

18

La mutilación genital femenina desde la perspectiva de las mujeres afectadas. Abordaje desde enfermería

María del Mar Pastor Bravo
y Pilar Almansa Martínez

Introducción

La mutilación genital femenina (MGF) es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas¹ ya que atenta contra derechos fundamentales como la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho a no ser sometido a torturas crueles, inhumanas o degradantes, y el derecho a la vida en los casos en que el procedimiento acaba produciendo la muerte.

Este tipo de violencia contra las mujeres ha sido denunciado por distintas organizaciones internacionales a nivel mundial como es el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) o el Fondo de Naciones Unidas para Actividades de Población (FNUAP), entre otros².

La mutilación genital femenina “*comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos y otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos*”³.

La Organización Mundial de la Salud⁴ establece 4 tipos DE MGF:

Tabla I: Tipología de la mutilación genital femenina⁴

Tipo I Clitoridectomía	Resección parcial o total del clítoris o el prepucio del clítoris.
Tipo II Escisión	Resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.
Tipo III Infibulación	Estrechamiento o sellado de la abertura vaginal a través de corte y recolocación de los labios menores con o sin resección del clítoris.
Tipo IV Otros	Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos.

Esta práctica causa importantes complicaciones para la salud de las mujeres, a corto plazo presenta: dolor intenso, shock, hemorragia, tétanos, sepsis, retención urinaria, llagas abiertas en la región genital y lesiones de los tejidos genitales vecinos. A largo plazo: infecciones vesicales y urinarias recurrentes, quistes, esterilidad, aumento del riesgo de complicaciones del parto y muerte del recién nacido y necesidad de nuevas intervenciones quirúrgicas⁴.

Afecta a una población aproximada de 140 millones de mujeres y niñas de todo el mundo, 92 millones de las cuales se encuentran en 28 países del África subsahariana, donde 3 millones de niñas están en riesgo de que corten sus genitales cada año⁴. También se realiza en Asia y el Medio Este, así como en determinados grupos étnicos en América Central y Sur América².

Los procesos de globalización y los flujos migratorios actuales, hacen que se den casos de MGF en todo el mundo industrializado. En España, concretamente, hay 178.000 inmigrantes procedentes de países donde se realiza habitualmente la práctica y 10.000 niñas corren el riesgo de ser mutiladas en nuestro país⁵.

La MGF continúa realizándose por motivos higiénicos, estéticos, religiosos, para controlar la sexualidad femenina, aumentar la fertilidad y hacer el parto más seguro⁶.

Conscientes de la necesidad de tomar medidas para contrarrestar la evolución de esta práctica y erradicarla, los Estados Europeos prohíben legalmente la MGF⁷. Concretamente en España, constituye un delito de lesiones, tipificado y sancionado en nuestro ordenamiento jurídico y perseguido tanto territorial como extraterritorialmente⁸.

A pesar de la legislación, esta convención social perjudicial para la salud continúa realizándose, ya que se requiere de otros esfuerzos para acabar con una práctica tan arraigada⁹. Lo que ha creado, en algunos sectores sociales y profesionales, la necesidad de aprender a abordar esta problemática desde una perspectiva de protección de la dignidad y de derechos humanos, suponiendo un nuevo reto para los servicios públicos de salud, en general, y la enfermería en particular, debido a las connotaciones culturales de la práctica y a que el paradigma biomédico no responde a ciertas necesidades y desafíos que propone, la ya establecida, aunque aún poco estudiada población multicultural.

Objetivo

El objetivo del presente estudio es conocer la experiencia y actitudes de las mujeres residentes en España que han sido sometidas a MGF.

La consecución de dicho objetivo pretende propiciar un acercamiento a la realidad de estas mujeres que proporcione a la enfermería una base desde la cual abordar la MGF, iniciando el camino para su prevención.

Metodología

Diseño

La metodología del estudio es tipo descriptiva, pues persigue la obtención de información para elaborar una imagen más clara de los factores favorecedores de la MGF, así como de los que hacen que las mujeres se posicionen en contra de la práctica. Conocer dichos factores puede contribuir tanto a la identificación de niñas en situación de riesgo, como a proporcionar una base a la enfermería para la creación de intervenciones dirigidas al abordaje y prevención de la MGF.

