confieren complejidad al sistema de mantenimiento y perpetuación de esta práctica tradicional perjudicial.

Así pues, la justificación de la práctica se basa en un modelo multifactorial, donde los factores socioculturales y económicos, los factores sexuales, los factores higiénico-estéticos y los factores religiosos-espirituales cobran un mayor protagonismo dentro del análisis de las entrevistas realizadas.

Las principales consecuencias para la salud de las mujeres fueron las complicaciones genitourinarias, las complicaciones obstétrico-ginecológicas, las consecuencias sobre la sexualidad y las consecuencias psicológicas. No obstante, se percibe un gran desconocimiento y falta de autoconciencia en relación con las consecuencias para la salud en las mujeres entrevistadas, ya que para ellas es algo “normal” y las consideran algo intrínseco a la naturaleza de la mujer.

En cuanto a las actitudes frente a la MGF, prácticamente por unanimidad las y los participantes coinciden en abogar por el abandono y la erradicación de esta práctica tradicional perjudicial.

Las y los participantes detectan también, en línea con los resultados hallados en la primera fase del estudio, un importante desconocimiento por parte de los diferentes profesionales en relación con la MGF. Sin embargo, existe una diferencia entre los relatos obtenidos en Londres y los obtenidos de mujeres que recibieron atención sanitaria en Valencia, hallando una red estructurada de recursos para la detección de la MGF durante la gestación y previamente a ella en las mujeres que son atendidas en un servicio de la capital británica.

Para evitar la estigmatización de las diferentes culturas y colectivos se debe trabajar siempre desde el respeto por sus culturas y sus prácticas rituales, siendo esto totalmente compatible con mostrar un frontal rechazo a la MGF. Además, para garantizar un enfoque multidisciplinar, transcultural y respetuoso en el abordaje de la MGF en nuestra comunidad, es necesario dar a conocer el problema de la MGF a la población en general y a los diferentes profesionales de los servicios públicos, aumentando su conocimiento sobre esta práctica, centrando el foco en la importancia de la prevención y detección temprana de casos en riesgo de MGF.

Es deber del profesional de la salud, así como del resto de colectivos involucrados en la prevención y detección de la MGF, es reconocer esta situación y seguir los protocolos correctos de acción para referir a estas mujeres y sus familias a los servicios y profesionales más adecuados que se ajustan a sus necesidades, asegurando así un cuidado multidisciplinario, positivo y transcultural en estas familias. Los y las profesionales deben abordar y tratar los problemas de

salud causados por la MGF, no solo en términos de salud física, sino también problemas obstétricos, psicológicos y sexuales.

Los y las profesionales de la salud deben proporcionar educación sanitaria sobre planificación familiar durante el embarazo y los procesos de parto, así como explicar las opciones para la reconstrucción del clítoris. Asimismo, deben ser informados de las consecuencias para la salud que la MGF puede causar en la descendencia femenina de este sector de la población, ya que algunas mujeres no asocian sus problemas de salud a largo plazo con la mutilación de sus genitales.

Por otro lado, apoyar el cambio hacia la erradicación de la MGF y el resto de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales es una responsabilidad de las instituciones del país de acogida hacia las personas migradas. Las personas entrevistadas solicitan explícitamente campañas de sensibilización dirigidas a las familias, tanto aquí como en sus países de procedencia.

Las políticas de salud deben enfocarse a reducir los déficits en salud que sufren las mujeres migrantes que han sobrevivido a la MGF y sus familias, mediante la implementación de recursos específicos y la capacitación de profesionales de la salud que puedan responder a sus necesidades de salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abathun, A. D., Sundby, J. y Gele, A. A. (2016). Attitude toward female genital mutilation among Somali and Harari people, Eastern Ethiopia. *International Journal of Women's Health*, 8, 557-69. doi: 10.2147/IJWH.S112226
- Adam Muñoz, M. D. (2003). *La mutilación genital femenina y sus posibles soluciones desde la perspectiva del Derecho Internacional Privado*. Córdoba: Universidad de Córdoba, Instituto Andaluz de la Mujer.
- Adam, T., Bathija, H., Bishai, D. M., Bonnenfant, Y. T., Darwish, M., Huntington, D. y Johansen, E. (2010). Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries. *Bulletin of the World Health Organization*, 88(4), 281-288. doi: 10.2471/BLT.09.064808
- Adams, K. M., Gardiner, L. D. y Assefi, N. (2004). Healthcare challenges from the developing world: post-immigration refugee medicine. *BMJ* 328(7455), 1548-52. doi: 10.1136/bmj.328.7455.1548
- Adeniran, A., Fawole, A., Balogun, O., Ijaiya, M., Adesina, K. y Adeniran, I. (2015). Female genital mutilation/cutting: Knowledge, practice and experiences of secondary school teachers in North Central Nigeria. *South African Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 21(2), 39-43. doi: 10.7196/sajog.1047
- Agence Nationale de la Statistique et de la Démographie [ANSD][Sénégal] et ICF (2016). *Sénégal: Enquête Démographique et de Santé Continue (EDS-Continue 2015)*. Rockville, Maryland, USA: ANSD et ICF. Recuperado de: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR320/FR320.pdf>
- Ahmady, K. (2015). *A comprehensive research study on Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in Iran*. Recuperado de: <http://kameelahmady.com/wp-content/uploads/Kameel%20-%20EN%20Final.pdf>
- Ahmed, H. M., Shabu, S. A. y Shabila, N. P. (2019). A qualitative assessment of women's perspectives and experience of female genital mutilation in Iraqi Kurdistan Region. *BMC Women's Health* 19(66). doi: 10.1186/s12905-019-0765-7
- Al Hinai, H. (2014). *Female Genital Mutilation in the Sultanate of Oman*. Recuperado de: <http://www.stopfgmmideast.org/wp-content/uploads/2014/01/habiba-al-hinai-female-genital-mutilation-in-the-sultanate-of-oman1.pdf>
- Almroth, L., Almroth-Berggren, V., Hassanein, O. M., Al-Said, S. S., Hasan, S. S., Lithell, U. B. y Bergström, S. (2001). Male complications of female genital mutilation. *Social Science & Medicine*, 53(11), 1455-60. doi: 10.1016/s0277-9536(00)00428-7
- Arias, M. M. (2000). *La triangulación metodológica: sus principios, alcances y limitaciones*. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5331864>

- Atkinson, R. y Flint, J. (2001). Accessing hidden and hard-to-reach populations: Snowball research strategies. *Social Research Update*, 33. Recuperado de: <http://sru.soc.surrey.ac.uk/SRU33.html>
- Baillot, H., Murray, N., Connelly, E. y Howard, N. (2018). Addressing female genital mutilation in Europe: a scoping review of approaches to participation, prevention, protection and provision of services. *International Journal for Equity in Health* 17(1), 21. doi: 10.1186/s12939-017-0713-9
- Ballesteros-Meseguer, C., Almansa-Martínez, P., Pastor Bravo, M. D. M. y Jiménez-Ruiz, I. (2014). La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la Región de Murcia. *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 287–291. doi: 10.1016/j.gaceta.2014.02.006
- Bedoya, M. H. y Kaplan, A. (2004). Las mutilaciones genitales femeninas en España: una visión antropológica, demográfica y jurídica. En de Lucas, J. y García Anón, J. (Ed.) *Evaluating the impact of existing legislation in Europe with regard to FGM*. Spanish Report, Universitat de Valencia. Recuperado de: https://mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/MGF-Aprox.interdiscipl.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%
- Berenguera, A., Fernández de Sanmamed, M. J., Pons, M., Pujol, E., Rodríguez, D. y Saura, S. (2014). *Escuchar, observar y comprender. Recuperando la narrativa en las Ciencias de la Salud. Aportaciones de la investigación cualitativa*. Barcelona: Institut Universitari d'Investigació en Atenció Primària Jordi Gol (IDIAP J. Gol).
- Berg, R. C., Taraldsen, S., Said, M. A., Sørbye, I. K. y Vangen, S. (2017). The effectiveness of surgical interventions for women with FGM/C: a systematic review. *BJOG*, 125(3), 278–287. doi: 10.1111/1471-0528.14839
- 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 metaanalysis. *BMJ Open*, 4(11). doi: 10.1136/bmjopen-2014-006316
- Berggren, V., Bergström, S. y Edberg, A. K. (2006). Being different and vulnerable: experiences of immigrant African women who have been circumcised and sought maternity care in Sweden. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(1), 50-57. doi: 10.1177/1043659605281981
- Brannen, J. (1992). Combining qualitative and quantitative approaches: an overview. En Brannen, J. (ed.), *Mixing Methods: Qualitative and Quantitative Research*. Aldershot: Avebury.
- Briggs, L. (2002). Male and Female Viewpoints on Female Circumcision in Ekpeye, Rivers State, Nigeria. *African Journal of Reproductive Health*, 6(3), 44-55. Recuperado de: <http://www.bioline.org.br/pdf?rh02034>

- Bryman, A. (1992). Quantitative and qualitative research: further reflections on their integration. En Brannen, J. (ed.), *Mixing Methods: Qualitative and Quantitative Research*. Aldershot: Avebury.
- Budiharsana, M. (2004). Female circumcision in Indonesia: extent, implications and possible interventions to uphold women's health rights. Research Report. Jakarta: Population Council. doi: 10.31899/rh2.1005
- Bulma, K. H. y McCourt, C. (2002). Somali refugee women's experiences of maternity care in west London: a case study. *Critical Public Health*, 12(4), 365-380. doi: 10.1080/0958159021000029568
- Burns, N. y Grove, S. K. (2012). *Investigación en Enfermería: desarrollo de la práctica enfermera basada en la evidencia*. 5ª ed. Barcelona: Elsevier España.
- Cappa, C. Van Baelen, L. y Leye, E. (2019). The practice of female genital mutilation across the world: Data availability and approaches to measurement. *Global Public Health*, 14(8), 1139-1152. doi: 10.1080/17441692.2019.1571091
- Cappon, S., L'Ecluse, C., Clays, E., Tency, I. y Leye, E. (2015). Female genital mutilation: Knowledge, attitude and practices of Flemish midwives. *Midwifery*, 31(3), 29-35. doi: 10.1016/j.midw.2014.11.012
- Caroppo, E., Almadori, A., Giannuzzi, V., Brogna, P., Diodati, A. y Bria, P. (2014). Health care for immigrant women in Italy: are we really ready? A survey on knowledge about female genital mutilation. *Annali dell'Istituto Superiori di Sanita*, 50(1), 49-53. doi: 10.4415/ANN_14_01_08
- Carrión, F. (2016, agosto 28). Egipto endurece las penas por mutilación genital femenina. *El Mundo*. Recuperado de <http://www.elmundo.es/sociedad/2016/08/28/57c32493ca4741f9108b4570.htm>
- Castillo, E. y Vázquez, M. (2003). El rigor metodológico en la investigación cualitativa. *Revista Colombia Médica*, 34(3), 164-167. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28334309>
- Charkasi, D. (2012). Female circumcisions still haunts Jordanian tribe in Southern Jordan. *Arab West Report*. Recuperado de: <http://www.arabwestreportinfo/en/year-1999/week-2/19-female-circumcision-still-haunts-jordanian-tribe-southern-jordan>
- Consejo de Europa (2011). Convenio sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica (Convenio de Estambul). Estambul, 11.V.2011. Ratificado por España el 11 de abril de 2014. Entra en vigor en España el 1 de agosto de 2014. Recuperado de: <http://www.mujeresenred.net/spip.php?article2275>

- Consejo de Europa (2014). Conclusiones adoptadas. Prevención y lucha contra todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas, incluida la mutilación genital femenina" Archivo pdf. Se abrirá en una ventana nueva. Luxemburgo, junio 2014. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/va/ssi/violenciaGenero/Internacional/Ambito_Internacional/UE/ORGANOS_INSTITUCIONES/Consejo_Europeo/Otras_Violencias/docs/6Conclusiones_Consejo2014_Prevencion_Formas_VCM_MGF.pdf
- Creswell J. W. (2014). *Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*. 4º ed. Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
- Creswell, J. (2005). *Educational research: Planning, conducting, and evaluating quantitative and qualitative research*. Recuperado de: <http://basu.nahad.ir/uploads/creswell.pdf>
- Creswell, J. y Plano Clark, V. (2011). *Designing and conducting mixed methods research*. London: Sage Publications.
- Dahlui, M., Wong, Y. L. y Choo, W. Y. (2012). Female Circumcision (FC) in Malaysia: Medicalization of a religious practice. *International Journal of Behavioral Medicine*, 19(1).
- Daniell, W. F. (1847). On the circumcision of females in West Africa. *Medical gazette of London, England*, 374-378. En Huelsman, B. R. (1976), *An Anthropological View of Clitoral and Other Female Genital Mutilations*. En *The Clitoris*, Lowry, T. P., Snyder Lowry, T. (eds.), Warren H. Green Inc, St Louis, MO, 111–161.
- Dawson, A., Turkmani, S., Fray, S., Nanayakkara, S., Varol, N. y Homer, C. (2015a). Evidence to inform education, training and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: a review of global experience. *Midwifery*, 31(1), 229-38. doi: 10.1016/j.midw.2014.08.012
- Dawson, A., Homer, C. S. E., Turkmani, S., Black, K. y Varol, N. (2015b). A systematic review of doctors' experiences and needs to support the care of women with female genital mutilation. *International journal of gynaecology and obstetrics*, 131(1), 35–40. doi: 10.1016/j.ijgo.2015.04.033
- De la Cuesta-Benjumea, C. (2010). La investigación cualitativa y el desarrollo del conocimiento en enfermería. *Texto Contexto Enfermagem*, 19(4), 762-6. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/714/71416100020.pdf>
- Denniston, C. D., Hodges, F. M. y Milos, M. F. (2001). *Understanding Circumcision: A Multi-Disciplinary Approach to a Multi-Dimensional Problem*. Springer Nature Book Archives Millennium. doi: 10.1007/978-1-4757-3351-8
- Denscombe, M. (1998). *The Good Research Guide for Small-Scale Social Research Projects*. Recuperado de: <http://www.most.gov.et/documents/470456/482061/The+Good+Research+Guide+for+s>

mall-scale+social+research+projects+Second+edition/7ba59cdd-a89f-5837-ed05-3e05f01a4049?version=1.0

- Dorkenoo, E. y Elworthy, S. (1992). *Female genital Mutilation: Proposals for Change*. London: Minority Rights Group International. Recuperado de: <https://minorityrights.org/wp-content/uploads/old-site-downloads/download-869-Download-full-report.pdf>
- Eobianwu, O., Adetunji, A. y Dirisu, O. (2018). Understanding medicalisation of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C): a qualitative study of parents and health workers in Nigeria. *Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive*. New York: Population Council. Recuperado de: https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2018RH_UnderstandingMedFGMC-Nigeria.pdf
- Ep/Levante-Emv.com (2016, febrero 5). *Hay 2.695 niñas en la Comunitat Valenciana en riesgo de sufrir una ablación. Salud Pública elabora un mapa de riesgo y prepara un protocolo ante la mutilación genital femenina*. Recuperado de: <https://www.levante-emv.com/comunitat-valenciana/2016/02/05/hay-2695-ninas-comunitat-valenciana/1375437.html>
- Equality Now (2019). *FGM and The Law Around The World*. Recuperado de: https://www.equalitynow.org/the_law_and_fgm
- European Institute for Gender Equality (2013). *Female genital mutilation in the European Union and Croatia*. Vilnius: EU. Recuperado de: <https://eige.europa.eu/publications/female-genital-mutilation-european-union-report>
- European Institute for Gender Equality (2015). *Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union*. Vilnius: EU. Recuperado de: <https://eige.europa.eu/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-report>
- European Institute for Gender Equality (2016). *Female genital mutilation. Good practices on collecting administrative data on female genital mutilation*. Lithuania: EIGE. Recuperado de: <https://eige.europa.eu/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-report-0>
- Evans, C., Tweheyo, R., McGarry, J., Eldridge, J., Albert, J., Nkoyo, V., et al. (2019). Crossing cultural divides: A qualitative systematic review of factors influencing the provision of healthcare related to female genital mutilation from the perspective of health professionals. *PLoS ONE* 14(3): e0211829. doi: 10.1371/journal.pone.0211829
- Evans, C., Tweheyo, R., McGarry, J., Eldridge, J., McCormick, C., Nkoyo, V. y Higginbottom, G. (2017). What are the experiences of seeking, receiving and providing FGM-related

- healthcare? Perspectives of health professionals and women/girls who have undergone FGM: protocol for a systematic review of qualitative evidence. *BMJ open*, 7(12), e018170. doi: 10.1136/bmjopen-2017-018170
- Falcao, R. (2017). Historicidad de la MGF en las agendas anti-MGF. En Kaplan, A. y Nuño, L. (dirs.) y Thill, M. y Salas, N. (eds.). *Guía multisectorial de Formación Académica obre Mutilación Genital Femenina* (p 33-37). Madrid: Dykinson, S.L. Recuperado de: <https://mapfgm.eu/wp-content/uploads/2017/04/Guia-Castellano.pdf>
- Fernández de Castro, P. y Portal Martínez, E. y Serrano García, J. M. (2018). *La mutilación genital femenina en España: contexto, protección e intervención para su eliminación*. Recuperado de: <https://www.dykinson.com/libros/la-mutilacion-genital-femenina-en-espana/9788491486435/>
- Gallego, M. A. y López, M. I. (2010). Mutilación genital femenina. Revisión y aspectos de interés médico legal. *Cuadernos de Medicina Forense*, 16(3), 145-151. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/cmfv/v16n3/original2.pdf>
- García Aguado, S. y Sánchez López, M.I. (2013). Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la mutilación genital femenina. *Metas de Enfermería*, 16(7), 18-22. Recuperado de: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80488/conocimientos-de-los-profesionales-sanitarios-sobre-la-mutilacion-genital-femenina/>
- García Calvente, M. M. y Mateo Rodríguez, I. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*, 25(3), 181-6. doi: 10.1016/S0212-6567(00)78485-X
- García, M. P. (2016). *Manual de Prevención de la Mutilación Genital Femenina: Buenas Prácticas*. 2ª ed. Madrid: Confederación Nacional Mujeres en Igualdad. Recuperado de: <http://www.mujeresenigualdad.com/index.php>
- Generalitat de Catalunya (2007). *Protocolo de Actuaciones para Prevenir la Mutilación Genital Femenina*. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Recuperado de: http://www.violenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/cataluna_2007.pdf
- Generalitat Valenciana (2016). *Protocol d'actuació sanitària davant la mutilació genital femenina en la Comunitat Valenciana*. Valencia: Conselleria de Sanitat de Sanitat Universal i Salut Pública. Recuperado de: <http://www.san.gva.es/web/igualdad/violencia-genero/mutilacion-genital-femenina>
- Glaser, B. y Strauss, A. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research*. Recuperado de: http://www.sxf.uevora.pt/wp-content/uploads/2013/03/Glaser_1967.pdf

