

**Universidad de Zaragoza  
Facultad de Ciencias de la Salud**

***Grado en Enfermería***

Curso Académico 2016 / 2017

TRABAJO FIN DE GRADO

**Programa de salud para mujeres inmigrantes que han sufrido  
mutilación genital femenina en Zaragoza: educación y  
prevención.**

/

**Health program for immigrant women who have suffered  
female genital mutilation in Zaragoza: education and  
prevention.**

**Autor/a:** Belén Izquierdo Valiente

**Director:** Fernando Urcola Pardo

## ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	5
2. OBJETIVOS.....	9
2.1 Objetivo general.....	9
2.2 Objetivos específicos.....	9
3. METODOLOGÍA.....	9
4. DESARROLLO.....	11
4.1 Diagnóstico.....	11
4.2 Planificación.....	12
4.3 Evaluación.....	17
6. CONCLUSIÓN.....	18
7. BIBLIOGRAFÍA.....	19

## **RESUMEN**

**Introducción:** La mutilación genital femenina (MGF) es una práctica que se realiza en muchos lugares del mundo como hábito cultural y ritual y cuya técnica supone graves riesgos para la salud física, psicológica y social de mujeres y niñas. El continente africano es el más afectado por la práctica, seguido de algunos países de Oriente Medio y Asia, llegando a verse afectados más de 30 países. Son muchas las organizaciones que luchan para erradicar esta cruel técnica y muchos los países que se han unido a esa lucha. El papel de enfermería, supone un punto clave en la educación de estas mujeres.

**Objetivo:** Elaborar un programa de salud para mujeres que han sufrido MGF. Describir la MGF y las distintas clases, así como las consecuencias físicas y psicológicas que tiene. Conocer los cuidados que se pueden realizar a estas mujeres desde la consulta de una matrona en atención primaria y educar a las mujeres que han sufrido MGF como punto clave para evitar los posibles casos en las siguientes generaciones.

**Metodología:** Se ha realizado una revisión bibliográfica del tema en distintas bases de datos con información actualizada. Se han utilizado guías prácticas sobre la MGF.

**Desarrollo:** La MGF sigue siendo un problema global a pesar de los esfuerzos por erradicarla. Aragón es la 5ª comunidad autónoma que más inmigrantes recibe procedentes de países donde se realiza la ablación. La matrona del centro de salud Unió de dones realizará charlas informativas y de formación.

**Conclusión:** Es una práctica basada en la tradición por lo que será complicado actuar y cambiar esas creencias. Para conseguirlo será necesario desmontar los falsos mitos y ayudarles a relacionar sus síntomas. Una buena educación sanitaria para aumentar los conocimientos de las mujeres y así influir en el entorno, será la base para el cambio.

**Palabras clave:** mutilación genital femenina, circuncisión femenina, clítoris, ablación, enfermería, matrona.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** Female genital mutilation (FGM) is a practice that takes place in many parts of the world as ritual and cultural habit and whose technique involves serious risks for the physical, psychological and social health of women and girls. The African continent is the most affected by the practice, followed by some countries of the Middle East and Asia, reaching affected more than 30 countries. There are many organizations that are fighting to eradicate this cruel technique and many countries that have joined the fight. The role of nursing, is a key point in the education of these women.

**Objective:** Develop a health program for women who have undergone FGM. Describe the MGF and different classes, as well as the physical and psychological consequences. Learn about the care that can be made to these women from the consultation of a midwife in primary care and educate women who have undergone FGM as a key point to avoid possible cases in the following generations.

**Methodology:** A literature review of the topic has been done in different databases with up-to-date information. Practical guides on FGM have been used.

**Development:** FGM remains a global problem despite efforts to eradicate it. Aragón is the 5th autonomous community which receives more immigrants from countries where FGM is performed. The matron of the Universitas Health Center will hold lectures, briefings and training.

**Conclusion:** It is a practice based on the tradition by which will be difficult to act and change those beliefs. To achieve this it will be necessary to remove the false myths and help them relate their symptoms. A good health education to increase knowledge of women and thus influence the environment, will form the basis for the change.