El enfoque cualitativo y etnográfico fue elegido por tratarse de un estudio en el que se busca obtener la singularidad de los fenómenos estudiándolos con detenimiento, sin renunciar a su naturaliza holística. Además, los estudios de naturaleza cualitativa pueden describir la complejidad de un determinado problema, comprender y clasificar procesos dinámicos vividos por un grupo y posibilitar, en mayor nivel de profundidad, el entendimiento de las particularidades del comportamiento de los individuos¹⁰, por lo que se considera idóneo para comprender la mutilación genital desde la perspectiva de las mujeres afectadas.

Se optó por la etnografía dada su pertinencia a la hora de documentar conocimientos y pensamientos acerca de valores y creencias que interfieren o pueden interferir en los cuidados culturales y en la salud de las personas que los realizan. Se trata pues, de conocer la perspectiva de los participantes desde un punto de vista *émic*, para comprender y describir de manera exacta las situaciones y comportamientos.

Puesto que no se tiene la intención de estudiar una cultura completa, sino de dar un enfoque etnográfico al estudio de un área de creencias específicas dentro de un ambiente contextual concreto, esta investigación pertenece a la etnografía particularista, centrada en una unidad social que ayudará a entender las reglas y normas de relación vinculada a esta costumbre tan particular que afecta a la calidad de vida de muchas mujeres en el mundo.

Población de estudio

Los sujetos del estudio son 4 mujeres mutiladas genitalmente. Tres de ellas de procedencia Senegalesa y una de Nigeria. Todas ellas habitantes de las Torres de Cotillas (Murcia). Se contactó con ellas a través de una matrona del Hospital Universitario "Virgen de la Arrixaca" en la asistencia al parto y de la matrona del centro de salud de las Torres de Cotillas en la revisión del embarazo.

Instrumento y Proceso de recolección de datos

El instrumento utilizado para la recolección de los datos ha sido la entrevista semiestructurada de elaboración propia (ANEXO 1. Entrevista a mujeres mutiladas) que se compone de 47 preguntas abiertas y cerradas.

Durante las diferentes entrevistas no todas las preguntas han sido realizadas, ni el orden de las mismas seguido estrictamente, dado que era la propia conversación la que dirigía el rumbo de la entrevista. Si bien la entrevista ha sido estructurada en 5 bloques principales:

- Datos socioeconómicos.
- Antecedentes médicos.
- Relaciones de pareja.
- Embarazo y parto.
- Repercusión social.

Al comienzo de la entrevista se les preguntó qué nombre utilizaban para referirse a la mutilación genital femenina, siendo éste el nombre utilizado durante el resto de la entrevista.

Las entrevistas se realizaron de forma individual en un ambiente de confidencialidad. Las tres mujeres senegalesas fueron entrevistadas en su propia casa y en el momento de la entrevista estaban presentes sus hijas menores. La cuarta mujer, de Nigeria, fue entrevistada en la consulta de la matrona en el centro de Salud.

Aspectos éticos

Previo a la realización de la entrevista se les explicó las características del estudio, el carácter anónimo de éste y que la participación es voluntaria. Se les entregó el consentimiento informado, en el que se comunica que sus datos personales serían protegidos e incluidos en un fichero que estará sometido a las garantías de la Ley Orgánica 15/1999 del 13 de Diciembre de Protección de Datos (ANEXO 2. Instrucciones y consentimiento informado). El consentimiento informado fue firmado, quedándose una copia la investigadora principal y otra la participante en el estudio.

Se pidió permiso para grabarlas en audio para posteriormente transcribir y destruir las grabaciones, sin embargo, la mujer nigeriana prefirió que no se registrase su voz por miedo a ser reconocida y rechazada por otras mujeres africanas. Por lo que los datos de esta entrevista se recogieron mediante anotación directa.

Además se tuvo la precaución de dar un código a cada entrevistada, no apareciendo su nombre en las transcripciones ni en el estudio.

Análisis de los datos

Tal y como propone Bardin¹¹, el análisis se realizó en tres fases: un pre-análisis, consistente en la organización del material a ser analizado, sistematizando las ideas iniciales mediante lectura y demarcación de las transcripciones; una segunda fase de exploración del material, siendo esta realizada para la definición de las categorías; y la tercera fase consistente en el tratamiento de los resultados, deducciones e Interpretaciones.

Durante el análisis de datos de las mujeres mutiladas se identificó el contexto en el que se realiza la MGF así como los conocimientos y actitudes de las entrevistadas respecto a la práctica.