- Gobierno de Aragón (2011). *Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón*. Zaragoza: Gobierno de Aragón. Recuperado de: <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/Protocolo.pdf/c5cebc42-f3e2-bb61-26de-54d7372bd504>
- Gobierno de Navarra (2013). *Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Navarra*. Pamplona: Instituto Navarro para la Familia e Igualdad. Recuperado de: <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/8346E44F-1C60-4850-AAC8-7934034AB5C6/257636/Protocolo25junio1.pdf>
- González-Henao, R. (2011). La ablación genital femenina en comunidades embrerá chamí. *Cuadernos Pagu*, (37), 163-183. Doi: 10.1590/S0104-83332011000200006
- Hernández, R. y Mendoza, C. P. (Noviembre, 2008). *El paradigma mixto*. Documento presentado en el 6to. Congreso de Investigación en Sexología. Villahermosa, Tabasco, México.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, C. y Baptista Lucio, M.d.P. (2014). *Metodología de la Investigación* (6ª Ed.). Recuperado de: <https://dptocomunicacionunsj.files.wordpress.com/2012/10/metodologia-de-la-investigacion-3b3n-sampieri-ultima-edicion.pdf>
- Hess, R. F., Weinland, J. y Saalinger, N. M. (2010). Knowledge of female genital cutting and experience with women who are circumcised: a survey of nurse-midwives in the United States. *Journal of Midwifery Women's Health*, 55(1), 46-54. doi: 10.1016/j.jmwh.2009.01.005
- Hosken, F. P. (1979). *The Hosken Report: Genital and Sexual Mutilation of Females*. Women's International Network News, Lexington, MA.
- Huelsman, B. R. (1976). An anthropological view of clitoral and other female genital mutilations. En: Lowry, T. P. et al. *The clitoris*. St Louis, MO, Warren H. Green Inc. 111-161.
- Husserl, E. (1962). *Ideas relativas a una fenomenología pura y una filosofía fenomenológica*. 2ª ed. México: Fondo de cultura económica. Recuperado de: <https://profesorvargasguillen.files.wordpress.com/2012/11/husserl-edmund-ideas-relativas-a-una-fenomenologia-pura-y-una-filosofia-fenomenologica-ocr.pdf>
- Hwang, S. (2007). Utilizing qualitative data analysis software: A review of ATLAS.ti. *Social Science Computer Review*, 26(4), 519–527. doi: 10.1177/0894439307312485
- Iavazzo, C., Sardi, T. A. & Gkegkes, I. D. (2013). Female genital mutilation and infections: a systematic review of the clinical evidence. *Arch Gynecol Obstet* 287(6), 1137-49. doi: 10.1007/s00404-012-2708-5

- Institut National de la Statistique [INS] [Camerún] et ORC Macro (2004). Enquête Démographique et de Santé (EDS) 2004. Calverton, Maryland, USA: INS et ORC Macro, pp.236–242. Recuperado de: <http://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR163/FR163-CM04.pdf>
- Institut National de la Statistique [INSTAT] [Mali], Cellule de Planification et de Statistique Secteur Santé-Développement Social et Promotion de la Famille [CPS/SS-DS-PF] et ICF (2019). *Enquête Démographique et de Santé (EDS), 2018*. Bamako, Mali et Rockville, Maryland, USA: INSTAT, CPS/SS-DS-PF et ICF. Recuperado de: <https://www.dhsprogram.com/pubs/pdf/FR358/FR358.pdf>
- Institut National de la Statistique et de la Démographie [INSD] [Burkina Faso] and ICF International (2012). Enquête Démographique et de Santé et à Indicateurs Multiples (EDS) 2010. Calverton, Maryland, USA: INSD and ICF International. Recuperado de: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR256/FR256.pdf>
- InterAfrican Committee [IAC] (2005). Declaration: on the Terminology FGM, 6th IAC General Assembly, Bamako 4-7 April, 2005. Recuperado de: https://www.28toomany.org/static/media/uploads/Thematic%20Research%20and%20Resources/Terminology/bamako_declaration_on_the_terminology_fgm__6th_iac_general_assembly_4_-_7_april_2005.pdf
- Jacobson, D., Glazer, E., Mason, R., Duplessis, D., Blom, K., Du Mont, J. y Einstein, G. (2018). The lived experience of female genital cutting (FGC) in Somali-Canadian women's daily lives. *PLoS ONE*, 13(11), e0206886. doi: 10.1371/journal.pone.0206886
- Jager, F., Schulze, S. y Hohlfeld, P. (2002). Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. *Swiss Medical Weekly*, 132(19–20), 259-64. doi: 2002/19/smw-09912
- Jiménez Ruiz, I., Almansa Martínez, P., Pastor Bravo, M. M., y Pina Roche, F. (2012). Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural: Una revisión bibliográfica. *Enfermería Global*, 11(28), 396-410. Recuperado de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-1412012000400022&lng=es&tlng=es.
- Jiménez Ruiz, I., Pastor Bravo, M., Almansa Martínez, P., y Ballesteros Meseguer, C. (2014). Men facing the Ablation/Female Genital Mutilation (A/FGM): Cultural Factors to Support this Tradition. *Procedia-Social and Behavioral Sciences*, 132, 631-638. doi: 10.1016/j.sbspro.2014.04.365
- Jirovsky, E. (2010). Views of women and men in Bobo Dioulasso, Burkina Faso, on three forms of female genital modification. *Reproductive Health Matters*, 18(35), 84-93. doi: 10.1016/S0968-8080(10)35513-3

- Johansen, R., Ziyada, M. M., Shell-Duncan, B., Kaplan, A. M., y Leye, E. (2018). Health sector involvement in the management of female genital mutilation/cutting in 30 countries. *BMC health services research*, 18(1), 240. doi: 10.1186/s12913-018-3033-x
- Johansen, R. E., Mahgoub-Ziyada, M., Shell-Duncan, B., Marcusan-Kaplan, A. y Leye, E. (2018). Health sector involvement in the management of female genital mutilation/cutting in 30 countries. *Health Services Research*, 18(240). doi: 10.1186/s12913-018-3033-x
- Johnsdotter, S. (2012). Projected Cultural Histories of the Cutting of Female Genitalia: A Poor Reflection as in a Mirror. *History and Anthropology*, 23(1), 91–114. doi:10.1080/02757206.2012.649270
- Johnson, R. B. (2006). New directions in mixed methods research [Special issue]. *Research in the Schools*, 13(1). Recuperado de: <http://msera.org/docs/rits-v13n1-complete.pdf>
- Johnson, R. B. (1997). Examining the validity structure of qualitative research. *Education*, 118(2), 282-292. Recuperado de: https://www.researchgate.net/profile/R_Johnson3/publication/246126534_Examining_the_Validity_Structure_of_Qualitative_Research/links/54c2af380cf219bbe4e93a59.pdf
- Johnston, L. y Sabin, K. (2010). Sampling hard-to-reach-populations with respondent driven sampling. *Methodological innovations online*, 5(2), 38-48. Recuperado de: <http://www.methodologicalinnovations.org.uk/wp-content/uploads/2013/11/5.-Johnston-andSabin-English-formatted.pdf>
- Kaplan, A. (1998). *De Senegambia a Cataluña: Procesos de aculturación e integración social*. 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. Madrid. Recuperado de: https://mgf.uab.cat/esp/publicaciones_cient%C3%ADficas.html
- Kaplan, A. (dir.), Aliaga, N. y Salas, N. (coords.) (2017). *Mutilación genital femenina. Manual para profesionales*. Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de: https://mgf.uab.cat/esp/resources_for_professionals/ManualIMGF_2017.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%
- Kaplan, A. (dir.), Salas, N., y Aliaga, N., (coords.) (2017). *Mutilación genital femenina. Manual para profesionales en Andalucía*. 2ª ed. Consejería de Justicia e Interior. Junta de Andalucía. Recuperado de: [https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/publicacion/18/05/Manual%20profesionales%20prevenci%C3%B3n%20MGF\(1\).pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/publicacion/18/05/Manual%20profesionales%20prevenci%C3%B3n%20MGF(1).pdf)
- Kaplan, A. y López Gay, A. (2013). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012*. Antropología Aplicada 2. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Fundación

- Wassu-UAB. Recuperado de:
https://mgf.uab.cat/esp/publicaciones_cient%C3%ADficas.html
- Kaplan, A. y López Gay, A. (2017). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016*. Antropología Aplicada 3. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Fundación Wassu-UAB. Recuperado de:
https://mgf.uab.cat/esp/publicaciones_cient%C3%ADficas.html
- Kaplan, A. y Salas, N. (2017). Introducción a la MG. En Kaplan, A. y Nuño, L. (dirs.) y Thill, M. y Salas, N. (eds.). *Guía multisectorial de Formación Académica sobre Mutilación Genital Femenina*. (p. 29-52). Madrid: Dykinson, S.L. Recuperado de: <https://mapfgm.eu/wp-content/uploads/2017/04/Guia-Castellano.pdf>
- Kaplan, A., Cham, B., Njie, L., Seixas, A., Blanco, S. y Utzet, M. (2013). Female Genital Mutilation/Cutting: The Secret World of Women as Seen by Men. *Obstetrics and Gynecology International*, 643780. doi: 10.1155/2013/643780
- Kaplan, A., Toran, P., Bermúdez, K. y Castany M. J. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria en salud, la educación y los servicios sociales. *Migraciones* 19, 189-217. Recuperado de: <https://pdfs.semanticscholar.org/8dd5/53b81c16972702e97a64ea416c599585e44f.pdf>
- Kaplan-Marcusan, A., Torán-Monserrat, P., Moreno-Navarro, J., Castany Fàbregas, M. J. y Muñoz-Ortiz, L. (2009). Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health Services Research*, 9(11). doi: 10.1186/1472-6963-9-11
- Khalil, A. y Orabi, A. M. (2017). A Community-Based Intervention: Impact of an Educational Program in Exchanging Knowledge, Attitude, and Practices of Female Genital Mutilation (FGM). *Health Care Current Reviews* 5(4). doi: 10.4172/2375-4273.1000209
- Khosla, R., Banerjee, J., Chou, D., Say, L., y Fried, S. T. (2017). Gender equality and human rights approaches to female genital mutilation: a review of international human rights norms and standards. *Reproductive health*, 14(1), 59. doi: 10.1186/s12978-017-0322-5
- Klein, E., Helzner, E., Shayowitz, M., Kohlhoff, S. y Smith-Norowitz, T. A. (2018). Female Genital Mutilation: Health Consequences and Complications-A Short Literature Review. *Obstetrics and Gynecology International*, 7365715. doi: 10.1155/2018/7365715.
- Koukouil, S., Hassan, G. y Guzder, J. (2017). The mothering experience of women with FGM/C raising 'uncut' daughters, in Ivory Coast and in Canada. *Reproductive Health*, 14(51). doi: 10.1186/s12978-017-0309-2
- León-Larios, F. y Casado-Mejía, R. (2014). Conocimientos, actitudes y experiencias profesionales de las matronas de atención primaria de salud de Sevilla sobre mutilación genital

- femenina. *Matronas Profesión*, 15(2), 56-61. Recuperado de: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-mutilacion-genital-femenina.pdf>
- Lewis, R. B. (2004). NVivo 2.0 and ATLAS.ti 5.0: A comparative review of two popular qualitative data-analysis programs. *Field Methods*, 16(4), 439–464. doi: 10.1177/1525822X04269174
- Ley 10/2014, de 29 de diciembre, de Salud de la Comunitat Valenciana, DOGV núm. 7434 (2014).
- Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, relativa a la justicia universal, BOE núm. 63 § 1 (2014).
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, BOE núm. 281 (1995).
- Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros, BOE núm. 234 (2003).
- Leye, E. (2000). *Female Genital Mutilation in Europe: setting a research agenda. Workshop report*. Ghent: International Centre for Reproductive Health.
- Leye, E., Ysebaert, I., Deblonde, J., Claeys, P., Vermeulen, G., Jacquemyn, Y. y Temmerman, M. (2008). Female genital mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *European Journal of Contraceptive & Reproductive Health Care*, 13(2), 182-90. doi: 10.1080/13625180701780957
- Lightfoot-Klein, H. (1989). *Prisoners of ritual: an odyssey into female genital circumcision in Africa*. New York: Harrington Park Press. Recuperado de: <https://archive.org/details/prisonersofritua00ligh/page/26>
- Lincoln, Y. S. y Guba, E. G. (2000). Paradigmatic controversies, contradictions, and emerging confluences. En Denzin N. K. y Lincoln Y. S. (Eds.), *The handbook of qualitative research* (2nd ed., pp. 1065-1122). CA: Sage Publications.
- Lincoln, Y.S. y Guba, E.G. (1985). *Naturalistic Inquiry*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Little, C. M. (2003). Female genital circumcision: medical and cultural considerations. *Journal of Cultural Diversity*, 10(1), 30-4.
- Löfvander, M. y Dyhr, L. (2002). Transcultural general practice in Scandinavia. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 20(1), 6-9. doi: 10.1080/028134302317282662
- López-Roldán, P. y Fachelli, S. (2015). *Metodología de la investigación social cuantitativa*. Recuperado de: https://ddd.uab.cat/pub/caplli/2017/185163/metinvsocua_cap2-4a2017.pdf
- Lucas, B. (2008). Aproximación antropológica a la práctica de la ablación o Mutilación Genital Femenina. *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho*, 17. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3032545>

- Macdarlane, A. y Dorkenoo, E. (2015). *Prevalence of Female Genital Mutilation in England and Wales: National and local estimates*. London: City University London. Recuperado de: https://www.city.ac.uk/__data/assets/pdf_file/0004/282388/FGM-statistics-final-report-21-07-15-released-text.pdf
- Marsata, M. y Razafindratsimab, N. (2010). Survey methods for hard-to-reach populations: introduction to the special issue. *Methodological Innovations Online*, 5(2): 3-16.
- Marzouqi, W. (2011, julio 23). Fatal traditions: female circumcision in the UAE. *The magazine of Dubai*. Recuperado de: <https://www.thenational.ae/lifestyle/fatal-traditions-female-circumcision-in-the-uae-1.429959>
- Médicos del Mundo (2012). *Diagnóstico sobre la situación de la mutilación genital femenina en la Comunidad Autónoma de Madrid*. Recuperado de: https://issuu.com/mdm_madrid/docs/diagnostico_mgf
- Médicos del Mundo (2014). *Diagnóstico sobre Mutilación Genital Femenina en Mallorca*. Recuperado de: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2014_diagnostico_mutilacion_genital_cast_v.final-mdm-es%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/2014_diagnostico_mutilacion_genital_cast_v.final-mdm-es%20(1).pdf)
- Médicos Mundi Andalucía (2008). *Mutilación genital femenina: más que un problema de salud*. Recuperado de: https://www.medicusmundi.es/storage/resources/publications/5836e4fbc9df3_mgf-libro-1-definitivo.pdf
- Mestre i Mestre, R. M. y Johnsdotter, S. (2019). Court cases, cultural expertise, and 'female genital mutilation' in Europe. Special Issue: Cultural Expertise and Socio-Legal Studies. *Studies in Law, Politics, and Society*, 78, 95–113. Recuperado de: https://www.researchgate.net/publication/331404949_Court_cases_cultural_expertise_and_female_genital_mutilation_in_Europe/stats
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad [MSSSI] (2015). *Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.
- Moeed, S. M. y Grover, S. R. (2012). Female genital mutilation/cutting (FGM/C): survey of RANZCOG fellows, diplomates & trainees and FGM/C prevention and education program workers in Australia and New Zealand. *The Australian & New Zealand journal of obstetrics & gynaecology* 52(6), 523–7. doi: 10.1111/j.1479-828X.2012.01476.x.
- Mohammed, G. F., Hassan, M. M. y Eyada, M. M. (2014). Female genital mutilation/cutting: will it continue? *Journal of Sexual Medicine* 11(11), 2756-63. doi: 10.1111/jsm.12655