**Key words:** female mutilation genital, female circumcision, female ablation, nursing.

## 1. INTRODUCCIÓN

Según la organización mundial de la salud (OMS) "la mutilación genital femenina (MGF) comprende todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos". La mutilación genital femenina es una práctica que evidencia la gran desigualdad de género que existe en el mundo y que conlleva una grave violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas, violando los derechos a la salud, seguridad e integridad física.<sup>(1)(2)</sup>

Existen varios tipos de MGF en función de las zonas extirpadas. La OMS las clasifica en 4 tipos. (Tabla 1)

**Tabla 1: Tipos de mutilación genital femenina. (1)(2)**

Tipo 1	Tipos 2	Tipo 3	Tipo 4
Clitoridectomía: resección total o parcial del clítoris.	Escisión: resección total o parcial del clítoris y los labios menores , con o sin escisión de los labios mayores.	Infibulación: estrechamiento de la abertura vaginal, se sella cortando y recolocando los labios menores o mayores, a veces cosiéndolos , con o sin resección del clítoris.	El resto de procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos como perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

Tras esta cruel práctica las mujeres con infibulación para poder dar a luz o mantener relaciones sexuales con su marido requieren de una técnica que se llama desinfibulación que consiste en realizar un corte para abrir la abertura vaginal. (Anexo 1)(Anexo 2)

Geográficamente las zonas más afectadas por esta práctica son las regiones occidentales, oriental y nororiental de África, en algunos países de Oriente Medio y Asia donde unos 30 países realizan MGF. En los últimos 30 años ha disminuido la prevalencia de MGF, sin embargo, más de 200 millones de

niñas y mujeres ya han sido víctimas, de las cuales más de la mitad de las afectadas se encuentran en Indonesia, Etiopia y Egipto y 44 millones de ellas son niñas menores de 15 años. Más de 3 millones de niñas corren el riesgo de sufrir MGF y debido a los movimientos migratorios en cualquier país puede darse esta práctica, por lo tanto, es un problema global. En España se calcula que cerca de 10.500 niñas estaban en 2010 en riesgo de sufrir ablación.<sup>(1)(2)(3)(4)</sup>(Anexos 3-6)

Es necesario conocer la tradición y creencias bajo las que se justifica esta técnica, teniendo presente que no tiene ningún beneficio para la salud de las mujeres, solo daño. No se conoce el origen de esta práctica; algunos autores creen que podría tratarse de una práctica milenaria, surgida en el Antiguo Egipto hace unos 5000-6000 años en la época de los faraones y de allí extendida a otras zonas de África y la península árabe. Por otro lado; en diferentes regiones de África subsahariana, se cree que evolucionó independientemente como un rito de paso de niñez a edad adulta.<sup>(1)(2)(5)(6)</sup>

La realización de la MGF tiene diversos motivos según las creencias y costumbres de cada comunidad por valores religiosos, socio-culturales, sexuales, higiénico-estéticos o de salud; ninguna de ellas con base científica, es una tradición de gran influencia cultural. Para justificar la ablación, algunas culturas se apoyan en la religión, pero no existe ningún escrito en la Biblia o el Corán que haga referencia a esta práctica. Sin embargo, algunos líderes religiosos se aprovechan del bajo nivel de alfabetización que tienen las mujeres y la dificultad de éstas para acceder a las escrituras sagradas. En 2005, se celebró la Primera Conferencia Islámica para la Infancia en Rabat de la cual emanó la Declaración de Rabat, que condenó la MGF y la declaró contraria al Islam.<sup>(1)(5)(7)(8)(9)</sup>(Anexo 7)

Existen ciertas creencias de que dicha práctica es una condición necesaria para que las mujeres se hagan puras, otras ven el clítoris como algo maligno que debe extraerse, otros pueblos africanos consideran el clítoris como un atributo masculino que debe eliminarse para conseguir la femineidad absoluta. <sup>(9)(10)</sup>

Los que realizan la mutilación se amparan también en razones sociológicas considerando la mutilación como un ritual de iniciación a la edad adulta,

como forma de pertenencia al grupo social y de mantenimiento del rol social de sumisión, dependencia y por miedo al rechazo social.<sup>(2)(5)(9)</sup>

El control de la sexualidad de las mujeres es uno de los motivos principales por los que se realiza, pretende reducir el deseo sexual, garantiza la virginidad prematrimonial y la fidelidad conyugal. Existe también la creencia de que en la MGF tipo II y III la reducción del orificio aumentará el placer sexual al hombre durante el coito. Se cree además que facilita el alumbramiento, que el roce del bebe con el clítoris puede provocar la muerte del bebe, que la mujer con MGF no puede concebir o que tras la técnica aumentará su fertilidad. Se llega a creer incluso que provoca un daño en la salud del hombre si mantiene relaciones sexuales con una mujer a la cual no se le ha realizado la MGF ya que el contacto del pene con el clítoris puede desencadenarle la muerte.<sup>(1)(2)(5)(9)(11)</sup>