Limitaciones del estudio y dificultades encontradas

La principal limitación del estudio radica en la escasa muestra captada, si bien, en los estudios cualitativos no cobra importancia la cantidad de relatos acumulados sino su buen análisis, que permita encontrar lo que hay de general dentro de lo específico, buscando, a veces, similitudes o diferencias.

Se encontraron dificultades para acceder al campo de estudio, debido al número reducido de población originaria de países donde se lleva a cabo la práctica. Además las mujeres africanas presentan dificultad para hablar de lo que consideran un asunto privado y tabú como es la MGF así como miedo a verse señaladas por su comunidad, por lo que pueden rechazar participar en el estudio por motivos morales o de autoprotección.

La barrera idiomática también supuso una dificultad a la hora de mantener las conversaciones y realizar las entrevistas.

Resultados

Datos sociodemográficos

La media de edad de la muestra es de 23,7 años. El tiempo de residencia en España es de 11 años en un caso y entre 1 y 2 años los demás casos. Sus países de origen pertenecen a la franja del África Subsahariana: tres proceden de Senegal y una de Nigeria. Dos están casadas, y las otras dos viven en pareja. Tienen entre una y tres hijas. Su nivel de estudios es muy bajo; solamente una sabe leer y escribir, otra es analfabeta y las dos restantes saben leer con dificultad. No poseen ninguna cualificación profesional, tan solo una de ellas, la que lleva más tiempo en España trabaja en una fábrica de conservas. Viven en el mismo barrio de la misma zona rural.

Contextualización de la MGF

En la tabla II se exponen los principales resultados que contextualizan el rito de la MGF.

El nombre que recibe la MGF es Sunna entre las entrevistadas senegalesas y corte según la entrevistada procedente de Nigeria. La edad a la que se practica varía entre las 2 semanas a los 14 años de edad, las personas que realizan la práctica son mujeres mayores que se dedican a esto y a la que una de las entrevistadas se refiere como *Dambo*.

Tabla II. Conocimientos sobre MGF que tienen las entrevistadas

	E1 (Senegal)	E2 (Senegal)	E3 (Senegal)	E4 (Nigeria)
Nombre de la MGF	<i>Sunna</i>	<i>Sunna</i>	<i>Sunna</i>	<i>Corte</i>
Significado asociado	Se celebró una fiesta en casa	(No lo sabe)	(No lo sabe)	(No lo sabe)
Edad	14 años	<i>"muy pequeña"</i>	1 mes	2 semanas
Persona que la realiza	Sólo se dedican a eso	<i>Dambo</i> Mujeres que saben hacerlo	Mujeres mayores	Mujeres que saben hacerlo <i>En Cartagena un hombre de Nigeria se lo hace a los niños</i>
Procedimientos utilizados	Se aplica un polvo procedente de un árbol africano, en la zona genital para que cicatrice	(No lo recuerda)	(No lo recuerda)	(No lo recuerda)
Sentimiento durante la MGF	Miedo <i>"Todas tenemos miedo". "Recuerdo que lloré"</i>	Dolor	(No lo recuerda)	(No lo recuerda)

Tal y como afirma E1, después de realizar el corte se realizan curas para que cicatrice la herida mediante la aplicación de un polvo, procedente de un árbol, en la zona genital. El resto de participantes no recuerdan nada respecto al procedimiento debido a su corta edad.

La mitad de las entrevistadas recuerdan haber sentido miedo y dolor.

La escasa información que proporcionan estas mujeres acerca de la MGF se justifica por la falta de recuerdos al respecto y porque al ser un tema tabú no están informadas acerca de este rito.

Actitudes frente a la MGF

Los resultados que responden a las actitudes de las mujeres subsaharianas residentes en la Región de Murcia con respecto a la MGF se presentan en la tabla III.