- Moreno, J. y Castany M. J. (2002). Els professionals sanitaris davant la mutilació genital femenina. Primàrics. Institut Català de la Salut, 14. Recuperado de: <http://www.gencat.net/ics/primarics/14/index.html>
- Morison L., et al. (2001). The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. *Tropical Medicine and International Health*, 6(8), 643-653. doi: 10.1046/j.1365-3156.2001.00749.x
- Moxey, J. M. y Jones, L. L. (2016). A qualitative study exploring how Somali women exposed to female genital mutilation experience and perceive antenatal and intrapartum care in England. *BMJ Open*, 6(1), e009846. doi: 10.1136/bmjopen-2015-009846.
- Mpinga, E. K., Macias, A., Hasselgard-Rowe, J., Kandala, N. B., Félicien, T. K., Verloo, H. y Chastonay, P. (2016). Female genital mutilation: a systematic review of research on its economic and social impacts across four decades. *Global Health Action*, 9, 31489. doi: 10.3402/gha.v9.31489
- Naciones Unidas (1948). *Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer*. Resolución de la Asamblea General 48/104 del 20 de diciembre de 1993. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/violenceagainstwomen.aspx>
- Naciones Unidas (1948). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*. Adoptada proclamada por la Asamblea General en su Resolución 217 A (iii), de 10 de diciembre de 1948. Recuperada de: <https://www.un.org/es/universal-declaration-human-rights/>
- Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer*. Resolución 34/180, de 18 de diciembre de 1979, de la Asamblea General. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/sp/professionalinterest/pages/cedaw.aspx>
- Naciones Unidas (1979). *Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer*. Resolución de la Asamblea General. 34/180, de 18 de diciembre de 1979. Recuperado de: <http://www.inmujer.gob.es/elInstituto/normativa/normativa/docs/convencion.pdf>
- Naciones Unidas (1984). *Convención contra la Tortura y otros Tratos o Penas Cruelles, Inhumanos o Degradantes*. Resolución 39/46, de 10 de diciembre de 1984, de la Asamblea General. Recuperado de: <https://www.ohchr.org/SP/ProfessionalInterest/Pages/CAT.aspx>
- Naciones Unidas (1993). *Declaración y programa de acción de Viena*. Recuperado de: https://www.ohchr.org/Documents/Events/OHCHR20/VDPA_booklet_Spanish.pdf
- Naciones Unidas (1995). *Declaración y Plataforma de Acción de Beijing*. Declaración Política y documentos resultados de Beijing+5. Recuperado de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/Publicaciones/2015/9853.pdf>

- Naciones Unidas (2015). *Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible*. Resolución aprobada por la Asamblea General el 25 de septiembre de 2015. A/RES/70/1, 21 de octubre. Recuperado de: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/gender-equality/>
- Naciones Unidas (2016). *Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina*. Resolución de la Asamblea General 71/168, 19 de diciembre de 2016. Recuperado de: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2017/10981.pdf>
- National Population Commission [NPC] [Nigeria] and ICF (2019). *Demographic and Health Survey (DHS), 2018*. Abuja, Nigeria, and Rockville, Maryland, USA: NPC and ICF. Recuperado de: <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR359/FR359.pdf>
- New South Wales Government (2014). Maternity-Pregnancy and birthing care for women affected by female genital mutilation or cutting guidelines. Clinical Practice Guidelines Portal. Recuperado de: http://www0.health.nsw.gov.au/policies/gl/2014/pdf/GL2014_016.pdf
- Office français de protection des réfugiés et apatrides [OFPRA] (2015). *Sri Lanka: La pratique de l'excision*. Recuperado de: <https://www.refworld.org/docid/57bd69034.html>
- OMS y OPS (2013). *Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Mutilación genital femenina*. Recuperado de: https://www.who.int/reproductivehealth/topics/violence/vaw_series/es/
- ONU: Asamblea General (1989, noviembre, 20). Convención sobre los Derechos del Niño. United Nations, Treaty Series, 1577. Recuperado de: <https://treaties.un.org/doc/Publication/UNTS/Volume%201577/v1577.pdf>
- Pampliega, A. (2014, mayo 12). Mi hija será mutilada porque es una tradición familiar. *El País*. Recuperado de: https://elpais.com/elpais/2014/05/12/planeta_futuro/1399896450_902439.html
- Parlamento Europeo (2001). Resolución del Parlamento Europeo sobre las mutilaciones genitales femeninas (2001/2035(INI)). Recuperado de: <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/ce07720020328es01260133.pdf.es.pdf>
- Pastor Bravo, M. M., Almansa Martínez, P., Ballesteros Meseguer, C. y Pastor Rodríguez, J. D. (2012). Contextualización de la mutilación genital femenina desde enfermería: Análisis videográfico. *Enfermería Global*, 11(25), 426-439. doi: 10.4321/S1695-61412012000100024
- Pastor-Bravo, M. D. M., Almansa-Martínez, P y Jiménez-Ruiz, I (2018). Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and

- the healthcare system in Spain. *Midwifery*, 66, 119-126. doi: 10.1016/j.midw.2018.08.004.
- Pastor Bravo, M. D. M. (2014). *La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina: saberes para la disciplina enfermera* (Tesis doctoral. Universidad de Murcia). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10201/42206>
- Pedraz Marcos, A., Zarco Colón, J., Ramasco Gutiérrez, M. y Palmar Santos, A. M. (2014). Investigación cualitativa. Colección cuidados de salud avanzados. Barcelona: Elsevier España, S.L.
- Petersen, R. y Valdez, A. (2005). Using snowball-based methods in hidden populations to generate a randomized community sample of gang-affiliated adolescents. *Youth violence and juvenile justice*, 3 (2), 151-167. Recuperado de: <http://yvj.sagepub.com/content/3/2/151.refs>
- Purchase, T. C., Lamoudi, M., Colman, S., Allen, S., Latthe, P. y Jolly, K. (2013). A survey on knowledge of female genital mutilation guidelines. *ACTA Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(7), 858–61. doi: 10.1111/aogs.12144
- Red Europea contra la Mutilación Genital Femenina (2016). Posicionamiento de la Red Europea contra la Mutilación Genital Femenina (End FGM EU). Cómo hablar de la MGF. Recuperado de: https://www.endfgm.eu/content/documents/EFG-004-16-position-paper_SP_MDM.pdf
- Refaei, M., Aghababaei, S., Pourreza, A. y Masoumi, S. Z. (2016). Socioeconomic and reproductive health outcomes of female genital mutilation. *Archives of Iranian Medicine*, 19(11), 805-811. Recuperado de: <http://www.ams.ac.ir/AIM/NEWPUB/16/19/11/0011.pdf>
- Reig-Alcaraz, M., Siles-Gonzalez, J. y Solano-Ruiz, C. (2015). A mixed-method synthesis of knowledge, experiences and attitudes of health professionals to female genital mutilation. *Journal of Advanced Nursing*, 72(2), 245-60. doi: 10.1111/jan.12823.
- Reig-Alcaraz, M. (2017). *Actitudes y experiencias de los profesionales sanitarios y de mujeres inmigrantes ante la mutilación genital femenina. Un estudio fenomenológico en el contexto de la enfermería transcultural* (Tesis doctoral. Universidad de Alicante). Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=145354>
- Relph, S., Inamdar, R., Singh, H. y Yoong, W. (2013). Female genital mutilation/cutting: knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 168(2), 195-8. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.01.004
- Ridenour, C. S. y Newman I. (2008). Mixed methods research: exploring the interactive continuum. Carbondale: Southern Illinois University Press.

- Rojas de Escalona, B. (2010). Solución de problemas: una estrategia para la evaluación del pensamiento creativo. *Sapiens. Revista Universitaria de Investigación*, 11(1), 117-125. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/410/41021794008.pdf>
- Roles, R.C. (1967). Tribal surgery in East Africa during the 19th century: Part two -Therapeutic surgery. *East Africa medical journal*, 1967, 44, 17-30. En Huelsman, B. R., *An anthropological view of clitoral and other female genital mutilations*. En Lowry, T. P., et al. *The clitoris*. St Louis, MO, Warren H. Green Inc., 1976, 111-161.
- Royal College of Obstetricians and Gynaecologists [RCOG]. (2015). Female Genital Mutilation and its Management. *Green-top Guideline No. 53*. Recuperado de: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-53-fgm.pdf>
- Rubio Acuña, M. y Arias Burgos, M. (2013). Fenomenología y conocimiento disciplinar de enfermería. *Revista Cubana de Enfermería*, 29(3), 191-198. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192013000300005
- Ruiz, J. (2015). *Enfermería y Cultura: las fronteras del androcentrismo en la Ablación/Mutilación Genital Femenina* (Tesis doctoral. Universidad de Murcia). Recuperado de: <http://hdl.handle.net/10201/45704>
- Ruiz, J., Almansa, P. y Pastor, M. D. M. (2016). Percepciones de los hombres sobre las complicaciones asociadas a la mutilación genital femenina. *Gaceta Sanitaria*, 30(4), 258-64. doi: 10.1016/j.gaceta.2016.03.009
- Sahiyo (2017). *An Exploratory Study on the practice of Khatna (FGC). Amongst The Dawoodi Bohra community*. Recuperado de https://sahiyo.files.wordpress.com/2019/05/sahiyo_report_final-5.21.19.pdf
- Sakeah, E., Debpuur, C., Aborigo, R. A., Oduro, A. R., Sakeah, J. K. y Moyer, C. A. (2019). Persistent female genital mutilation despite its illegality: Narratives from women and men in northern Ghana. *PLoS ONE* 14(4), e0214923. doi: 10.1371/ journal.pone.0214923
- Sánchez, B. (2000). Fenomenología: Un método de indagación para el cuidado de enfermería. En Pinto, N. (coord.) *Cuidado y práctica de enfermería* (p. 24-36). España: Universidad Nacional de Colombia.
- Scamell, M. y Ghumman, A. (2019). The experience of maternity care for migrant women living with female genital mutilation: A qualitative synthesis. *Birth*, 46, 15-23. <https://doi.org/10.1111/birt.12390>
- Shandall, A. A. (1967). Circumcision and infibulation of females: a general consideration of the problem and a clinical study of the complications in Sudanese women. *Sudan medical journal*, 5(4), 178-212.

- Shell-Duncan, B., Njue, C. y Moore, Z. (2018). *Trends in medicalisation of female genital mutilation/cutting: what do the data reveal? Evidence to End FGM/C: Research to Help Women Thrive*. New York: Population Council. Recuperado de: https://www.popcouncil.org/uploads/pdfs/2018RH_MedicalizationFGMC_update.pdf
- Social Care, Local Government and Care Partnerships/Children, Families and Communities/ Maternity and Starting well (2016). *Female Genital Mutilation Risk and Safeguarding; Guidance for professionals*. Recuperado de: https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/525390/FGM_safeguarding_report_A.pdf
- Solano, M. C. (2006). Fenomenología-hermenéutica y enfermería. *Cultura de los cuidados*, 10(19), 5-6. Recuperado de: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/961/1/culturacuidados_19_01.pdf
- Strauss, A. y Corbin, J. (2002). *Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y Procedimientos para Desarrollar la Teoría Fundamentada*. Recuperado de: <https://diversidadlocal.files.wordpress.com/2012/09/bases-investigacion-cualitativa.pdf>
- Streubert, H. y Carpenter, D. (1999). *Qualitative Research in Nursing: Advancing the Humanistic Imperative*. Recuperado de: <https://oysconmelibrary01.files.wordpress.com/2016/09/qualitative-research-in-nursing-advancing-the-humanistic-imp.pdf>
- Tamaddon, L., Johnsdotter, S., Liljestrand, J. y Essen, B. (2006). Swedish health care providers' experience and knowledge of female genital cutting. *Health Care for Women International*, 27(8), 709-22. doi: 10.1080/07399330600817741
- Taylor, S. J. y Bogdan, R. (1987). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Barcelona: Paidós.
- Thierfelder, C., Tanner, M. y Kessler Bodiang, C. M. (2005). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *European Journal of Public Health*, 15(1), 86-90. doi: 10.1093/eurpub/cki120
- Todd, Z., Nerlich, B. y McKeown, S. (2004). Introduction. En Todd, Z., Nerlich, B., McKeown S. y Clarke, D. (Eds.), *Mixing methods in psychology* (pp. 3-16). Hove, East Sussex, UK: Psychology Press.
- Toner, J. (2009). Small is not too small: reflections concerning the validity of very small focus groups (VSGs). *Qualitative Social Work* 8, 179-192. doi: 10.1177/1473325009103374
- Tong, A., Sainsbury, P y Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. J. Qual. Health Care*, 19 (6), 349-357. doi: 10.1093/intqhc/mzm042

- Toubia, N. (1995). Female genital mutilation: a call for global action. *Studies in family planning* 26(1). doi: 10.2307/2138052
- Touray, I. y Piniella, Z. (2013). Mutilación genital femenina. MGF: Qué. Aclaraciones terminológicas. En Sequi, A., Touray, I. y Piniella, Z. (coord.). *La erradicación de la Mutilación Genital Femenina. Enfoques y perspectivas desde la cooperación internacional para el desarrollo*. Oviedo: O'DAM ONGD. Recuperado de http://carei.es/wp-content/uploads/ERRADICACION_MGF_ODAM13.pdf
- Touray, I. y Piniella, Z. (2013). Mutilación genital femenina. MGF: cuándo. En Sequi, A., Touray, I. y Piniella, Z. (coord.). *La erradicación de la Mutilación Genital Femenina. Enfoques y perspectivas desde la cooperación internacional para el desarrollo*. Oviedo: O'DAM ONGD. Recuperado de http://carei.es/wp-content/uploads/ERRADICACION_MGF_ODAM13.pdf
- Turkmani, S., Homer, C. S. E. y Dawson, A. (2018). Maternity care experiences and health needs of migrant women from female genital mutilation-practicing countries in high-income contexts: A systematic review and meta-synthesis. *Birth* 00, 1-12. doi: 10.1111/birt.12367
- Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA] (2008). *Global consultation on female genital mutilation/cutting. Technical Report*. Recuperado de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/fgm_2008.pdf
- UNFPA (2015a). *Demographic Perspectives on Female Genital Mutilation*. Recuperado de: <https://wcaro.unfpa.org/en/publications/demographic-perspectives-female-genital-mutilation>
- UNFPA (2015b). *Female genital mutilation. Frequently Asked Questions*. Recuperado de: <https://www.unfpa.org/es/resources/preguntas-frecuentes-sobre-la-mutilaci%C3%B3n-genital-femenina-mgf#terminolog%C3%ADa-UNFPA>
- UNFPA (2017). Para muchas niñas, las vacaciones escolares significan MGF. Recuperado de: <https://www.unfpa.org/es/news/para-muchas-ni%C3%B1as-las-vacaciones-escolares-significan-mgf>
- UNFPA y United Nations Children's Foundation [UNICEF] (2017). *Joint Programme on Female Genital Mutilation/Cutting: Accelerating Change*. Recuperado de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/UNFPA_UNICEF_FGM_16_Report_web.pdf
- UNICEF (2005a). Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina. *Innocenti Digest Series, 12*. Recuperado de: <https://www.unicef-irc.org/publications/396-changing-a-harmful-social-convention-female-genital-mutilation-cutting.html>

- UNICEF (2005b). *Female genital mutilation/cutting: a statistical exploration*. Recuperado de: https://www.unicef.org/publications/files/FGM-C_final_10_October.pdf
- UNICEF (2013). *Female genital Mutilation/cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change*. New York: UNICEF. Recuperado de: https://www.unicef.org/publications/index_69875.html
- UNICEF (2016). *Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern*. Recuperado de: <https://data.unicef.org/resources/female-genital-mutilationcutting-global-concern>
- UNICEF (2018). *UNICEF Data: Monitoring the situation of children and women. Female Genital Mutilation*. Recuperado de: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>
- UNICEF Somalia and Somaliland Ministry of Planning and National Development (2014). *Somaliland Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2011*. Recuperado de: https://mics-surveys-prod.s3.amazonaws.com/MICS4/Eastern%20and%20Southern%20Africa/Somalia%20%28Somaliland%29/2011/Final/Somalia%20%28Somaliland%29%202011%20MICS_English.pdf
- UNICEF Somalia Support Centre (2017). *Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) 2006*. Recuperado de: <http://microdata.dns.org.so/index.php/home>
- Unión Nacional de Asociaciones Familiares [UNAF]. (2013). *Guía para profesionales. MGF en España. Prevención e intervención*. Madrid: UNAF-Unión Nacional de Asociaciones Familiares. Recuperado de: <https://unaf.org/wp-content/uploads/2015/10/Guia-MGF-2015.pdf>
- United States Department of State [USDS] (2001). *Yemen: Report on Female Genital Mutilation (FGM) or Female Genital Cutting (FGC)*. Recuperado de <http://www.refworld.org/docid/46d5787ec.html>
- Vallejo Peña, C. (2014). *Mutilación genital femenina: violencia de género con nuevas trabas para su persecución en España. Revista Estudios Jurídicos. Segunda Época*, 14. Recuperado de: <https://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rej/article/view/2134>
- Van Baelen, L., Ortensi, L. y Leye, E. (2016). *Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland. European Journal of Contraceptive and Reproductive Health Care*, 21(6), 474–82. doi: 10.1080/13625187.2016.1234597
- Van Rossem, R. y Gage, A. J. (2009). *The effects of female genital mutilation on the onset of sexual activity and marriage in Guinea. Archives of Sexual Behaviour* 38(2), 178–85. doi: 10.1007/s10508-007-9237-5

- Varol, N., Dawson, A., Turkmani, S. et al. (2016). Obstetric outcomes for women with female genital mutilation at an Australian hospital, 2006–2012: a descriptive study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16, 328. doi: 10.1186/s12884-016-1123-5
- Vázquez-Moya, C. y Almansa-Martínez, P. (2012). Mutilación genital femenina: conocimientos y actitudes de los profesionales de enfermería en la Región de Murcia. *Ética de los Cuidados*, 5(9). Recuperado de: <http://www.index-f.com/eticuidado/n9/et7628r.php>
- Verzin, J. A. (1975). Sequelae of female circumcision. *Tropical doctor*, 5, 163-169. doi: 10.1177/004947557500500409
- Voicu, M. y Babonea, A. (2011). Using the snowball method in marketing research in hidden population. *Challenges of the Knowledge Society*, 1, 1341-1351. Recuperado de: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/cks_2011_economy_art_054.pdf
- WADI (2010). *Female Genital Mutilation in Iraqi-Kurdistan. An empirical study*. Recuperado de: http://www.stopfgmkurdistan.org/study_fgm_iraqi_kurdistan_en.pdf
- WADI (2012). *Female Genital Mutilation in Iraq: An empirical study in Kirkuk province*. Recuperado de: http://www.stopfgmkurdistan.org/media/Study_FGM_Kirkuk-en-1.pdf
- World Health Organization [WHO] (1998). Female genital mutilation: an overview. World Health Organization. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42042>
- WHO (1999). *Female Genital Mutilation. Programmes to Date: What Works and What Doesn't*. Department of Women's Health Health Systems and Community Health. Recuperado de: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/65857/WHO_CHS_WMh_99.5.pdf;jsessionid=A5F0E45705F043BAABC05BD3C09AD566?sequence=1
- WHO (2001). *Female genital mutilation: Integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery curricula: A teacher's guide*. Recuperado de: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/RHR_01_16/en/
- WHO (2008). *Eliminating female genital mutilation: An interagency statement UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO*. Recuperado de: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/9789241596442/en/>
- WHO (2016). *WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation*. Recuperado de: <http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/management-health-complications-fgm/en/>
- WHO (2018a). *Care of girls and women living with female genital mutilation. A clinical handbook*. Recuperado de: <https://www.who.int/reproductivehealth/publications/health-care-girls-women-living-with-FGM/en/>

- WHO (2018b). *Mutilación genital femenina* (Nota descriptiva 31 de enero de 2018). Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- WHO, UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO, FIGO, ICN, IOM, MWIA, WCPT, WMA. (2010). *Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation*. Geneva, Switzerland. Recuperado de: https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/who_rhr_10-9_en.pdf
- WHO, UNFPA y UNICEF (1997). *Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41903>
- WHO Division of Family Health (1996). *Female genital mutilation: report of a WHO technical working group*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/63602>
- Worsley, A. (1938). Infibulation and female circumcision: a study of a little-known custom. *Journal of obstetrics and gynaecology of the British Empire*, 45, 686- 691. doi: 10.1111/j.1471-0528.1938.tb11160.x
- Zurynski, Y., Sureshkumar, P., Phu, A. y Elliot, E. (2015). Female genital mutilation and cutting: a systematic literature review of health professionals' knowledge, attitudes and clinical practice. *BMC International Health and Humans Rights*, 15(32). doi: 10.1186/s12914-015-0070-y

ANEXOS

ANEXO 1. CUESTIONARIO SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS EN MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.