Otra razón en la que se basan los que realizan la ablación es por motivos estéticos e higiénicos; consideran que los genitales femeninos son sucios, antiestéticos, excesivamente voluminosos. También, que si no se elimina el clítoris crecerá de forma indefinida dañando el pene del hombre, además se prohíbe la manipulación de alimentos y bebidas por parte de las mujeres sin ablación por considerarlas impuras.<sup>(1)(5)(9)(12)</sup>

En todos los argumentos en los que se justifican para realizar la MGF ya sean: estéticos, culturales, sexuales, etc.; ninguno contempla beneficio para las niñas y mujeres sino todo lo contrario, supone graves complicaciones para su salud.

Dentro de las complicaciones que les pueden surgir pueden ser físicas, obstétricas-ginecológicas, psicológicas y sexuales que pueden surgir en el momento de la realización de la ablación como son las complicaciones inmediatas; también a medio-corto plazo y a largo plazo.<sup>(13)(14)</sup>

Las complicaciones a corto-medio plazo tras el corte o en las primeras diez horas pueden ser: hemorragias, anemia aguda posthemorrágica, shock hemorrágico, shock hipovolémico, shock séptico, shock neurogénico, dolor intenso, infección, lesión de tejidos periféricos como la uretra o el ano, retención urinaria e incluso la muerte. Pasado un tiempo pueden aparecer una anemia severa, cicatrización anormal de los tejidos, enfermedades de

transmisión sexual (ETS) como el VIH, infecciones urinarias recurrentes, dismenorrea, fístulas etc. La MGF tipo III tiene además otras complicaciones añadidas por la obstrucción formada.<sup>(1)(9)(13)(14)</sup>

Dentro de las complicaciones obstétricas-ginecológicas se presentan con elevada frecuencia las infecciones urinarias cuya repetición a lo largo del tiempo puede derivar en infertilidad. Las mujeres con MGF tipo III en el momento del parto requieren desinfibulación para permitir la salida del bebé por vía vaginal, pudiendo ser necesaria la episiotomía, y aumentando la duración del parto, el riesgo de asfixia neonatal y las probabilidades de cesáreas. La vida sexual de las mujeres se ve muy trastocada puesto que la extirpación del clítoris provoca dispareunia, vaginismo, disminución del deseo, anorgasmia etc. <sup>(1)(9)(11)(13)(15)</sup>

Las mujeres con ablación también sufren consecuencias psicológicas y son las más complicadas de detectar: depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático, baja autoestima, síntomas de deterioro cognitivo etc. <sup>(1)(8)(9)</sup>

Con todas las consecuencias que conlleva la MGF, es considerada una práctica cruel y aberrante que sufren mujeres y niñas en todo el mundo que atentan contra la Declaración Universal de los Derechos Humanos de 1948. Son muchos los organismos que luchan para erradicarla principalmente Naciones Unidas colaborando con ella OMS, UNFPA, UNICEF, UNIFEM entre otras. La asamblea de Naciones Unidas tuvo un papel decisivo para imponer a los Estados la obligación de luchar contra esta práctica (Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer). Para proteger a las niñas el Comité sobre los derechos del niño en 1997 ordenó legislar la abolición de MGF por ser una violación de los derechos de la infancia. Más tarde en el año 2003 en África, se redactó el Protocolo de Maputo que obligaba a prohibir y condenar esta práctica.<sup>(1)(4)(16)</sup>

En España el código penal contempla en la Ley Orgánica (LO) 11/2003 Art 149.2 de 29 de septiembre, la MGF como un delito por lesiones y gracias a la LO 3/2005 se permite la persecución de esta técnica al regreso de las familias a España aunque la mutilación se haya realizado fuera del territorio español, apelando al principio de justicia. <sup>(5)(10)(12)(17)</sup>

Los profesionales de enfermería deben ayudar en la luchar contra la MGF mediante las labores de educación, concienciación y detección.<sup>(18)</sup>

## **2. OBJETIVOS**

### **2.1 Objetivo general**

- Elaborar un programa de salud para mujeres que han sufrido MGF.

### **2.2 Objetivos específicos**

- Describir la MGF y las distintas clases, así como las consecuencias físicas y psicológicas que tiene.
- Conocer los cuidados que se pueden realizar a estas mujeres desde la consulta de una matrona en atención primaria.
- Educar a las mujeres que han sufrido MGF como punto clave para evitar los posibles casos en las siguientes generaciones.