Tabla III. Actitudes de las entrevistadas frente a la mutilación genital femenina

	A favor de la MGF (E1, E2 y E3)	En contra de la MGF (E4)
Educación	No. No saben leer con fluidez ni escribir (No hablan bien castellano)	Sí. Sabe leer y escribir (Habla bien castellano)
Trabajo	No	Sí Fábrica de conservas
País de origen	Senegal	Nigeria
Religión	Musulmana	Cristiana
Motivos	- Religión (E1, E2, E3) - Mejora las relaciones sexuales: "Si haces Summa no gritas" (E2) - Tradición: "Es bueno porque me lo ha enseñado mi madre"(E3)	- No es por religión - No disfrutas las relaciones sexuales - Disminuir el deseo sexual: "La que no está cortada tiene más deseo sexual" - Presión social: "No puede"
Consecuencias para la salud de la MGF	"Ninguna" - Anemia Crónica (E1) - Tristeza/Depresión (E1 y E3) - Hepatitis B (E3) - Miedo al dolor durante las exploraciones vaginales (E2) - Miedo al iniciar las relaciones sexuales. (E1, E2 y E3) - Dispareunia. (E1, E2 y E3)	"Ninguna" - Tristeza/Depresión - Miedo al iniciar las relaciones sexuales - Anhedonia sexual: "No siento placer, me da igual"
Anticoncepción	No "Mi marido me escogió y se casó, no deseo a mi marido. Quiero anticonceptivos." (E3)	No "mi marido me dejó porque se enteró de que estoy embarazada. Utilizábamos la marcha atrás".
Legislación	"Pienso que no debería ser ilegal." ... "si no fuese ilegal se lo haría a mi hija."	(No contesta)

Las entrevistadas alegan que la MGF se mantiene por motivos religiosos, tradicionales, para mejorar las relaciones sexuales, por presión social y para disminuir el deseo sexual.

Las mujeres senegalesas con menor formación creen que la realización del corte mejora las relaciones sexuales mientras que la entrevistada de Nigeria (E4) es conocedora de que esta práctica disminuye el deseo sexual. Además

las senegalesas de religión musulmana afirman realizarla por motivos religiosos mientras que E4 afirma que no tiene lazo con la religión.

Entre las consecuencias para la salud que la MGF les ha podido ocasionar se encuentran: miedo, dolor, anemia crónica, tristeza, depresión, Hepatitis B, miedo al iniciar las relaciones sexuales, anhedonia, dispareunia y miedo al dolor durante las exploraciones vaginales. Sin embargo, ninguna de las entrevistadas asocia estos problemas para la salud que sufren, al hecho de haber sido mutiladas genitalmente.

Se observa una falta de atención sanitaria en cuanto a la planificación familiar, pues ninguna de las mujeres utiliza métodos anticonceptivos a pesar de no desear hijos. También resulta sobrecogedor la violación de derechos a la que han sido sometidas estas mujeres, que no termina tras la MGF sino que las acompaña durante su vida, como ejemplo tenemos el matrimonio no deseado de E3: *“Mi marido me escogió y se casó, no deseo a mi marido”*.

Las mujeres que se muestran a favor de la MGF están en contra de legislar la práctica en España afirmando que realizarían la MGF en sus hijas si no fuese ilegal. La que está en contra de la MGF no responde al preguntarle por la ilegalidad de la práctica.

A modo de resumen, a continuación se especifican las principales diferencias entre las mujeres que se posicionan a favor de la MGF de las que son contrarias a ésta.

- Son personas con bajo nivel educativo.
- Están poco o mal informadas con respecto a la MGF.
- No trabajan fuera de casa, por lo que no tienen independencia económica.
- Piensan que la MGF es beneficiosa para la mujer
- Realizan esta práctica principalmente por religión.

Discusión

El término *“Sunna”* que se le da a la MGF entre las mujeres de Senegal, así como en diferentes etnias y países, tiene connotaciones religiosas, puesto que *Sunna* es el nombre que reciben el conjunto de relatos de los hechos y enseñanzas de Mahoma. Esto lleva a confundir la MGF con una práctica religiosa que deben realizar los musulmanes, pero la realidad es que no tiene carácter obligatorio en las mujeres, a pesar de que las entrevistadas musulmanas

así lo creen. De hecho, este rito se lleva a cabo únicamente en la mitad de las comunidades musulmanas y se practica también en comunidades no musulmanas, como por ejemplo los cristianos coptos de Egipto, Etiopía y Sudán, o la comunidad judía *falasha* de Etiopía¹².