ENCUESTA SOBRE CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF)

LUGAR DE TRABAJO: _____ FECHA: _____

PROFESIÓN:

- Médico/a de Familia
 Ginecólogo/a
 Pediatra
 Enfermero/a
 Comadrón/a
 Trabajador/a social
 Educador/a Social
 Docente de primaria
 Docente de secundaria
 Cuerpos de seguridad
 Otros, Precisar: _____

EDAD: _____

SEXO: Hombre Mujer Otros

-
1. ¿Has recibido alguna formación sobre MGF? Sí, he recibido formación impartida por:
- Cuerpos de Seguridad
 ONGs o asociaciones
 Servicios de Salud Organismos oficiales
 Otros _____
- No, no he recibido formación
-
2. ¿Sabes en qué consiste la MGF? Extirpación del clítoris
- Extirpación del clítoris y labios menores
 Extirpación del clítoris, labios menores y mayores
 Las tres opciones anteriores
 No lo sé
- (opción múltiple)*
-
3. ¿Cuáles crees que son las razones para realizar la MGF? Tradición y costumbres
- Razones religiosas
 Por higiene
 Razones estéticas
 Mejores oportunidades matrimoniales
 No lo sé
- (opción múltiple)*
-
4. ¿Sabes en qué países se practica? En todos los países musulmanes
- En toda África
 En algunos países africanos
 En Marruecos
 En algunos países de Oriente Medio
 En algunos países asiáticos
 No lo sé
- (opción múltiple)*
-
5. ¿Sabes si hay legislación en España sobre la MGF? No la hay
- Sí, la MGF es un delito si se realiza en España
 Sí, la MGF es un delito dentro y fuera de España para familias residentes
 No lo sé
- (solamente una opción)*
-

6. ¿Qué medidas propondrías para evitar la MGF en España?
(opción múltiple)
- Formar a profesionales de atención primaria para realizar la prevención
 - Impedir que las niñas viajen al país de origen, así no correrán riesgo.
 - Sensibilizar desde los servicios de atención primaria a los padres sobre las consecuencias
 - Hacer revisiones periódicas de los genitales de las niñas como medida de control, hasta que cumplan los 18 años
 - Condenas ejemplarizantes. Si algunos padres son penados con prisión, esto tendrá un efecto disuasorio sobre los demás
 - Llamar a las fuerzas de seguridad ante una sospecha
 - Otros: _____
-
7. ¿Durante tu práctica profesional, te has encontrado con alguien a quien se le haya practicado la MGF?
(solamente una opción)
- Sí ¿Cuántos casos? _____
 - NO
- ¿Por qué?*
- No atiendo a población en riesgo
 - Atiendo a población en riesgo pero no he detectado ningún caso
 - En el marco de mi actividad profesional no procede preguntarlo

ANTE UN CASO DE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF)

8A. Si has contestado Sí a la pregunta 7, contesta haciendo referencia al **ÚLTIMO CASO**.

Si el caso ha sido de una mujer mayor de 18 años	Si el caso ha sido de una menor
La detección fue por: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Entrevista / visita <input type="checkbox"/> Exploración física <input type="checkbox"/> Denuncia de un tercero <input type="checkbox"/> Otros. Concretar: _____ 	La detección fue por: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Entrevista / visita <input type="checkbox"/> Exploración física <input type="checkbox"/> Denuncia de un tercero <input type="checkbox"/> Otros. Concretar: _____
En caso que fuera durante una exploración física, ésta se realizó por: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Control de embarazo <input type="checkbox"/> Revisión ginecológica <input type="checkbox"/> Exploración por otra causa <input type="checkbox"/> Por sospecha de MGF 	En caso que fuera durante una exploración física, ésta se realizó por: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Control de embarazo <input type="checkbox"/> Revisión ginecológica <input type="checkbox"/> Exploración por otra causa <input type="checkbox"/> Por sospecha de MGF
¿Cuál fue tu actitud? (puedes marcar más de una casilla) <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abordar el tema en la consulta <input type="checkbox"/> Preguntar si tiene hijas para prevenir <input type="checkbox"/> Consultar/Coordinar con otros profesionales <input type="checkbox"/> Ignorar <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Denunciar <input type="checkbox"/> Otros. Concretar: _____ 	¿Cuál fue tu actitud? <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Abordar el tema en la consulta <input type="checkbox"/> Preguntar si tiene hijas para prevenir <input type="checkbox"/> Consultar/Coordinar con otros profesionales <input type="checkbox"/> Ignorar <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Denunciar <input type="checkbox"/> Otros. Concretar: _____

DETECCIÓN DE CASOS EN RIESGO

09. ¿Qué es para ti un caso de riesgo de MGF?:
- (opción múltiple)*
- Niñas Africanas que viajan a su país de origen por vacaciones
 - Toda niña africana
 - Hijas de madres que han padecido una MGF
 - Solo las que han nacido fuera de España
-

10. Frente a casos de riesgo de MGF (que has señalado en la pregunta anterior), ¿decides actuar?

Si eres profesional de la salud:

- Sí, siempre
- Sí, pero solo actúo en caso de viaje
- No, no sé cómo tratarlo
- No, no entra dentro de mis competencias
- No, no tengo tiempo

Si eres profesional de servicios sociales:

- Sí, siempre
- Sí, pero solo actúo en caso de viaje
- No, no sé cómo tratarlo
- No, no entra dentro de mis competencias
- No, no tengo tiempo

Si eres profesional de la educación:

- Sí, siempre
- Sí, pero solo actúo en caso de viaje
- No, no sé cómo tratarlo
- No, no entra dentro de mis competencias
- No, no tengo tiempo

Otros/as profesionales: _____

- Sí, siempre
 - Sí, pero solo actúo en caso de viaje
 - No, no sé cómo tratarlo
 - No, no entra dentro de mis competencias
 - No, no tengo tiempo
-

11. Si decides actuar ante un caso de MGF, NUMERA EL ORDEN DE PRIORIDAD (DEL 1 AL 5) en el que actuarías en tu práctica profesional:

Si eres profesional de la salud:

- Explorar a la niña, para saber si tiene la MGF practicada
- Registrar en la historia clínica
- Trabajar en prevención
- Poner el caso en conocimiento del juzgado
- Consultar/Coordinarme con otros profesionales

Si eres profesional de servicios sociales:

- Contactar con pediatría
 - Explorar la posición de los padres sobre la práctica
 - Poner el caso en conocimiento del juzgado
-

-
- Explicar a los padres las consecuencias
 - Consultar/ Coordinarme con otros profesionales

Si eres profesional de la educación:

- Contactar con pediatría
- Abordar el tema en clase con los/as niños/as
- Poner el caso en conocimiento del juzgado
- Explicar a los padres las consecuencias
- Consultar/ Coordinarme con otros profesionales

Otros/as profesionales: _____

- Contactar con pediatría
- Trabajar en prevención
- Poner el caso en conocimiento del juzgado
- Consultar/ Coordinarme con otros profesionales
- _____

-
12. ¿Conoces algún protocolo sobre la MGF? Sí ¿Cuál?

—

No

-
13. ¿Qué crees que facilitaría tu trabajo de atención y prevención?

(opción múltiple)

- Formación
- Materiales para profesionales
- Materiales para abordarlo con la familia
- Mediación cultural
- Tiempo y recursos para abordarlo
- Asesoramiento
- Mayor intervención policial
- Otras _____

ANEXO 2. INFORME FAVORABLE DEL COMITÉ ÉTICO DE INVESTIGACIÓN EN HUMANOS DE LA COMISIÓN ÉTICA EN INVESTIGACIÓN EXPERIMENTAL DE LA UNIVERSIDAD DE VALENCIA.

VNIVERSITAT
 VALÈNCIA Vicerectorat
 d'Investigació i Política Científica

D. José María Montiel Company, Profesor Contratado Doctor Interino del departamento de Estomatología, y Secretario del Comité Ético de Investigación en Humanos de la Comisión de Ética en Investigación Experimental de la Universitat de València,

CERTIFICA:

Que el Comité Ético de Investigación en Humanos, en la reunión celebrada el día 6 de junio de 2016, una vez estudiado el proyecto de tesis doctoral titulado:
“Estudio del impacto en la calidad de vida tras una Mutilación Genital Femenina (MGF) y capacitación para el abordaje desde el sistema sanitario en la Comunidad Valenciana,
 cuya responsable es Dña. Alba González Timoneda, dirigida por D. Antonio Cano Sánchez y D. Vicente Ruiz Ros,
 ha acordado informar favorablemente el mismo dado que se respetan los principios fundamentales establecidos en la Declaración de Helsinki, en el Convenio del Consejo de Europa relativo a los derechos humanos y cumple los requisitos establecidos en la legislación española en el ámbito de la investigación biomédica, la protección de datos de carácter personal y la bioética.

Y para que conste, se firma el presente certificado en Valencia, a ocho de junio de dos mil dieciséis.



ANEXO 3. GUION DE ENTREVISTA.

VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

- Edad
- País de origen
- Región dentro del país
- Nacionalidad actual
- Grupo étnico/tribu
- Lugar de nacimiento
 - o Nombre lugar de nacimiento
 - o ¿Rural/urbano?
- ¿Cuántos años lleva viviendo en España?
- ¿Cuándo dejó su país de origen?
- ¿Ha vivido en otros países?

ESTADO SOCIAL Y FAMILIAR

- ¿Cuál es su estado social? Casada/soltera/divorciada/viuda/nunca me he casado
 - o *Si está casada o vive en pareja, ¿cuál es el país de origen de su marido o pareja?*
- ¿Tiene usted hijos?
- ¿Cuántos? ¿Cuántas niñas y cuántos niños?
- ¿Cuántos de sus hijos/hijas viven aquí con usted?

SITUACIÓN LABORAL

- ¿Qué nivel de estudios tiene? ¿Cuántos años fue a la escuela?
- ¿Cuál es su profesión?
- ¿En qué trabaja en la actualidad?

RELIGIÓN

- ¿Cuál es su religión?

VARIABLES RELACIONADAS CON LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

- ¿Ha escuchado alguna vez hablar sobre la Mutilación Genital Femenina?
- ¿Ocurre esta práctica en su grupo étnico?
- ¿Esta práctica tiene algún nombre asignado en su lugar de origen?
- ¿En su familia ha tenido lugar esta práctica? ¿Alguno de los miembros de su familia ha sufrido esta práctica? / ¿Conoce alguna persona cercana que haya sido sometida a mutilación genital?
- En su opinión, ¿cuáles son los beneficios obtenidos de esta práctica?
- En su opinión ¿cuáles son los inconvenientes de esta práctica para las MUJERES, HOMBRES Y FAMILIAS?
- ¿Cree que esta práctica está asociada a la religión?

- ¿Qué dice la Ley española respecto a la mutilación genital femenina?

- ¿Cree que esta práctica debería continuarse o debería erradicarse?
- ¿Ha sufrido usted mutilación genital femenina?
- ¿Qué tipo de mutilación genital femenina?
- ¿Qué recuerda sobre la práctica de la MGF?
 - o ¿Qué edad tenía cuando se le practicó la MGF?
 - o ¿En qué lugar? ¿País?
 - o ¿Quién le practico la MGF?
 - o ¿Medicación durante la práctica?
 - o ¿Qué opinaba usted?
 - o ¿Qué opinaban sus padres-familiares cercanos?
 - o ¿Qué complicaciones sufrió posteriormente?
 - ¿Ha acudido en alguna ocasión a los servicios sanitarios de salud en relación a alguna complicación o a consecuencia de la MGF?
 - ¿Cómo fue su experiencia en los servicios sanitarios?
 - o ¿Los profesionales que le atendieron conocían esta práctica?
 - o ¿Qué cambiaría de la atención sanitaria recibida?
- ¿Su embarazo fue controlado en la comunidad valenciana?
 - Si tipo III MGF, ¿se le practicó una reversión/reconstrucción genital?
- ¿Algún profesional le preguntó durante el embarazo en relación a la MGF?
 - o ¿Cesárea o parto vaginal?
 - o ¿Instrumental o eutócico?
 - o ¿Alguna complicación intra-parto?

En caso de tener hijas:

- ¿Quiere que sus hijas también sean sometidas a la MGF?
- ¿Han sido sus hijas sometidas a la MGF?
 - o ¿En qué país?
 - o ¿A qué edad?

RECOMENDACIONES

En su opinión,

- ¿Cree que es posible terminar con esta práctica?
- ¿Cómo recomendaría terminar con esta práctica?
- Si hay familias en España que están a favor de continuar con esta práctica, ¿cómo lo hacen? ¿Cómo impediría que esto ocurriera?

ANEXO 4. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.

DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO Y COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD

1. INFORMACIÓN AL SUJETO DE EXPERIMENTACIÓN

El proyecto de investigación para el cual le pedimos su participación se titula:*

Vivencias en relación con la Mutilación Genital Femenina y capacitación para su abordaje desde los diferentes actores institucionales implicados en Valencia.

Para que usted pueda participar en este estudio es necesario contar con su consentimiento, y que conozca la información básica necesaria para que dicho consentimiento pueda considerarse verdaderamente informado. Por ello, le ruego que lea detenidamente la siguiente información. Si tuviera alguna duda exprésela, antes de firmar este documento, al investigador principal del proyecto, bien personalmente, bien a través del teléfono o por correo electrónico. Los datos del investigador principal del proyecto aparecen también en el presente documento.

La información básica que debe conocer es la siguiente:

a) *Objetivo del estudio:*

Conocer la vivencia de las mujeres sometidas a MGF a través de las experiencias relatadas por mujeres y hombres provenientes de países con prevalencia de MGF, así como identificar el conocimiento y actitudes de los profesionales en relación a esta práctica y la capacitación para su abordaje desde el sistema sanitario en la Comunidad Valenciana.

b) *Metodología a utilizar para el estudio, tipo de colaboración que se espera de usted y duración de dicha colaboración:*

Para la realización de este estudio se realizarán entrevistas semiestructuradas en profundidad a mujeres y hombres originarios de países con prevalencia de MGF que cumplan los criterios de inclusión de la investigación. Las entrevistas serán realizadas personalmente o por teléfono, dependiendo de lo acordado previamente con los participantes. Las entrevistas tendrán una duración máxima de 45 minutos y serán grabadas en audio para su posterior transcripción y análisis.

No se accede a datos de su historia clínica ni a bases de datos administrativas en ningún caso. Tampoco se requerirá la toma de muestras biológicas o la exploración física en ningún caso.

c) *Procedimientos preventivos, diagnósticos y/o terapéuticos disponibles alternativos a los que se investigan con este estudio:*

No es un ensayo clínico, ni un estudio de intervención terapéutica o de utilización de muestras biológicas. No procede.

d) *Posibles molestias y riesgos de su participación en el estudio:*

Su participación no genera ningún riesgo para su salud. Se respeta de forma absoluta la confidencialidad de todo lo que usted comunique durante la entrevista.

Las entrevistas son confidenciales, y se le asignará un número a cada entrevista realizada ligado a un código de consentimiento informado que firman. Ambos documentos quedan bajo custodia de la investigadora principal.

- e) *Medidas para responder a los acontecimientos adversos:*
No están previstas. No procede.
- f) *Medidas para asegurar una compensación adecuada en el caso de que usted sufra algún daño:*
No procede.
- g) *Beneficios que se espera obtener con la investigación:*
Profundizar en la comprensión de las complicaciones que sufren las mujeres que han sido sometidas a mutilación genital femenina y, a la vez, detectar el grado de conocimiento y habilidades que poseen los profesionales a cerca de esta práctica, para crear medidas y actuaciones que favorezcan la práctica clínica y la atención de este colectivo de mujeres, fomentando además, la prevención en niñas y mujeres en riesgo de sufrirla.
- h) *Consecuencias de la no participación:*
La participación es libre, voluntaria y respetuosa. Si usted prefiere no participar, no se verá afectado su derecho a la asistencia sanitaria y el trato que usted recibirá por parte del equipo investigador será igual de cordial y dedicado con usted que con aquellos que sí participen.
- i) *Posibilidad de retirada en cualquier momento y consecuencias:*
Usted puede retirarse del proyecto en cualquier momento firmando la revocación del consentimiento que se incluye al final del documento. Su retirada no tendrá ninguna consecuencia negativa para usted, y será aceptada sin problemas por el equipo investigador.
- j) *¿Quién ha financiado el estudio?:*
Este estudio no tiene financiación. Es el proyecto de investigación de Tesis Doctoral de la investigadora que lo desarrolla.
- k) *¿Qué institución lo realiza?:*
Se realiza a través del Programa de Doctorado de Enfermería Clínica y Comunitaria de la Universidad de Valencia.
- l) *Gratuidad por la participación:*
Por la participación en este estudio usted no recibirá ninguna compensación económica.
- m) *Previsión de uso posterior de los resultados:*
Los resultados obtenidos, presentados de forma conjunta y con absoluta confidencialidad podrán ser publicados, utilizados con fines de investigaciones posteriores y docencia si hay opción a presentarlos en estudios de grado de sanidad o formación para otros profesionales.
- n) *Equipo investigador:*
Investigadora principal: Alba González Timoneda
Directores de Tesis: Prof. Dr. Antonio Cano, Prof. Dr. Vicente Ruiz.
- o) *Datos de contacto del investigador principal para aclaraciones o consultas:*
Alba González Timoneda
Departamento de contacto: Secretaría de Decanato Facultad de Enfermería Valencia. Av. Blasco Ibañez nº18. Despacho 1º piso.
Correo electrónico: algonti@alumni.uv.es
Teléfono de contacto: (0034) 639132702 / (0044) 07784 217871
- p) El proyecto se realizará siguiendo los criterios éticos internacionales recogidos en la Declaración de Helsinki.

2. COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.

a) *Medidas para asegurar el respeto a la vida privada y a la confidencialidad de los datos personales:*

Se han adoptado las medidas oportunas para garantizar la completa confidencialidad de los datos personales de los sujetos de experimentación que participen en este estudio, de acuerdo con la Ley De Protección de Datos de Carácter Personal (LOPD) 15/1999, de 13 de diciembre.

Todas las entrevistas y cuestionarios estarán codificados. La tabla de conexión código de los mismos e identidad estarán bajo la custodia exclusiva de la investigadora principal en un soporte electrónico distinto del usado para el almacenamiento y procesamiento del estudio. Ambos dispositivos con claves de acceso y uso exclusivo de la investigadora principal.

b) *Medidas para acceder a la información relevante para usted que surjan de la investigación o de los resultados totales:*

Sepa que tiene derecho a acceder a la información generada sobre usted en el estudio. La información a la que se accederá será exclusivamente a la que la propia persona comunique.

c) *Medidas tomadas por tratarse de un estudio anonimizado:*

Se ha establecido un sistema de anonimización efectivo que no permite la identificación posterior del sujeto. En ningún caso se juntarán los consentimientos otorgados, donde sí se identifica al sujeto, con los cuestionarios utilizados y transcripción de las entrevistas en el estudio. En el uso que se realice de los resultados del estudio, con fines de docencia, investigación y/o publicación, se respetará siempre la debida anonimización de los datos de carácter personal, de modo que los sujetos de la investigación no resultarán identificados o identificables.

3. CONSENTIMIENTO

En el caso de que el sujeto de experimentación sea mayor de edad:

Don/Doña _____,
mayor de edad, titular del DNI : _____, por el presente documento manifiesto que:

En el caso de que el sujeto de experimentación sea menor de edad o incapaz de obrar:

Don/Doña _____,
mayor de edad, titular del DNI : _____, padre, madre, tutor legal
de _____, por el presente documento manifiesto que:

He sido informado/a de las características del Proyecto de Investigación titulado:

Vivencias en relación a la Mutilación Genital Femenina (MGF) y capacitación para el abordaje desde el sistema sanitario en la Comunidad Valenciana (CV). Experiencias relatadas por mujeres y hombres en el contexto de la Mutilación Genital Femenina.


He leído tanto el apartado 1 del presente documento titulado “información al sujeto de experimentación”, como el apartado 2 titulado “compromiso de confidencialidad”, y he podido formular las dudas que me han surgido al respecto.

Considero que he entendido dicha información.

Estoy informado/a de la posibilidad de retirarme en cualquier momento del estudio.

En virtud de tales condiciones, consiento participar en este estudio. Y en prueba de conformidad, firmo el presente documento en el lugar y fecha que se indican a continuación.

Valencia, _____ de _____ de 20__.

Nombre y apellidos del / de la participante:	Nombre y apellidos del padre, madre o tutor (en el caso de menores o incapaces):	Nombre y apellidos del investigador principal:
Firma:	Firma:	 Firma: Alba González Timoneda

REVOCACIÓN DEL CONSENTIMIENTO

Revoco el consentimiento prestado en fecha _____ para participar en el proyecto titulado “*Vivencias en relación a la Mutilación Genital Femenina (MGF) y capacitación para el abordaje desde el sistema sanitario en la Comunidad Valenciana (CV). Experiencias relatadas por mujeres y hombres en el contexto de la Mutilación Genital Femenina*” y, para que así conste, firmo la presente revocación.

En Valencia, a _____ de _____ de 20__.

Nombre y apellidos del / de la participante:	Nombre y apellidos del padre, madre o tutor (en el caso de menores o incapaces):	Nombre y apellidos del investigador principal:
Firma:	Firma:	Firma:

ANEXO 5. DOCUMENTO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO EN INGLÉS.

CONSENT FORM			
LISTENING TO WOMAN AND MEN EXPERIENCES ABOUT FEMALE GENITAL MUTILATION			
UNIVERSITY OF VALENCIA, RESEARCH 2016-2017			
Name _____			
ID number _____			
Date _____			
Name of principal investigator _____			
1. I confirm that I have read and understand the Participant Information Sheet for this research. I have had the opportunity to consider the information and ask questions which have been answered satisfactorily.	<input type="checkbox"/>		
2. I understand that my participation in this study is voluntary and that I am free to withdraw from the study at any time.	<input type="checkbox"/>		
3. I agree that personal information will be collected and stored. This is in the understanding that all information will be treated confidentially.	<input type="checkbox"/>		
4. I agree to take part in the study	<input type="checkbox"/>		
<table border="1" style="width: 100%;"><tr><td style="width: 50%; height: 60px; vertical-align: top;">Name of Participant</td><td style="width: 50%; height: 60px; vertical-align: top;">Signature of Participant _____/_____/_____</td></tr></table>	Name of Participant	Signature of Participant _____/_____/_____	
Name of Participant	Signature of Participant _____/_____/_____		

Listening to woman and men experiences about Female Genital Mutilation
London, November 2016. Consent form.

ANEXO 6. TRÍPTICO INFORMATIVO PARA PARTICIPANTES EN INGLÉS. *Leaflet; information sheet for participants.*

Background

The exact number of girls and women alive today who have undergone Female Genital Mutilation is unknown, however, UNICEF estimates that over 200 million girls and women worldwide have undergone FGM. It is estimated that in Europe 500,000 women have had genital mutilation and 180,000 migrant women are at risk. Migratory flows of the population from countries of prevalence to Europe is challenging health care services and their professionals, who have to develop their own competence to achieve this transcultural care.

What do I have to do if I take part?

If you want to take part in this study you have to meet me for an interview to talk about the practice of mutilation. I will meet you when and where is better for you. The interview will last around 20 minutes. You can talk about the practice in your country of origin, any experience you have with women affected by FGM or your own experience.

Prior to the interview I will answer any question you may have. Once you have agreed, you will be asked to sign a consent form and given a copy of it to keep. Questions about you age, country of origin, ethnic group, social status, profession, religion, etc. to collect data for sociodemographic variables will be asked initially to you, and after this, an open interview will take place. You are free not to answer any question you don't want to and you can withdraw at any time during the interview.

Will my taking part be kept confidential?

All information stored about you will have your name, address and any other identifying details removed and replaced with a case record number. Only the main researcher, myself, will have access to the information. No one will be able to identify you from anything we record. All computers used will be password protected.

Do I have to take part?

Whether you decide to take part or not is entirely up to you. If you agree to take part, and you change your mind afterwards, you are free to withdraw at any stage.

What are the benefits of taking part?

You will not benefit personally from taking part, but you may help us to know about experiences around female genital mutilation, needs and resources, and how to improve services to population affected by this practice.

Who has agreed this study?

This study has been reviewed and agreed in June 2016 by the University of Valencia, Spain and the Ethics Committee in Humans Rights of the University of Valencia, Spain.



University of Valencia, Spain
Faculty of Nursing and Podiatry
PhD Department

Comissió d'Ètica en la
Investigació Experimental

Listening to woman and men experiences about Female Genital Mutilation
London, November 2016. Information leaflet.

University of Valencia, Spain
Faculty of Nursing and Podiatry
PhD Department

Comissió d'Ètica en la
Investigació Experimental



Listening to women and men experiences about Female Genital Mutilation

You are being invited to take part in a research study

This research aims to gain an understanding of some of the experiences and perceptions of women and men coming from countries with high prevalence rates of FGM living in London (United Kingdom) and Valencia (Spain) and approaches from the health care and social services.

The research aims to answer the following questions:

- What is the continuing impact of FGM on the lives of affected women?
- How do women affected by FGM perceive and interact with statutory services? Which differences are there in between services in UK and Spain?
- How do women feel about the practice of FGM?
- What do professionals know about it? Are the needs of the affected population covered by the health service?
- How could we improve services to women affected by FGM?

If you are interested in taking part in this study, please contact me:

Alba González Timoneda
Midwife, main researcher

07744 217871
alba.gontim@gmail.com
alba.gonzalez@chelwest.nhs.uk

Thank you very much for reading this leaflet and considering taking part in this study.

Listening to woman and men experiences about Female Genital Mutilation
London, November 2016. Information leaflet.

ANEXO 7. IMAGEN UTILIZADA COMO MATERIAL EN LAS ENTREVISTAS, TIPOS DE MGF.

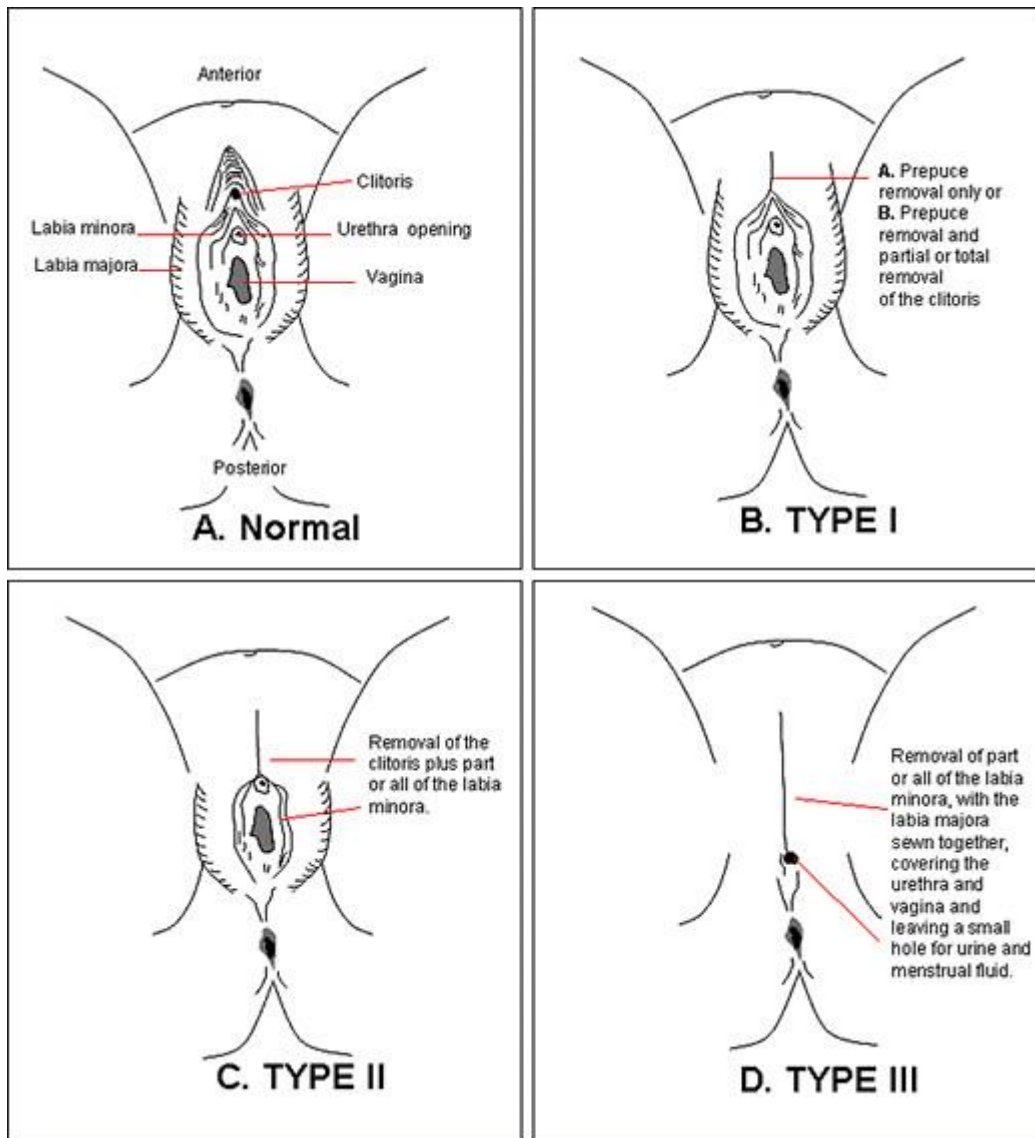


Imagen: FGC Types.jpg. Extraído de: Wikimedia Commons, the free media repository.

ANEXO 8. REVISIÓN DOCUMENTAL

Para la realización de la presente tesis doctoral se han revisado diferentes fuentes documentales. Se realizaron diferentes búsquedas en diversas bases de datos internacionales como MEDLINE (*Medical Literature Analysis and Retrieval System Online*), LILACS (Literatura Iberoamericana y del Caribe) ó CINAHL (*Cumulative Index to Nursing & Allied Health Literature*) y nacionales como el IME (Índice Médico Español), el IBECS (Índice Bibliográfico Español en Ciencias de la Salud) y la base de datos CUIDEN (Cuidados de enfermería). También se consultaron bases de datos multidisciplinares como Dialnet, la Web of Science (*Science Citation Index, SCI; y Social Science Citation Index, SSCI*) o Scopus a través del portal *Web of Knowledge (WOK)*. Cuando no se obtuvo la información necesaria en las fuentes anteriores, también se buscó la información primaria en fuentes primarias tradicionales, acudiendo a las propias revistas.

Para la presente tesis, también se recurrió en gran medida a la búsqueda de literatura gris, como tesis, informes, actas de congresos, reportes técnicos, documentos de trabajo, redes sociales, guías de práctica clínica, etc., elaborada por agentes muy diversos como las agencias gubernamentales, agencias no gubernamentales, instituciones académicas o sociedades científicas.

Antes de iniciar la búsqueda, el primer paso fue conocer la sintaxis correcta de los términos de búsqueda, buscándolos en las terminologías y los tesauros automatizados de cada una de las bases de datos, como en el *Medical Subject Headings (MeSH)* de Medline o en los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS). También se utilizaron términos libres del lenguaje natural. Algunos de los MeSH y DeCs utilizados en las diferentes búsquedas bibliográficas realizadas se muestran a continuación:

- ✓ MeSh → Female Circumcision, Child Protective Services, Health Knowledge, Attitudes, Practice, Transcultural Nursing, Female, Police, Schools, School Health Services, School Teachers, Women's Health Services, Qualitative Research, Delivery of Health Care, Midwifery, Pregnancy Complications, Childbirth, Health Personnel, Primary Health Care, Human Rights Abuses, Women's Rights, Health Resources, Public Health, Obstetric complications, Deinfibulation, Life Change Events, Physiological Sexual Dysfunction, Health Services Needs and Demand, Gender-Based Violence, etc.
- ✓ DeCs → Circuncisión femenina, Conocimiento, Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud, Complicaciones del Trabajo de Parto, Complicaciones del Embarazo, Recursos en

Salud, Servicios de Salud, Necesidades y Demandas de Servicios de Salud, Servicios de Salud Materna, Salud de la Mujer, Derechos de la Mujer, Violencia contra la Mujer, Inequidad de Género, etc.

Para la búsqueda bibliográfica se combinaron diferentes operadores booleanos de intersección, suma, exclusión o proximidad, comillas y operadores de truncamiento (caracteres comodín). Debido a las múltiples preguntas documentales planteadas a lo largo de la investigación, se llevaron a cabo diferentes estrategias de búsqueda, combinando tanto lenguaje libre (palabras clave) como lenguaje controlado (descriptores). Algunas de las estrategias de búsqueda planteadas en función de la pregunta documental planteada fueron:

- Para la búsqueda de términos asociados a la práctica:

("female circumcision" or "female genital mutilation" or "female genital cutting" or infibulat or reinfibulat* or defibulat* or clitoridect*) OR ((circumcis* or excis* or cutting or practice*) ADJ (female* or woman or women or girl* or child*)).*

- Para la búsqueda de problemas relacionados con la maternidad, el proceso de gestación y en nacimiento:

("female genital mutilation" or "female circumcision" or "female genital cutting") AND (pregnan or birth* or childbirth* or matern* or gyne* or gynae* or obstetric* or labor* or labour*).*

- Para la búsqueda de complicaciones asociadas a la práctica:

("female genital mutilation" or "female circumcision" or "female genital cutting") AND ((urolog or urogenit* or urinat* or genit*) AND (complicat* or disorder* or dysfunction* or disease* or problem*)).*

- Para la búsqueda de conocimientos de los y las profesionales de salud:

("female genital mutilation" or "female circumcision" or "female genital cutting") AND ("Health Knowledge, Attitudes, Practice") AND (school or "school teachers" or police* or "health personnel") AND (Europe* or Spain or spanish).*

Como limitaciones se restringió la búsqueda en función de la pregunta documental planteada a diferentes tipos de documentos (artículos originales, revisiones, literatura gris, libros, etc.), nivel científico (tipo de documento respecto a la metodología o diseño, estudios observacionales, experimentales, fenomenología, etc.), el idioma (español o inglés), fecha de publicación (5 años, aunque no siempre se ha querido restringir las publicaciones, sino que se

buscaba el enfoque histórico), edad (infancia, adolescentes, edad adulta), sexo (hombre o mujer) y especies (humana). También se recurrió a la búsqueda inversa, mediante el análisis de las referencias de los documentos.