La MGF se realiza tradicionalmente como un rito de iniciación o rito de paso a la edad adulta, en el que las iniciadas pasan a formar parte de la sociedad de las mujeres y a tener un papel en la comunidad¹³, este es el caso de E1, que fue mutilada a los 14 años, celebrándose una fiesta al final del rito. No obstante, este significado carece de sentido cuando se practica al inicio de la niñez, como en el caso del resto de las entrevistadas. Si bien, cada vez es más frecuente realizar el procedimiento a edades más tempranas para evitar la resistencia de las niñas, impedir que los gobiernos interfirieran en estas cuestiones y para reducir el riesgo de trauma de las niñas, pues cuanto más joven sea la niña, menor será el recuerdo del dolor sufrido durante la ablación y, por tanto, más predispuesta estará a practicársela a sus hijas¹⁴.

Otro de los motivos por los que E4 explica que se continúa con la mutilación genital de las niñas es disminuir el deseo sexual, pues, tal y como se afirma en la bibliografía, se cree que las no mutiladas tienen instintos sexuales incontrolables, por lo que eliminando este instinto se evitarán los contactos sexuales ilegítimos y la mujer será fiel a su marido, es decir, se conservará el honor de la familia¹⁶. Esta vinculación de MGF a la virginidad y ésta al honor se traduce en presión social y en rechazo de las mujeres no mutiladas.

Tal y como describe E1, las condiciones en las que se realiza la praxis son antihigiénicas, hecho que puede conducir a agravar las consecuencias para la salud de las niñas a las que se les efectúa¹⁵. Sin embargo, la solución no incurre en mejorar la técnica o las condiciones, sino en erradicarla por completo, puesto que la MGF atenta contra la Declaración Universal de los Derechos Humanos¹⁶ constituyendo una violación de los derechos de las niñas.

La bibliografía evidencia que los problemas para la salud que presentan las entrevistadas pueden deberse a la MGF. Tales como tristeza y depresión¹⁷, anemia crónica¹⁸, Hepatitis B19. En cuanto a las consecuencias en la vida sexual, también están reconocidas la anhedonia, miedo a iniciar las relaciones sexuales y dispareunia²⁰. El grado en que queda afectada la salud sexual de estas mujeres dependerá del tipo de mutilación¹⁸, si bien, cualquier tipo de mutilación genital interfiere en algún grado en la respuesta sexual, aunque

no suprima necesariamente la posibilidad de obtener placer y llegar al orgasmo, dado que intervienen otros factores²⁰.

A pesar de las numerosas consecuencias para la salud que presentan las entrevistadas, éstas no relacionan la MGF como factor causal de las enfermedades/complicaciones que sufren, pues no saben que la MGF pueda ser causante de dichos problemas para la salud. Este desconocimiento, junto con el de no saber el tipo de MGF que les fue realizado, evidencia la falta de información que presentan las mujeres respecto a este tema considerado tabú.

La principal diferencia entre las mujeres que se posicionan a favor de la MGF y la que se posiciona en contra es que esta última tiene una mayor información que se evidencia, por ejemplo, en los motivos que cada una de ellas alegan para justificar esta práctica. Además las entrevistadas a favor de continuar con la práctica piensan que es un mandato religioso.

También se distinguen las mujeres a favor de las contrarias a la práctica en función de la dependencia económica hacia sus parejas y el nivel educativo. La justificación de estas diferencias como elemento que condiciona la actitud de estas mujeres respecto a la MGF pueden contrastarse con un estudio que afirma que *“cuanto mayor es el control de las mujeres sobre su propia vida, mayor es su oposición a la MGF”*²¹.

Las mujeres más informadas respecto a la MGF son las que se posicionan en contra de esta práctica, por lo que la información en las consecuencias para la salud que provoca y en la legislación sobre la misma en España constituyen una estrategia fundamental para prevenir la práctica²². Esta prevención no puede darse, únicamente por vías legislativas, sino que se debe promover un cambio de actitudes que conlleve a la decisión informada de no mutilar a sus hijas.

Conclusiones

Las entrevistadas fueron mutiladas genitualmente a su niñez, en un caso como rito de paso a la edad adulta y en los otros a edades muy tempranas, por lo que no recuerdan el procedimiento.

Las mujeres mutiladas presentaron anemia crónica, tristeza, depresión, Hepatitis B, miedo al iniciar las relaciones sexuales, anhedonia, dispareunia y miedo al dolor durante las exploraciones vaginales. Sin embargo, la falta de información sobre la MGF impide que asocien estos problemas para su salud física, mental y sexual como consecuencia del corte que le practicaron de niñas.