ANEXO 9. DIFUSIÓN, ARTÍCULO PUBLICADO.

González-Timoneda et al. *BMC Health Services Research* (2018) 18:579
<https://doi.org/10.1186/s12913-018-3396-z>


BMC Health Services Research

RESEARCH ARTICLE

Open Access



Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge?

Alba González-Timoneda^{1,2*} , Vicente Ruiz Ros^{1,2}, Marta González-Timoneda³ and Antonio Cano Sánchez⁴

Abstract

Background: The practice of Female Genital Mutilation (FGM) is a deeply-rooted tradition in 30 Sub-Saharan and Middle-East countries which affects approximately 200 million women and girls worldwide. The practice leads to devastating consequences on the health and quality of life of women and girls in both the short and long term. Globalizing processes and migration flows have recorded cases of this practice worldwide representing for healthcare professionals an emerging challenge on how to approach their healthcare in a transcultural, ethical and respectful way. No survey to assess knowledge, attitudes and practices on FGM among primary healthcare professionals has been conducted in the Valencian region of Spain to date.

Methods: The main purpose of this study is to assess the perceptions, knowledge, practices and attitudes of the primary healthcare professionals in relation to FGM in the Clinic-Malvarrosa healthcare area of Valencia. A cross-sectional descriptive study was conducted based on a self-administered questionnaire to general practitioners, paediatricians, nurses, midwives, gynaecologists, social workers and others.

Results: A total of 321 professionals answered the questionnaire. Less than 5% of professionals answered that they had ever found a case of FGM during their professional practice and 21.8% answered that they had ever worked with population at risk of FGM. Almost 15% of professionals answered that they had received training on FGM but of those who had received training, only 22.7% correctly identified the typology of FGM and less than 5% correctly identified the geographical area. Only 6.9% of the respondents admitted to know some protocol of action, being midwives, paediatricians and social workers the most aware professionals of such protocols.

Conclusion: This study demonstrates that FGM is a problem present in the population attending primary healthcare services in Valencia. However, the professionals showed a profound lack of knowledge around concept, typology, countries of prevalence of FGM and existent protocols of action. It is healthcare professional duty to recognize this situation and to follow the right protocols of action, refer these women and their families to the most appropriate services and professionals that fit their needs, ensuring a multidisciplinary, positive and transcultural care for these families.

Keywords: Female genital mutilation, KAP study, Women's health, Professional practice, Primary health care

* Correspondence: albagonzalez@uv.es; algoti@alumni.uv.es

¹Faculty of Nursing and Chiropody, University of Valencia, Calle Jaime Roig, s/n, 46010 Valencia, Spain

²University of Valencia, Valencia, Spain

Full list of author information is available at the end of the article



© The Author(s). 2018 **Open Access** This article is distributed under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided you give appropriate credit to the original author(s) and the source, provide a link to the Creative Commons license, and indicate if changes were made. The Creative Commons Public Domain Dedication waiver (<http://creativecommons.org/publicdomain/zero/1.0/>) applies to the data made available in this article, unless otherwise stated.

Background

The World Health Organization (WHO) published a report in April of 1997 in collaboration with UNICEF and UNFPA to define the term of female genital mutilation, also called “ablation” or “female circumcision”. It states that Female Genital Mutilation (FGM) comprises all procedures that involve partial or total removal of the female external genitalia, or other injury to the female genital organs for non-medical reasons [1]. The WHO/UNICEF/UNFPA Joint Statement classified female genital mutilation into four types as shown in Table 1.

According to data supplied by UNICEF in 2016, this practice affects approximately 200 million women and girls worldwide. FGM is carried out in 30 countries, mainly in sub-Saharan Africa, the Middle East (Egypt, Oman, Yemen and The Arab Emirates) and in some countries of Asia (India, Indonesia, Malaysia, Pakistan and Sri Lanka) with wide variations in prevalence. There are also some cases reported in indigenous areas from Latin America (Brazil, Colombia, Mexico and Peru). However, FGM is not practiced in all African countries, nor is it practiced by all ethnic groups within the same country [2, 3].

Due to globalizing processes and migration flows, some cases of this practice have been recorded worldwide, essentially in North America, Australia and Europe, where some migrant communities originally from countries with a high prevalence of FGM carry out this practice because of their desire of maintaining their traditions and to strengthen their cultural identities [3, 4]. Therefore, they practice the FGM in their country of residence or even in their home country (including bordering countries) when they come back to their cities on holidays. The WHO estimates that in Europe around 500,000 women and young females have experienced FGM and it considers that 180,000 young girls are at risk of being injured every year, even though these figures could be underestimated, since undocumented or second generation immigrants are not counted [5].

FGM leads to devastating consequences on the health and quality of life of women and girls in both the short and long term, yet this sort of ancestral ritual is deeply rooted in the cultural system of some communities and continues to be carried out despite it does not confer any health benefit [6, 7]. The reasons for this practice are very varied and complex. They are basically related to tradition, inequalities of power, preservation of virginity-chastity, social acceptance (mainly towards marriage), hygiene, increased male sexual pleasure, family honour, group membership and religion (misconception of being a religious requirement) [8]. It is a continuation of the history of social control of female sexuality and a form of gender inequality and discrimination against women.

FGM constitutes a fundamental violation of human rights, of women and girls as described in many international conventions. It is a discriminatory activity and violates the right to equal opportunities in life; the right to the highest level of health; the right to freedom from all forms of physical and mental violence, injury or abuse; the right to protection against all forms of traditional practices detrimental to health; the right to make reproductive decisions free from discrimination, coercion and violence; the right to freedom from prejudice and all other practices that are based on the idea of inferiority or superiority or of the gender or stereotyped roles of men and women [3, 4, 9, 10].

Although in Spain some cases of FGM were detected in Catalonia in 1993 and later in Palma de Mallorca in 1996, there is no reliable evidence that more female genital mutilations have been carried out in Spain. However, there have been cases of mutilated immigrants, especially in Catalonia and Andalusia [11–13]. Nevertheless, there is no national statistical database by health system of female genital mutilated residents in Spain, without prejudice to the data collected at the regional level in several Protocols of Action in the presence of FGM (Government of Catalonia, Government of Aragon, Government of Navarre and recently the Government of the Valencian Community) [12, 14–17].

Table 1 Types of Female Genital Mutilation

Type	Description
I	Clitoridectomy This is the partial or total removal of the clitoris (a small, sensitive and erectile part of the female genitals), and in very rare cases, only the prepuce (the fold of skin surrounding the clitoris).
II	Excision This is the partial or total removal of the clitoris and the labia minora with or without excision of the labia majora.
III	Infibulation This is the narrowing of the vaginal opening through the creation of a covering seal. The seal is formed by cutting and repositioning the labia minora or labia majora, sometimes through stitching with or without removal of the clitoris.
IV	Others This includes all other harmful procedures to the female genitalia for non-medical purposes, e.g. pricking, piercing, incising, scraping and cauterizing the genital area.

Source: Classification of the World Health Organization, 1995

The population residing in Spain from the countries where FGM is practiced originates mainly from Nigeria, Senegal, Gambia and Guinea and this population resides mainly in the Autonomous Communities of Catalonia, Madrid, Andalusia, the Valencian Community and the Basque Country [12, 13]. Over the decade of the 1990s and the early years of the 2000s there was a massive expansion of population from countries with prevalence of FGM in Spain, reaching historically high levels in 2008 before decreasing slowly.

According to the information included in the 2017 report by Kaplan et al., there are in Spain 69,086 women from countries in which FGM is practiced, representing a 5.2% increase since 2012. Of these, 18,396 are girls aged 0 to 14 years old, a group which has reduced slightly by 0.35% in the past four years. When focusing on data for each province, Barcelona houses the majority of sub-Saharan migrants, with 12,360 women and 3569 girls aged 0 to 14. In the second place is Madrid, followed by Girona, with 4538 women and 1409 girls, and Valencia with 3276 women and 950 girls aged 0 to 14. The Malian and Ghanean population are the ones who most have increased their female population (20% increased since 2012) [13].

In the Valencian Community (including the regions of Castellón, Valencia and Alicante), 19,934 people come from countries where FGM is practiced, 5429 of which are women and girls, 1268 are under 15 years of age and 4161 are over 15 years of age, according to data from the 2016 Population Information System [13].

In Spain, FGM in any of its manifestations is a crime of injury and is punishable by imprisonment of between 6 and 12 years, as provided in Section 149.2 of Organic Law 10/1995 of 23 November, of the Criminal Code (modified by Organic Law 11/2003).¹ In addition, Spanish jurisdiction is also competent to prosecute FGM not only in Spanish territory but also in foreign territory thanks to the provisions of Section 23.4 of Organic Law 6/1985 of July 1, of the Judiciary (as amended by Organic Law 1/2014 of 13 March).² Thus, in Spain, health professionals have a legal obligation to inform the judicial authority of the possible existence of a criminal act. Therefore, professionals must assess risk of FGM and treat it as a child abuse-safeguarding and make referrals of under 18 years of age to the police. This is a legal requirement and responsibility.

Although legislative progress is an important step in eradicating this practice, it remains insufficient and strategies for social and cultural transformation must be designed and implemented beyond criminal and legal prohibitions. A guide for professionals published by the National Union of Family Associations (UNAF) in 2013, states that prevention should be a strategic priority line for the eradication of violence against girls and women;

on the one hand, to “inform-sensitize” the population/families to facilitate a change in attitude towards FGM and, on the other hand, to “anticipate” cases of risk [7]. As proposed in EIGE’s report about ‘Female Genital Mutilation in the European Union and Croatia’, girls at risk of FGM are defined as minor girls (most commonly in the age range of 0–18) who come from FGM risk countries, or were born to parents (or one parent) who originate from countries where FGM is practised [18].

In 2015, the Spanish Ministry of Health, Social Services and Equality published a “Common protocol for health action against female genital mutilation” [12]. This protocol, based on the recommendations proposed previously by UNAF [7], develops, among others, the different actions necessary to be followed from the perspective of prevention and early detection of FGM.

It highlights that teams of health professionals, mainly at primary healthcare level, must have information about the network of community resources that facilitate the continuity of health and patient care. Also, in case of a possible situation of risk or when the FGM has occurred, they must know the existing tools for the health notification and, if necessary, the established channels for the communication of the fact to the rest of the sectors and agents involved (public entities of protection of minors, prosecution, judicial bodies, etc.) for an adequate follow-up of the case, putting in place the necessary protection measures or, if there is a crime, the report of such crime to the Justice. To this effect, the protocol insists on the need for training of professionals, which enables them to inform and guide women in case they need specific care and treatment either for themselves or for their daughters. Finally, the need for coordination between the different social care systems is also developed in order to be able to adopt effective actions in the prevention and awareness of FGM.

There is little research in our country about FGM and the knowledge, attitudes and practices (KAP) of professionals regarding this topic, but is even inferior in the primary healthcare context. As mentioned, primary healthcare professionals because of their proximity to the population have the opportunity and must identify the at-risk population, thus facilitating intervention in families and girls at risk. However, the revised literature indicates that there is a lack of knowledge related to the subject by health professionals, despite being a problem present in the Valencian community.

Kaplan-Marcusan et al. [19], in a study conducted between 2001 and 2004 in Catalonia, proved the existence of this social reality in primary healthcare centres, where at least 16% of the professionals had detected cases of women who had undergone FGM. However, the level of knowledge of the professionals on the subject was low, where less than half of the respondents knew the

different types of FGM and only 22% knew the countries of origin of the practice.

In a systematic review by Zurynski et al in 2015, only 18 studies were found from 2000 to 2014 in relation to the knowledge, attitudes and practices of health professionals. Although there are many publications on FGM, this systematic review evidences the lack of KAP research in Spain, and more specifically, in the Valencian Community [20]. This systematic review emphasized the need for accessible resources and evidence-based guidelines for professionals in order to provide culturally sensitive medical and psychological care to women and girls who have been mutilated.

The purpose of this study was to assess the perceptions, degree of knowledge and attitudes of primary healthcare professionals related to FGM.

Methods

A cross-sectional descriptive study was conducted based on a self-administered questionnaire addressed to different groups of health professionals working in Primary Healthcare. Professionals from the health area Clínic-Malvarrosa of the city of Valencia, Spain, were included -general practitioners (GP), gynaecologists, paediatricians, nurses, midwives and social workers among others (one pharmacist and one psychologist)-. These groups were selected because of their "privileged" situation of closest action and with potentially greater involvement in the care of women and girls mutilated or at risk of FGM residing in the Valencian Community. The period of administration was from the first of March to the end of May 2017.

In the Valencian Healthcare System, primary healthcare professionals work in teams who attend the needs of the population assigned to a certain territory, known as "Healthcare Area". This healthcare area is divided at the same time in different subareas with their own healthcare centre. In Clínic-Malvarrosa health area, primary healthcare is provided in thirty healthcare centres distributed throughout the health area by a multidisciplinary team (173 GPs, 168 nurses, 51 paediatricians, 19 midwives, 13 social workers and two gynaecologist, one pharmacist and a psychologist). The referral hospital for the whole Clínic-Malvarrosa area is called Hospital Clínic.

This health area serves a population of 340,481 people, of which 139,776 are women, 24,749 from 0 to 14 years old and 115,027 from 15 to 65 years of age according to the Patient Information System (data records from January 2017). According to the Valencian Community risk map of FGM, published by the Valencian Health Ministry in November 2016 [17], this health area belongs to one of the six areas with the highest number of girls and women at risk of FGM in the Valencian

Community, accumulating 57% of the total of girls and women at risk of FGM. Specifically, this area is in the fifth position in the Valencian Community, with an estimation of 370 girls and women at risk of FGM (data based on the 2016 census).

The instrument used was a validated semi-structured questionnaire about "Knowledge, attitudes and practices of the health professionals relating FGM".³ The questionnaire collected information on sociodemographic variables (age, gender, profession, speciality and workplace), degree of knowledge on FGM (identification and typology, aetiology, countries of prevalence, training received in the topic, knowledge of protocols and guidelines of action), cases of FGM and at-risk cases detected during consultations (previous experiences with women from countries where FGM is performed), interest on FGM (desire or not to act if a case detected) and attitudes versus FGM.

The attitudes explored were *educate-sensitize* -educate primary health professionals in FGM prevention and/or sensitize parents FGM consequences-; *report to authorities* -punitive and exemplary sentences to parents who perform FGM to their children and/or report to the authorities upon suspicion of FGM-; *control of children* -prevent girls to travel to their country of origin as to not to take any risk and/or perform routine check-ups of the female genitalia as a measure of control up to the age of eighteen-; or *ignore* any case of FGM or cases at risk of FGM.

A non-probabilistic sampling procedure was used since a nominal ratio of all professionals was not available for the random selection of the sample. Thus, the selection was non-probabilistic and by convenience sampling. However, this selection was made in a controlled basis, trying to guarantee the representability of the sample after estimating a proportion (percentage of health professionals in the primary healthcare area who correctly identify the types of FGM) taking as a reference the 40% obtained by Kaplan et al. in the study carried out in 2004. Considering this percentage as the expected proportion and applying an accuracy of 0.05 (5%) and a confidence level (1- α) of 90%, we required a sample of 260 cases, to which a 10% was added (taking into account those who potentially rejected to participate in the study). A total sample of 296 cases was finally estimated.

Additionally, we wanted to be exhaustive about specific groups such as paediatricians, social workers and midwives; although they were relatively small groups (in relation to the total set of medical professionals and nurses) they were considered as fundamental for the approach of this topic. Therefore, the questionnaire was handed over to eleven social workers working in different healthcare centres and two liaison social workers working in the hospital, representing the total social

workers in the area. Twenty-five paediatricians and eleven midwives based in primary healthcare centres agreed to participate in the research, reaching more than a 50% of response in both groups.

The questionnaire was personally distributed during different educational and organizational meetings of the healthcare area professionals, and even contacting each centre independently with the purpose to reach the smaller groups as mentioned earlier. In order to obtain the highest percentage possible of responsiveness, the questionnaire was administered in paper form instead of self-administered e-mail survey (since it was not possible to have an official list of the same, and knowing the low rate of response of other studies). Different time slots and flexibility were facilitated for the distribution and verbal reminders (via telephone or in person) were used for collection.

Precise oral instructions were provided by the research team prior to completing the document highlighting the voluntary nature of participation. The purpose of the research was presented orally in an understandable manner to the participants, in the same way as the importance of their collaboration, the institution availing the study and the risks and potential benefits that could be obtained from it.

The whole research project had been approved by the Ethics Committee in Human Research of the Ethics Commission in Experimental Research of the University of Valencia, Spain. All the questionnaires were anonymous and participants could not be identified in any way. To that end, a single key number was assigned to each questionnaire.

Statistical analysis

The answers provided by the participants were computed in a safe database for upkeep and debugging, making a first descriptive analysis of the variables under study and the subsequent assessment of association between them.

Categorical variables were described by the number of subjects and in absolute and relative frequencies including a 95% of confidence interval (CI). For the description of the continuous variables we used the mean, the standard deviations, 95% CI of the mean, the median, the 25th and 75th percentiles, the minimum and the maximum and total number of valid values.

In order to compare different groups of subjects, different statistical techniques were used according to the particulars of each variable and the number of groups to compare. If the variables, whether explanatory or response values, were categorical, the statistical analysis was made by using the Chi Square test with Fisher correction when necessary. Fisher's exact test is used

when more than 20% of the cells in the table have a frequency less than 5.

If the explanatory variable was categorical and the response variable was quantitative we applied the Student's T test or ANOVA (for two or more groups respectively), after verification of the existence of a normal distribution, by means of the Kolmogorov-Smirnoff test. In the event that such a distribution is not corroborated, non-parametric Wilcoxon or Mann-Whitney tests were performed, as appropriate.

For the identification of the characteristics of the professionals which may influence knowledge about FGM, detection of cases and attitudes towards FGM, a logistical regression model was constructed, where the professional group (adult care –GPs and nurses–, maternal and child care –midwives, gynaecologists, paediatricians–, and social workers and others), age, gender and training received were used as independent variables and the knowledge of typology and countries of prevalence of FGM and the knowledge of the existence of protocols of action, detection of cases and attitudes (educate-sensitise, report to authorities, educate and report to the authorities, children regular controls) as dependent variables.

All analyses were conducted using STATA statistical package version 13.

Results

Of a total of primary healthcare professionals of the healthcare area, a sample of 321 (75.1%) answered questionnaires was obtained; representing 71.1% (n123) of the total of professionals of family medicine (FM) in the department, 49% (n25) of all the paediatricians, 86.9% (n146) of nursing professionals, 57.9% (n11) of midwives and 100% (n13) of the group of social work professionals.

More than 70% of the respondents were women and the mean age of them was slightly lower (49.63) than that of men (53.13), with a minimum age of 22 and a maximum of 68 years old. The sociodemographic characteristics of the sample as well as professional knowledge, attitudes and practices in relationship to FGM are shown in Table 2 and are detailed by gender, age and professional group in Table 3.

Only 15% (n48) of the professionals answered that they had received training on FGM. On examining per disciplines, more than 60% (n7) of the midwives reported that they had received training followed by the 20% of paediatricians (n5) and 15.4% (n2) of social workers. On the other hand, GPs (n14) and nurses (n19) were the groups who reported to have received less training, with an 11.4% and a 13% respectively.

However, of those who responded that they had received training, only 6.3% (n3), two midwives and one GP, correctly identified the types of FGM and correctly pointed out the countries where this practice is carried

Table 2 Sociodemographic characteristics of the sample and knowledge, attitudes and practices related to FGM

	N	%
Survey respondents	321	100
Profession		
GPs	123	38.3
Gynaecologist	1	0.3
Paediatricians	25	7.8
Nurses	146	45.5
Midwives	11	3.4
Social workers	13	4.1
Other	2	0.6
Gender		
Male	77	24
Female	230	71.7
Other	2	0.6
No answer	12	3.7
Age (years)		
≤ 35	43	13.4
36–50	69	21.5
> 50	181	56.4
No answer	28	8.7
Training received	48	15
Proper training ^a	3	6.25
Correct identification		
Types of FGM	73	22.7
Countries of prevalence	16	5
Legislation	93	29
Reasons for conducting FGM		
Tradition and customs	120	37.4
Religious reasons	24	7.5
Tradition and religious reasons	130	40.5
Tradition and marriage opportunities	15	4.6
Other ^b	32	10
Detection of cases of FGM	15	4.7
Correctly identify cases at risk of FGM	109	34
Attitudes ^c		
Educate and sensitize	285	88.8
Condemn and report	131	40.8
Educate and report	113	35.2
Control	114	35.5

^aOf those who responded having received any training, the ones who correctly identified types of FGM and countries of prevalence

^bOther combinations, don't know and don't answer

^c"Educate and sensitize": educate primary health professionals in FGM prevention and/or sensitize parents FGM consequences. "Condemn and report": punitive and exemplary sentences to parents who perform FGM to their children and/or report to the authorities upon suspicion of FGM.

"Educate and report": both previous options combined. "Control": prevent girls to travel to their country of origin as to not to take any risk and/or perform routine check-ups of the female genitalia as a measure of control up to the age of eighteen

out, considering these two items the most relevant in relation to the knowledge about the practice of FGM. Bivariate analysis found this fact statistically significant ($p < 0.001$). For the overall sample, the rate of correct identification of both items at time (typology and countries of prevalence) was even lower (2.2%, n7).

Focusing on the correct identification of the types of FGM and continuing with the total sample, 22.7% (n73) correctly identified the existence of the 3 types of FGM, although the great majority of the respondents (45.8%, n147) answered that FGM consists only in the total removal of the clitoris. Statistically significant differences were found between the different groups of professionals, the midwives being the group with the most knowledge about the types of FGM ($p < 0.001$).

As for countries where FGM is practiced, only 5% (n16) of the total sample correctly identified the geographical area. Almost a dozen (8.4%, n27) associated the practice of FGM exclusively to Muslim countries, 5.3% (n17) to the entire African continent, and others (49.5%, n159) associated it to only a few African countries. Less than one third (29%, n93) of the respondents correctly identified the current legislation in Spain; the same percentage as those who responded not knowing the current legislation (28%, n90). On the other hand, 38.3% (n123) think that FGM is a crime only if it is performed in Spain and the rest (4.4%, n14) responded that FGM is not legislated in Spain.

No differences were obtained by gender but there was a significant association between the reasons why FGM is performed and the age of the participants ($p < 0.001$). The belief that FGM is due to religious reasons is more frequent among the professionals in the younger group, while tradition and customs as a motive for the practice of FGM is higher among the group of professionals over 50 years old.

Of the surveyed professionals only 4.7% (n15) answered that they had ever found a case of FGM during their professional practice. Midwives, in proportion, had detected more cases of women and girls with FGM (36.4%) followed by social workers (7.7%). Of those who had never found any case, 19.3% (n58) responded not to attend to a population at risk of FGM in their professional practice, 30.9% (n93) responded to attend to a population at risk but had not found any cases and 7.3% (n22) admitted that in the framework of their activity it was not appropriate to ask about FGM. The rest (42.5%) did not justify why they had not found any case of FGM during their professional practice.

The detection of the cases was divided into detection in girls under 18 and over 18 years old. Of the total of fifteen cases found, eleven were over 18 years old; of which 72.7% (n8) were detected during a physical examination, two cases (18.2%) through a clinical interview

Table 3 Knowledge, attitudes and detection of cases according to gender, age and profession

Knowledge	Age (n 293)						Gender (n 307)						Professionals (n 321)						p		
	≤35 (n 43)		36-50 (n 69)		>50 (n 181)		Male (n 77)		Female (n 230)		GPs (n 123)		Paediatricians (n 25)		Nurses (n 146)		Midwives (n 11)			Social workers (n 13)	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%
Correctly identify	9	20.9	16	23.2	43	23.8	17	22.1	54	23.5	29	23.6	8	32	25	17.1	8	72.7	3	23	0.001
Concept and types of FGM	1	2.3	4	5.8	8	4.4	5	6.5	10	4.4	13	37.2	6	17.1	13	37.1	1	2.7	2	5.7	
Prevalence countries	8	18.6	16	23.2	59	32.6	21	27.3	66	28.7	40	43	10	10.7	33	35.5	6	6.5	3	3.2	
Legislation	3	7	6	8.70	12	6.63	4	5.2	18	7.8	3	2.4	7	28.0	3	2.1	5	45.5	3	23.1	<0.001
Protocol of action																					
Reasons for conducting FGM																					
Tradition and customs	5	11.6	27	38.1	71	39.2	28	36.4	85	37	53	44.2	8	6.7	49	40.8	4	3.3	5	4.2	
Religious reasons	11	25.6	5	7.3	6	3.3	5	6.5	19	8.3	8	33.3	1	4.2	15	62.5	0	0	0	0	
Tradition and religious reasons	20	46.5	28	40.6	74	40.9	31	40.3	93	40.4	45	34.6	14	10.7	59	45.4	3	2.3	7	5.4	
Tradition and marriage opportunities	3	7	3	4.4	9	5	4	5.2	11	4.8	5	33.3	0	0	8	53.3	2	13.3	0	0	
Other	4	9.3	6	8.7	21	11.6	9	11.7	22	9.6	12	37.5	2	6.3	15	46.9	2	6.3	1	3.1	
Training received	7	16.3	8	11.6	30	16.5	10	13	37	16.1	14	11.3	5	20	19	13	7	63.6	2	15.3	0.006
Proper training*	0	0	0	0	3	10	0	0	3	8.1	1	0.8	0	0	0	0	2	18.2	0	0	<0.001
Attitudes																					
Educate and sensitize	39	90.7	59	85.5	163	90.1	68	88.3	206	89.6	110	89.4	24	96	124	84.9	11	100	13	100	
Condemn and report	25	58.1	26	37.7	71	39.2	31	40.3	93	40.4	46	39.8	11	44	62	42.5	3	27.3	5	38.5	
Educate and report	21	48.8	21	30.4	64	35.4	27	35.1	81	35.2	45	36.6	10	40	49	33.6	3	27.3	5	38.5	
Control	10	23.3	30	43.5	66	36.5	28	36.4	82	35.7	46	37.4	13	52	46	31.5	2	18.2	4	30.8	
Detection																					
Have detected any case of FGM	2	4.7	3	4.4	8	4.4	3	3.9	11	4.8	4	3.3	1	4	5	3.4	4	36.4	1	7.7	<0.05
Correctly identify cases at risk	17	39.5	21	30.4	63	34.8	30	39	78	33.9	35	28.5	11	44	51	34.9	6	54.6	5	38.5	

*Of those who responded having received any training, the ones who correctly identified types of FGM and countries of prevalence

and only one case through a third-party complaint. Screening was performed by pregnancy control (9.1%, n1), gynaecological examination (36.4%, n4) and by examination of another cause in the remaining five cases (45.5%). One person did not answer the question. The detection was casual, since in no case the exploration was due to suspicion of FGM. In relation to the action taken in case FGM was detected, one person decided to ignore it (9.1%) and the rest decided to act, basically coordinating with other professionals (45.5%, n5) or addressing the issue in the consultation and asking if they have any other daughters (preventing girls at risk of FGM in the same family unit) in the other 45.5% (n5) of the respondents. However, none of the respondents reported the findings.

With regard to the detection of FGM in girls under 18 years old, only 4 cases were detected through an interview and physical examination in the same proportion (50%), and no case by the complaint of a third party. When the detection was performed after physical examination, it was in both cases by pregnancy control in underage women. They were casual findings not related to exploration because of suspicion of FGM. Of the two respondents who answered the question about the attitude towards the detection of a case in a minor, the two of them answered that they co-worked with other professionals. None of them addressed the issue in the consultation nor reported the situation found.

Furthermore, for the detection of cases at risk of FGM, 34% (n109) of respondents correctly answered the question of what a case of FGM risk is. Ten percent of the sample (n33) considered every African girl at risk and another 5.3% (n17) answered any African girl who travelled to her country of origin for holidays. The characteristics of the professionals who may have had an influence on the detection of cases, their attitudes and knowledge are shown in Table 4.

In the case of detection of girls or women at risk of FGM, 55.1% (n177) of the health professionals surveyed answered that they would always act, compared to 34% (n109) who responded not to act because they did not know how to. Less than a 3% (n7) would only act in case of the girl travelling to her country of origin. Twelve people (3.7%) responded that they would not act since it was not within their competencies, and one person answered not to have had time to act. The rest (n15) did not answer the question.

As for the prioritization of the action to be performed after the detection of a risk case (excluding social workers), working in prevention obtained the highest number of responses as the first priority (40.5%). Secondly, examining the girl to check if she had FGM was mentioned (26.6%), followed by recording the findings in the clinical history (highest percentage as the

third priority, 27.9%). Consulting/coordinating with other professionals was the 4th priority (27.9%) and putting the case to the knowledge of the Court was chosen mainly as the last option in the priority list of actions (40.5%).

The measures proposed by the professionals in order to prevent FGM in Spain were similar among health professionals of both sexes but differed significantly between the different ages. The measures of control and gynaecological screening were proposed mainly by the older groups (OR 2.8, 95% CI [1.18–6.99] in the 36–50 age group, and OR 2.1, 95% CI [0.94–4.74] in those over 50 years of age). The judicial measures and reporting to the police were proposed by the younger group. Training and sensitization obtained more uniform results among the different groups by age and gender (Additional file 1).

The 80% of the social workers surveyed agreed to prioritize contact with the paediatrics team as a first option, consulting/coordinating with other professionals obtained their maximum response rate as the second priority (40%) and explaining the consequences to the parents was prioritized as option 3 by 40% of the respondents. Reporting to the court was chosen with the lowest priority by 60% of the social workers.

Finally, in relation to the knowledge about the existence of some protocol of action, only 6.9% of the respondents admitted to know some protocol of action, obtaining statistically significant differences between the different professions and the knowledge of the existence of protocols of action. Midwives, paediatricians and social workers, with 45.5, 28 and 23.1% respectively, were the most aware of such protocols.

The detection of cases was similar between men and women, slightly superior in the male group, but mainly performed by professionals under 35 years old in the maternal and child care area (OR 5.1, 95% CI [1.37–19.4]) and social workers (OR 4.6, 95% CI [0.47–46.22]).

Considering the training variable as explanatory, and grouping the professionals into three categories; midwifery, paediatrics and gynaecology professionals detected statistically significant more cases of FGM (OR 5.1, 95% CI [1.37–19.4]) than social workers and others (OR 4.6, 95% CI [0.47–46.22]) and FM and nursing professionals. The midwifery, paediatrics and gynaecologists professional group ([OR 1.6, 95% CI (0.80–3.42)]) and the social work professional group (OR 1.58, 95% CI [0.47–5.26]) did also detect more cases at risk than the family medicine and nursing professional group.

Subdividing the group of professionals, midwives had detected more cases of FGM (OR 40.8, 95% CI [5.17–322.1]) than social workers and paediatricians, this difference being statistically significant. In addition, midwives were the group that most correctly identified

Table 4 Logistic regression model on knowledge, attitudes and detection of cases related to FGM and different independent variables

	Detection		Attitudes, Measures Proposed			Knowledge		
	Cases of FGM	Cases at risk of FGM	Educate and sensitise	Condemn and report	Educate and report	Control	Protocol of action	Correct identification of types and countries of prevalence of FGM
Gender								
Male	1	1	1	1	1	1	1	1
Female	0.8 (0.19–3.30)	0.9 (0.51–1.60)	1.1 (0.49–2.71)	0.9 (0.55–1.70)	0.9 (0.55–1.74)	1.02 (0.58–1.81)	1.1 (0.26–4.83)	0.7 (0.13–4.68)
Age (years)								
≤ 35	1	1	1	1	1	1	1	1
36–50	0.4 (0.06–3.91)	0.6 (0.29–1.55)	0.6 (0.17–2.16)	0.4 (0.19–0.98)*	0.4 (0.20–1.05)	2.8 (1.18–6.99)*	1.003 (0.18–5.49)	–
> 50	0.6 (0.11–3.43)	0.8 (0.41–1.69)	0.9 (0.30–3.07)	0.4 (0.21–0.87)*	0.5 (0.27–1.10)	2.1 (0.94–4.74)	0.4 (0.08–2.24)	–
Professional groups								
FM and nursing	1	1	1	1	1	1	1	1
Midwifery, paediatrics and gynaecology	5.1 (1.37–19.4)*	1.6 (0.80–3.42)	5.5 (0.70–43.57)	0.7 (0.37–1.66)	0.9 (0.45–2.02)	1.3 (0.62–2.71)	26.38 (7.57–91.95)*	7.4 (1.39–39.43)*
Social work and others	4.6 (0.47–46.22)	1.58 (0.47–5.26)	–	1.1 (0.33–3.68)	1.4 (0.44–4.88)	1.06 (0.32–4.40)	10.5 (1.59–70.54)*	–
Training								
Not received	1	1	1	1	1	1	1	1
Received	8.6 (1.14–64.9)	0.7 (0.12–4.39)	0.3 (0.03–3.68)	3.5 (0.61–20.44)	1.9 (0.36–10.08)	0.7 (0.13–4.40)	195.6 (13.9–2750.1)*	–
Professions								
GPs	1	1	1	1	1	1	1	1
Gynaecologists	–	–	–	–	–	–	–	–
Paediatricians	2.5 (0.21–30.11)	1.9 (0.77–4.97)	2.1 (0.25–18.09)	1.09 (0.44–2.70)	1.05 (0.39–2.62)	1.5 (0.62–3.82)	12.9 (3.0–55.67)	2.9 (0.24–34.82)
Nurses	1.8 (0.32–11.14)	1.6 (0.92–2.91)	0.4 (0.20–1.13)	0.8 (0.51–1.51)	0.6 (0.39–1.18)	0.8 (0.45–1.39)	0.7 (0.13–3.63)	0.5 (0.04–6.66)
Midwives	40.8 (5.17–322.1)*	3.3 (0.70–9.45)	–	0.4 (0.10–1.8)	0.5 (0.12–2.06)	0.3 (0.07–1.78)	26.8 (4.74–152.4)*	16.6 (1.46–188.60)*
Social workers	7.4 (0.54–102.4)	2.5 (0.70–9.45)	–	0.8 (0.22–3.06)	0.9 (0.25–3.52)	0.7 (1.19–2.71)	6.2 (0.84–45.95)	–

Results are expressed using Odds Ratio and CI 95% in parentheses

*p < 0.05 on comparison with the reference category

the types of FGM and the countries where this practice is performed (OR 16.6, 95% CI [1.46–188.60]), they better detect cases at risk (OR 3.3, 95% CI, [0.70–9.45]) and were aware of the existence of different protocols of action (OR 26.8, 95% CI [4.74–152.4]).

Discussion

The results of our study show the existence of problems related to FGM in the population attended in consultations by the health professionals surveyed, since at least fifteen cases were detected. However, there was a lack of knowledge on the types of FGM, countries where it is carried out and the detection of cases of risk. This, added to the fact that more than one-third of the respondents admitted attending to the population at risk, suggests that there may be more underdiagnosed cases due to the ignorance of the existence of this practice but also because the strategies for its detection are not applied in many cases.

Thus, this detection figure of 4.7% is similar to the one detected by Kaplan et al. in 2001 in Catalonia (6%). Kaplan et al. detected, after carrying out different educational activities in the healthcare centres, an increase of FGM cases identified by GPs from 6 to 16% and paediatricians from 7 to 19% respectively between 2001 and 2004 [19]. The case detection figures are much higher in several European studies [21–26], although it is true that in these studies the sample is mainly of women's specialists and are conducted in a hospital environment. Only in our study and the one carried out by Kaplan et al. in Catalonia the sample is entirely from the primary healthcare area. This may explain why European studies detection figures are higher than ours. Therefore, our study could only be compared to the one made by Kaplan et al., as it is the only study focusing on the primary healthcare area.