Los datos muestran que tres de las cuatro mujeres entrevistadas están a favor de la MGF y querrían que sus hijas mantuviesen esta tradición. Estas mujeres coinciden en tener un bajo nivel cultural y poca información acerca de esta práctica.

La MGF se mantiene por tradición, presión social, disminución del deseo sexual y por la creencia errónea de que es una práctica de obligatoriedad religiosa, lo que lleva a las mujeres a practicársela a sus hijas.

La legislación es necesaria para impedir que algunas mujeres que lo desean, mutilen a sus hijas por miedo a las represalias legales, pero para que se dé un cambio de actitudes que propicie la erradicación de esta tradición, es necesaria la información, de modo que las mujeres sean conscientes de las consecuencias que acarrea la práctica y de la violación de derechos que supone.

El análisis de los datos muestra que las mujeres subsaharianas que se posicionan a favor de la MGF necesitan una mayor información acerca de:

- Consecuencias de la MGF para la salud.
- Motivos por los que se realiza.
- Legislación respecto a la MGF en España y en su país de origen.
- Derechos humanos y más concretamente de la mujer y la niña.
- Métodos anticonceptivos.

El estudio propicia un acercamiento a la realidad de las mujeres mutiladas genitualmente, proporcionando a la enfermería una base desde la cual abordar la MGF así como trabajar un cambio de actitudes entre las mujeres mutiladas, mediante intervenciones que solventen el déficit de conocimientos que presentan respecto a los distintos aspectos relacionados con la práctica, posibilitando así, la prevención de la mutilación genital de sus hijas.

Bibliografía

1. ONU – Consejo económico y social. Examen y evaluación de la aplicación de la Plataforma de Acción de Beijing. Comisión de la Condición Jurídica y Social de la Mujer. ONU; 2000. E/CN.6/2000/PC /2.
2. UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCHR, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Eliminating female genital mutilation: an interagency statement. World Health Organization [monografía en Internet]. World Health Organization; 2008 [acceso 13 de marzo de 2011]. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/publications/2008/9789241596442_eng.pdf?ua=1
3. Organización Mundial de la Salud (OMS), “Temas de salud-mutilación genital femenina” [sede Web], 2011 [acceso en 25 de marzo de 2011]. Disponible en: http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/es/
4. Organización Mundial de la Salud, Mutilación Genital Femenina [sede Web], OMS-Centro de Prensa; Febrero de 2010 [acceso 21 de febrero de 2011]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/index.html>
5. Kaplan Marcusán, Adriana, López Gay, Antonio, “Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2009” [monografía en Internet], Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, España: Universitat Autònoma de Barcelona, Servei de Publicacions; 2010 [acceso en 4 de marzo de 2011], Disponible en: http://publicacions.uab.es/pdf_llibres/AAP0001.pdf
6. Unicef. Protección infantil contra el abuso y la violencia [sede Web]. Mutilación/ablación genital femenina. [acceso 3 de marzo de 2011]. Disponible en: http://www.unicef.org/spanish/protection/index_genitalmutilation.html
7. Council of European Union [sede Web], Measure E: A legal instrument aiming at fighting female genital mutilations. Brussels 2011. [acceso 2 de abril de 2011] Disponible en: <http://register.consilium.europa.eu/doc/srv?l=EN&f=ST%208525%202011%20INIT>
8. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (España). Boletín Oficial del Estado, número 281, 1995 [acceso 12 de marzo de 2011]. Disponible en: boe.es/boe/dias/1995/11/24/pdfs/A33987-34058.pdf
9. Mutilación genital femenina y otras prácticas nocivas. El deber de los Estados de proteger los derechos de las mujeres y niñas [monografía en Internet]. Centro de derechos reproductivos, septiembre de 2010. [acceso