In 2013 in the UK, Purchase et al. surveyed 607 obstetricians and Relph surveyed 79 doctors and midwives [21, 22]. At least 87% of the obstetricians had been involved in the care of a mutilated girl or woman and more than 20% of them had known 10 cases. Almost 60% of the professionals surveyed by Relph had found some case of FGM during their clinical practice. In Belgium 58% of the 333 gynaecologists surveyed by Leye had found cases of FGM, with infibulation being the most common type [23]. Cappon et al. in 2015, found that more than 15% of Flemish midwives were recently confronted with FGM but only 3.5% of them were aware of existing guidelines regarding FGM in their hospitals and only 20.2% was aware of the exact content of the law [24].

Similar are the figures in Sweden where 60% of women's health professionals had found at least one case of FGM by detecting 39% of them long-term

complications [25]. In Switzerland, 73% of French professionals had detected mutilated women in 2002 [26]. In Italy, the recorded figures are lower, however, the Caroppo et al. KAP study was targeted only to few professionals (physicians, social workers, psychologists and health assistants) working in asylum centres [27].

On the other hand, in our study, some professionals overestimated their knowledge about FGM. Only 6.3% was able to correctly identify typology of FGM and the countries of prevalence after answering to have been trained or to have carried out self-taught formation. The sources of training were mainly from NGOs and associations (16.7%) and services from official agencies (33.3%), although the largest percentage (35.4%) reported having received information through the media, television, newspapers and social networks.

Separating both items, less than a quarter of respondents correctly answered the existence of different types of FGM, and less than one-tenth of them correctly recognized the areas where FGM is practiced. More than a third of respondents believe that FGM is not legislated in Spain or does not know of its existence, 38% believes that it is only a crime if it is carried out in Spain and less than a tenth of the professionals of the centre were knowledgeable of the existence of official health protocols of action. We observe in this area an important gap of professional organisations communication towards the health professionals involved that needs urgent attention.

It is worth mentioning the recent elaboration and publication of the protocol of action of FGM by the Government of the Valencian Community, reinforcing the idea shown in this study on the importance of raising awareness about the existence and increase of population at risk in the Valencian Community. In spite of the institutional efforts made to train health professionals and the dissemination of the protocol and its performance (training courses for professionals, emails and corporate notifications about the recent protocol, guide of action in cases of girls traveling to their country of origin during holidays, etc.), this study shows the need to continue efforts for the prevention and eradication of this practice in our area.

Among the professionals who detected cases, the group of midwives was the only one who reported having detected more than one case of FGM during their professional practice. One of the midwives knew of at least ten cases of mutilated women, since she had the opportunity to meet other women who had undergone the same practice through one of her patients. Some professionals also commented on having worked in the United Kingdom (UK), where resources and guidance are published and updated frequently by the government to help to support the National Health Service (NHS) organisation developing new safeguarding policies and procedures for FGM.

These documents are developed in partnership with health and social care professionals and professional bodies and they can be used by health professionals from all sectors. Moreover, UK government encourages all organisations to ensure that their approach to safeguarding against FGM is multi-agency and multi-disciplinary [28]. They work with partners in social services and the police. A mandatory reporting duty for FGM requires regulated health and social care professionals and teachers in England and Wales to report known cases of FGM in under 18-year-olds to the police.

The maternal and infant stages are optimal stages for the detection of these girls or women, when in many occasions it will be their first contact with the health system. Addressing this issue in prenatal consultations requires great sensitivity, respect, empathy and confidentiality. The midwife, in this case, is usually the one that carries out a greater number of visits at this stage, creating a climate of trust and mutual respect more easily between professional and the woman, favouring the identification of women with FGM.

On the other hand, professionals should also practice prevention in the case of a new-born female, making sure that parents are aware of the criminal and health consequences that this entails for their daughter, should they wish to cut their daughter. The paediatrics team should also be contacted during gestation in case the pregnant woman with MGF is going to have a new-born female to continue raising awareness about preventing FGM in the girl. In any case, the detection of FGM must be registered in the available registry and computer systems, following the current algorithm published by the Health Department on the actions to be carried out in girls at risk.

Thus, midwives, gynaecologists, obstetricians, paediatricians and social workers need to acquire knowledge about different cultures and the sensitivity needed to ensure quality care and respect for women with FGM and their families. As early as 2013 in the United Kingdom, 84% of obstetricians surveyed were aware of the need to contact child protection services when a child was at risk of being mutilated [21].

Our study shows that more than a third of the professionals are able to detect cases of risk and that more than half of the respondents had an interest in acting if they located a child at risk. However, when the cases of FGM were detected in underaged girls, none of the professionals stated having reported the situation, and all the professional groups agreed that the last action they would take would be to bring the case to the attention of the Court. If detection of cases in women over 18 years are not reported and registered in the medical records, this may interfere with the provision of adequate care and prevention of FGM for the new-born daughter.

This fact suggests that professionals are not aware of the illegality of performing FGM in Spain as well as outside the territory for resident women, and that they have a duty and legal obligation to inform the judicial authority of the possible existence of a criminal act. This reinforces the idea of the need to distribute appropriate guidelines to the different healthcare, education workers and the police. The official ministry, professional's organizations, and the specific health institutions by territory are responsible of developing these policies and guidelines and should provide training awareness-raising for all the professionals dealing with FGM. The importance of individual risk assessments cannot be underestimated. Assessing the risk that a girl might be exposed to because one or both her parents originate from countries where FGM is practised is one of the criteria to be used to assess risk and initiate, if considered, specific prevention and protection actions.

Nevertheless, the priority of the strategic line with a view to eradicate violence against women in general and FGM as a specific form of violence should be prevention and awareness of the population from a multicultural and integral approach, being the Primary Health Care a fundamental pillar in the health system, if the professionals are trained and sensitized with this health problem. To achieve this, a proposal could be to introduce FGM in the curricula of various disciplines at university and high school level, as WHO advised in 2001 [29]. In addition, it is essential to establish a coordination system with other administrations (educational, social, judicial and police) to complete the comprehensive and multi-disciplinary approach to FGM, including any legal consequences that may arise.

In order to know the knowledge base and to describe the capacities and attitudes of the other two main pillars for the prevention and eradication of this practice, education professionals and security authorities have also been surveyed; the results will soon be published elsewhere. This line of research is broad and little explored and combined with the exploration of the needs and experiences of immigrant families in our region, it will lead to a better understanding of the necessary improvements of the different public sectors for the early detection, prevention, follow-up and intervention in women and girls with FGM.

With regard to the limitations of this study we believe that the lack of statistical significance in some of the trends observed on multivariate analysis was due to insufficient sample size in some of the variables studied as some groups of the healthcare area studied, such as midwives, gynaecologists and social workers do not contain a wide range of professionals. It should also be noted that initially, we did not receive a list of professionals. This would have facilitated the distribution of the

questionnaires through random sampling and the calculation of the sample for its representativeness. It should also be indicated that the possible ambiguity in some questions of the questionnaire could lead to different interpretations and to different response criteria for the respondents, such as the response to “working in prevention of FGM”.

Conclusions

This study demonstrates that the problem of FGM is present in the population attending primary healthcare services in our region. However, the professionals showed a profound lack of knowledge around concept, typology and countries of prevalence of FGM suggesting that, added to the fact that more than one-third of the respondents admitted attending to population at risk, there may be more underdiagnosed cases of FGM. The professionals also over-evaluated their degree of knowledge and less than a quarter of respondents correctly answered the existence of different types of FGM and less than one-tenth of them correctly recognized the areas where FGM is practiced. The detection of cases was mainly performed by professionals under 35 years old, those working in the field of midwifery, paediatrics and gynaecology followed by social workers. Less than 7 % admitted to know some protocol of action, but midwives, paediatricians and social workers were most aware of such protocols. Midwives were also the group that were mostly able to identify the types of FGM, the countries where this practice is performed and to detect cases at risk.

To guarantee a multidisciplinary, transcultural and respectful approach to FGM in our community, it is necessary to make the problem of FGM known to the population in general and to healthcare professionals and other public services professionals in particular, increasing their knowledge about this fact and focusing on the importance of prevention and early detection of cases at risk of FGM. It is healthcare professional's duty to recognize this situation and to follow the right protocols of action in order to refer these women and their families to the most appropriate services and professionals that fit their needs, thus ensuring a multidisciplinary, positive and transcultural care for these families. Preventive and awareness-raising measures should also be undertaken to attempt to eradicate this practice in our area and worldwide.

The study is carried out in a particular area of the city of Valencia and although it can be thought that the situation may be extrapolated to the rest of the Community, due to its population heterogeneity, it would have to be confirmed in future research. Continuing to collect useful data is crucial for guiding public policies and programs as an essential part of the efforts to eradicate FGM.

Endnotes

¹Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

²Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros.

³Designed and validated questionnaire by Kaplan-Marcusan (Wassu-UAB Foundation), authorised for use by the author.

Additional file

Additional file 1: Healthcare professionals multivariate analysis. (PDF 662 kb)

Acknowledgements

We are grateful to all primary healthcare professionals, who voluntarily agreed to get involved in the study by answering the questionnaire and to Primary Care Medical and Nursing Management Directors for authorising the distribution of the questionnaires and the completion of the study in the Clinic-Mañanosa Health Area.

Funding

This research received no specific grant from any funding agency.

Availability of data and materials

This article, as mentioned previously, is a part of a doctoral thesis which will be presented and defended in the coming months at the University of Valencia, where apart from healthcare professional, other professionals from the educational and security bodies' fields have been surveyed. However, we are more than willing to facilitate the data records and the statistical analysis documents supporting the information stated in this paper regarding Healthcare Professionals. If any other record or any clarification is needed, we are happy to kindly provide the documents needed if required by the Editor.

Authors' contributions

AGT as a PhD student is the principal investigator of the study and ACS and VRR are the thesis directors. AGT, ACS and VRR designed the study. AGT performed the recollection of data, the statistical analysis and the results interpretation and was a major contributor in writing the manuscript. MGT helped recollecting and analysing data and drafting the manuscript. ACS and VRR supervised and brought methodological support to the study. All the authors have read, revised and approved the final manuscript and have agreed to its submission for publication.

Authors' information

Alba González-Timoneda
BSc, MSc, Nursing and Midwifery.
PhD Student, University of Valencia, Faculty of Nursing and Chiropody.
Vicente Ruiz Ros
PhD, Professor at University of Valencia, Faculty of Nursing and Chiropody.
Marta González-Timoneda
BSc, MSc, Medicine.
Obstetrics and Gynaecology Junior Resident Doctor at Hospital Clínico Universitario de Valencia.
Antonio Cano Sánchez
PhD, Professor of Obstetrics and Gynaecology at the University of Valencia, Faculty of Medicine.
Head of the Obstetrics and Gynaecology Service of the Hospital Clínico Universitario de Valencia.

Ethics approval and consent to participate

This study was approved by the Ethics Committee in Human Research of the Ethics Commission in Experimental Research of the University of Valencia, Spain. They issued a favourable report since the fundamental principles of the Declaration of Helsinki and the European Convention on Human Rights were respected and the report fulfilled all the requirements established by the Spanish legislation in the field of biomedical research, the system of protection of personal data and the bioethics.

All respondents were formally informed about the extent and purpose of the research, and their participation was voluntary and contingent on their personal oral consent. All the questionnaires were anonymous and participants could not be identified in any way. To that end, a single key number was assigned to each questionnaire. The participation was voluntary in all cases.

Consent for publication

Not applicable.

Competing interests

The authors declare that they have no competing interests.

Publisher's Note

Springer Nature remains neutral with regard to jurisdictional claims in published maps and institutional affiliations.

Author details

¹Faculty of Nursing and Chiropody, University of Valencia, Calle Jaime Roig, s/n, 46010 Valencia, Spain. ²University of Valencia, Valencia, Spain. ³Obstetrics and Gynaecology Service, Hospital Clínico Universitario of Valencia, Av. de Blasco Ibáñez, 17, 46010 Valencia, Spain. ⁴Faculty of Medicine and Dentistry, Department of Obstetrics, Gynaecology and Paediatrics, University of Valencia, Av. de Blasco Ibáñez, 15, 46010 Valencia, Spain.

Received: 18 September 2017 Accepted: 15 July 2018

Published online: 24 July 2018

References

- World Health Organization. Female genital mutilation. An overview. Geneva: World Health Organization; 1998.
- United Nations Children's Fund. Female genital mutilation/cutting: a global concern [Internet]. New York: UNICEF; 2016. Available from: https://data.unicef.org/wp-content/uploads/2016/04/FGMC-2016-brochure_250.pdf. Accessed 28 Nov 2017.
- United Nations Children's Fund. UNICEF Data: Monitoring the Situation of Children and Women. Female Genital Mutilation and cutting [Internet]. UNICEF; 2017. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation-and-cutting/#>. Accessed 28 Nov 2017.
- World Health Organization. Female genital mutilation: a joint WHO/UNICEF/UNFPA statement [Internet]. Geneva: WHO; 1997. Available from: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/41903/1/9241561866.pdf>. Accessed 21 Nov 2016.
- European Parliament. Resolution of 24 March 2009 on combating female genital mutilation in the EU. In: 2008/2071(IN); 2009.
- World Health Organization. Female genital mutilation: report of a WHO technical working group [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1996:1–32. Report No: WHO/FRH/WHO/96.10. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/63602/1/WHO_FRH_WHO_96.10.pdf. Accessed 15 Oct 2016.
- Unión Nacional de Asociaciones Familiares (UNAF). Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e intervención. In: UNAF-Unión Nacional de Asociaciones Familiares; 2013.
- World Health Organization. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation. Geneva: World Health Organization; 2016.
- OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement [Internet]. Geneva: WHO; 2008. Available from: http://www.un.org/womenwatch/daw/cew/2008/statements_missions/interagency_statement_on_eliminating_FGM.pdf. Accessed 09 Oct 2016.
- World Health Organization. Global strategy to stop health-care providers from performing female genital mutilation. In: UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNFEM, WHO, FIGO, ICN, IOM, MWA, WCPT, WMA [Internet]. Geneva: WHO; 2010. Available from: http://whq/ibdoc/who.int/hq/2010/WHO_RHR_10.9_eng.pdf. Accessed 15 July 2017.
- Kaplan A, López A. Mapa de la Mutlación Genital Femenina en España 2012. *Antropología Aplicada* 2. Bellaterra: Fundación Wassu-UAB; 2013.
- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutlación Genital Femenina. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios sociales e Igualdad; 2015.
- Kaplan A, López A. Mapa de la Mutlación Genital Femenina en España 2016. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Fundación Wassu-UAB; 2017.
- Gobierno de Navarra. Protocolo para la Prevención y Actuación ante la Mutlación Genital Femenina en Navarra. Navarra: Instituto Navarro para la Familia e Igualdad; 2013.
- Gobierno de Aragón. Protocolo para la prevención y actuación ante la mutlación genital femenina en Aragón. Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2011.
- Generalitat de Catalunya. Protocolo de Actuaciones para Prevenir la Mutlación Genital Femenina. Barcelona: Departamento de Acción Social y Ciudadanía; 2007.
- Generalitat Valenciana. Protocol d'actuació sanitària davant la mutlació genital femenina en la Comunitat Valenciana [Internet]. València: Generalitat, Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; 2016. Available from: http://www.san.gva.es/documentos/1513116735740/Castellano_Protocolo_MGF.pdf. Accessed 15 Dec 2016.
- European Institute for Gender Inequality. Female genital mutilation in the European Union and Croatia. Belgium: European Union; 2013.
- Kaplan-Marcusan A, Tordin-Monserrat P, Moreno-Navarro J, Castany Fàbregas MJ, Muñoz-Ortiz L. Perception of primary health professionals about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health Serv Res* 2009;9(11)
- Zurynski, et al. Female genital mutilation and cutting: a systematic literature review of health professionals' knowledge, attitudes and clinical practice. *BMC International Health and Human Rights*. 2015;15:32.
- Purchase TC, Lamoudi M, Colman S, Allen S, Lathe P, Jolly K. A survey on knowledge of female genital mutilation guidelines. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2013;92(7):658–61.
- Rolph S, Inamdar R, Singh H, Yoong W. Female genital mutilation/cutting knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*. 2013;168(2):195–8.
- Leyte E, Yaebaert J, Deblonde J, Caeyts P, Vermeulen G, Jacquemyn Y, et al. Female genital mutilation: knowledge, attitudes and practices of Flemish gynaecologists. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008;13(2):182–90.
- Cappon S, et al. Female genital mutilation: Knowledge, attitude and practices of Flemish midwives. *Midwifery*. 2015, 31(3):e29–35.
- Tamaddon L, Johndrotter S, Liljestrand J, Essen B. Swedish health care providers' experience and knowledge of female genital cutting. *Health Care Women Int*. 2006;27(8):709–22.
- Jager F, Schulze S, Hohnfeld P. Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. *Swiss Med Wkly*. 2002;132(19–20):259–64.
- Caroppo E, Almadori A, Giannuzzi V, Brogna P, Diodati A, Bria P. Health care for immigrant women in Italy: are we really ready? A survey on knowledge about female genital mutilation. *Ann Ist Super Sanita*. 2014;50(1):49–53.
- Female Genital Mutilation Risk and Safeguarding Guidance for professionals. Social Care, Local Government and Care Partnerships/Children, Families and Communities/Maternity and Starting well [Internet]. United Kingdom: Department of Health; 2016. Available from: https://www.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/525390/FGM_safeguarding_report_A.pdf. Accessed 19 Oct 2016.
- World Health Organization. Female genital mutilation: Integrating the prevention and the management of the health complications into the curricula of nursing and midwifery curricula. A student's guide [Internet]. Geneva: WHO; 2001. Available from: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/fgm/RHR_01_17/en/. Accessed 02 Nov 2016.