- 23 de abril de 2011]. Disponible en: <http://reproductiverights.org/sites/crr.civicaactions.net/files/documents/BRB-Mutilacio%CC%81n%20Genital.pdf>
10. Richardson R.J., Peres J.A.S, Wanderley J.C.V, Correia L.M., Peres M.H.M. Métodos cuantitativos e qualitativos. En: Richardson RJ, Peres JAS, Wanderley JCV, Correia LM, Peres MHM (Org). Pesquisa Social: métodos e técnicas. Atlas (São Paulo). 2009; 79-80.
 11. Bardin L. Análise de conteúdo. Lisboa: Ediciones 70; 2009.
 12. Adam Muñoz MD. La mutilación genital femenina y sus posibles soluciones desde la perspectiva del derecho internacional privado. Córdoba: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba; 2003.
 13. González De Chávez Fernández MA. *Los ritos iniciáticos. Las mutilaciones sexuales, en Feminidad y masculinidad; subjetividad y orden simbólico*. Madrid: Biblioteca Nueva; 1998, páginas 81-88.
 14. Bayo A, González I, Román A, Rodríguez AB, Grau S, Marina J, Tarancón I. La mutilación genital en la mujer del siglo XXI. *Progresos de Obstetricia y Ginecología* [revista en internet] 2003 [consultado 14 de mayo de 2014]; 46(6). Disponible en: <http://zl.elsevier.es/es/revista/progresos-obstetricia-ginecologia-151/la-mutilacion-genital-mujer-siglo-xxi-13048277-revision-2003>
 15. Departamento de Acción Social y Ciudadanía (Generalitat de Catalunya). Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina [monografía en internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2007 [consultado 10 de abril de 2011]. Disponible en: http://www20.gencat.cat/docs/dasc/03Ambits%20tematicas/05Immigracio/08recursosprofessionals/02prevenciomutilaciofemenina/Pdfs/Protocol_mutilacio_castella.pdf
 16. ONU, Declaración Universal de los derechos humanos, Resolución 217, París: Organización de Naciones Unidas; 1948. Disponible en: <http://www.un.org/es/documents/udhr/>
 17. Utz-Billing I, Kantenich H. Female genital mutilation: an injury, physical and mental harm. *J Psychosom Obstet Gynaecol* [revista en Internet] 2008 [Acceso 14 de marzo de 2011]; 29(4):225-229. Disponible en: <http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/01674820802547087?prevSearch=all-field%253A%2528Female%2Bgenital%2Bmutilation%255C%253A%2Ban%2>

Binjury%252C%2Bphysical%2Band%2Bmental%2Bharm%2529&search-HistoryKey=

18. Mutilación genital femenina: Prevención y atención. Guía para profesionales. [monografía en Internet]. Barcelona, 2010. [acceso 20 de abril de 2011]. Disponible en: http://www.aen.es/docs/guias_vg/guia_mutilacion_genital.pdf
19. Kaplan Marcusan A, Torán Monserrat P, Bermúdez Anderson K, Castany Fábregas MJ. Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales [monografía en Internet]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2006 [acceso 20 de abril de 2011]. Disponible en: http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/9c.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%
20. Rushwan H. Female genital mutilation (FGM) management during pregnancy, childbirth and the postpartum period. *Int J Gynaecol Obstet* [revista en Internet] 2000 [acceso 15 de marzo de 2011]; 70(1):99-104.
21. UNICEF. Changing a Harmful Social Convention: Female Genital Mutilation/Cutting [monografía en Internet]. Florencia: Innocenti Digest; 2005 [acceso 5 de mayo de 2011]. Disponible en: <http://www.unicef-irc.org/publications/396/>
22. Medicusmundi andalucia. Mutilación genital femenina. Abordaje y Prevención. [monografía en internet] Granada, 2008. [acceso 15 de marzo de 2011]; Disponible en: http://www.observatorioviolencia.org/upload_images/File/DOC1237830271_Guia2.pdf

ANEXO 1

Entrevista a mujeres mutiladas

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad.
2. País de origen.
3. Estado civil.
4. En el caso de estar casada. ¿A qué edad se casó?
5. Estudios.
6. Religión.
7. Profesión.
8. Trabajo Actual.
9. Nº de hijos. Sexo de los hijos. Edades.
10. ¿Cuántos años lleva en España?
11. ¿Conoce lo que es la mutilación genital femenina (MGF)?
12. ¿Cómo la llama usted?
13. ¿A qué edad se le practicó?
14. ¿Quién?
15. ¿Recuerda cómo fue? ¿Me lo puede describir? ¿Qué siente al recordarlo? Sintió miedo, dolor, etc.
16. Recuerda haber tenido problemas después. Problemas físicos, miedo, angustia, tristeza...etc.
17. Las mujeres de su entorno hablan de la MGF? En caso afirmativo ¿qué opinan?
18. ¿Las mujeres de su familia están todas mutiladas?
19. ¿Por qué se practica la MGF? ¿Cree que es una obligación religiosa?

ANTECEDENTES MEDICOS

1. ¿Padece alguna enfermedad?
2. ¿Ha sufrido alguna vez infecciones urinarias?
3. ¿... y del aparato genital?
4. ¿Ha sufrido dolor al orinar, incapacidad para hacerlo, pérdida de orina?
5. ¿Padece alguna infección?
6. ¿Sufre depresión, estados de tristeza?

RELACIONES DE PAREJA

1. ¿Ha tenido miedo al iniciar las relaciones sexuales?
2. ¿A qué edad inició las relaciones sexuales?
3. ¿Ha sufrido dolor en las relaciones sexuales?
4. ¿Siente placer en las relaciones sexuales?
5. ¿Utiliza algún método anticonceptivo? En caso afirmativo ¿Cuál?
6. ¿Cree que la MGF es buena para la mujer? En caso afirmativo ¿por qué?
7. ¿Y para el hombre? En caso afirmativo ¿por qué?

EMBARAZO Y PARTO

1. ¿Cómo recibió la noticia de su embarazo?
2. ¿Ha seguido todos los controles médicos del embarazo?
3. ¿Qué sintió cuando tenían que realizarle las exploraciones vaginales?
Miedo, dolor, vergüenza, angustia, nada.
4. Ha tenido problemas durante el embarazo. En caso afirmativo: ¿Cuáles?
5. ¿Cómo fue el parto? En caso de parto: ¿Tenía miedo o ansiedad?
6. ¿Le han practicado la episiotomía? / ¿Le dieron puntos, le cortaron?
7. En caso de cesárea: ¿Cuál fue el motivo de la cesárea?
8. ¿El recién nacido tuvo algún problema?
9. ¿cómo ha sido el trato profesional recibido?
10. ¿Se ha sentido apoyada durante el embarazo y parto?

REPERCUSION SOCIAL

1. ¿Quién decidió que debía practicársele la MGF?
2. ¿Está mal visto el no estar cortada? ¿Conoce alguna mujer que no tenga el Duare?, ¿qué piensan las demás?
3. En su familia ¿Quién toma las decisiones importantes respecto a los hijos en casa?
4. ¿Tiene pensado hacérselo a sus hijas?
5. ¿Sabe que en España esta práctica es ilegal? ¿Qué le parece que en España esta práctica no sea legal?

ANEXO 2

Instrucciones y consentimiento informado

INSTRUCCIONES GENERALES

Con el siguiente estudio se pretende identificar los conocimientos, las actitudes y las experiencias de mujeres mutiladas genitalmente que viven en la Región de Murcia, para, en un proyecto posterior, proporcionarles información en las necesidades identificadas en la etapa de recogida de información mediante entrevistas.

Para ello necesito de su colaboración, mediante una entrevista de aproximadamente una hora de duración. La entrevista se realizará en el lugar y a la hora que le resulte conveniente.

La conversación que mantengamos será grabada en audio para su posterior transcripción. Le garantizamos que toda información que facilite será tratada de forma confidencial, es decir, la conversación sólo podrá ser consultada por las personas implicadas en el estudio. Además la información será totalmente anónima, no teniendo que facilitar ningún dato personal, como nombre, dirección o teléfono.

Su colaboración en este estudio es totalmente voluntaria. No tiene ninguna obligación de participar en él y está en su derecho de retirarse en cualquier momento del estudio, sin justificación ni ningún tipo de perjuicio hacia usted.

Por último agradecerle su atención y darle las gracias por adelantado ya que sus experiencias nos serán de gran ayuda para llevar a cabo nuestro estudio

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

D. /Dña. _____, de _____ años de edad y con DNI nº _____, manifiesta que ha sido informado/a sobre el objetivo del estudio así como de que todos los datos aportados por mi serán tratados con anonimato y confidencialidad.

He sido también informado/a de que mis datos personales serán protegidos e incluidos en un fichero que deberá estar sometido a y con las garantías de la ley 15/1999 de 13 de Diciembre de protección de datos.

Tomando ello en consideración, OTORGO mi CONSENTIMIENTO para la manipulación de los datos aportados por mí a través del protocolo del estudio.

Murcia, a _____ de _____ de 201 ____ .
Fdo. D/Dña. _____