## **3. METODOLOGÍA**

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica sobre el tema para poder elaborar el programa con información actualizada, entre los meses de enero y marzo del 2017.

Se han utilizado los textos gratuitos y en abierto.

Palabras clave: mutilación genital femenina/female mutilation genital, female circumcision /circuncisión femenina, female ablation / ablación femenina, nursing/enfermería, matrona.

Para acotar la búsqueda se utilizó las palabras clave ética, legislación, consecuencias, atención primaria y matrona.

Se ha consultado la guía de actuación frente a la MGF de la CCAA de Aragón y "La Guía para profesionales, MGF en España, Prevención e intervención" elaborada por el equipo de la Unión de Asociaciones Familiares (UNAF).

**Tabla 2: Revisión de artículos de revistas.**

<b>BASES DE DATOS</b>	<b>FILTROS USADOS</b>	<b>PALABRAS CLAVE</b>	<b>ARTICULOS ENCONTRADOS</b>	<b>ARTICULOS UTILIZADOS</b>
<b>Sciencedirect</b>	Tema: - female genital Genital mutilation Desde 2013	female genital mutilation	43	6
<b>Pubmed</b>	disponibilidad del texto: completo gratuito. Fecha publicación : 5 años Especies : seres humanos	female genital mutilation AND nursing	14	3
<b>Cuiden plus</b>		female genital mutilation	14	2
<b>Dialnet</b>		ablation AND nursing	12	6

**Tabla 3: Consulta de páginas web.**

<b>PÁGINAS WEB</b>	<b>DOCUMENTOS UTILIZADOS</b>
<a href="http://www.who.int/en/">www.who.int/en/</a>	1
<a href="http://www.unicef.org">www.unicef.org</a>	1
<a href="http://www.unfpa.org">www.unfpa.org</a>	1

**Tabla 4: Criterios de inclusión y exclusión.**

<b>CRITERIOS DE INCLUSIÓN</b>	<b>CRITERIOS DE EXCLUSIÓN</b>
Artículos originales en español e inglés	Artículos no científicos
Textos completos y gratuitos	Artículos de pago y que no permitan el acceso al texto
Actualizaciones realizadas en los últimos 11 años	Artículos de más de 11 años
Mutilación genital femenina	Población masculina y su implicación en el tema
Intervenciones de enfermería	

## **4. DESARROLLO**

### **4.1 Diagnóstico**

Diagnóstico de enfermería: disposición para mejorar los conocimientos (00161). Algunos autores proponen la creación de un diagnóstico específico: síndrome de post mutilación genital femenina.<sup>(19)</sup>

La MGF es un problema global cuya erradicación no se ha conseguido a pesar de los esfuerzos realizados por organizaciones como UNICEF, OMS etc. y a pesar de existir leyes que prohíben su realización. Las mujeres que la sufren lo suelen hacer durante su infancia o adolescencia y el momento de la detección por parte de los profesionales de la salud suele darse durante las revisiones con la matrona y ginecólogo durante su embarazo. Estos profesionales pueden recurrir a algoritmos de actuación cuando se encuentran ante un caso. <sup>(20)</sup>

Es importante crear un ambiente de confidencialidad, respeto y abordar el tema con extrema cautela para fomentar la confianza entre paciente y matrona. Se puede recurrir a una mediadora intercultural para facilitar la relación. Informar debidamente a las mujeres con MGF para que reconozcan las complicaciones derivadas de la práctica y las relacionen con la ablación es un punto clave para evitar que sus hijas la sufran.<sup>(21)</sup>

El riesgo de morir durante el parto para una mujer en África Subsahariana es de 1 de cada 6 frente a 1 de cada 2800 en un país desarrollado. Una media de 500.000 mujeres en el mundo mueren por motivos relacionados con el embarazo y el parto.<sup>(1)</sup>

Aragón es la 5ª comunidad autónoma que más población en riesgo recibe. En Zaragoza hubo 2334 mujeres inmigrantes de estos países en el año 2012.<sup>(12)</sup>

El programa se desarrollará en el barrio Delicias de Zaragoza, en el centro de Atención primaria Univérsitas, en la consulta de la matrona. La importancia de la realización del programa en ese barrio es la cantidad de mujeres que proceden de países africanos considerados de riesgo por UNICEF donde se practica MGF. (Anexo 8)

## **4.2 Planificación**

### **Objetivos**

#### General:

- Aumentar los conocimientos en las mujeres inmigrantes procedentes de países de riesgo que han sufrido MGF sobre las consecuencias para su salud.

#### Específicos:

- Reconocer las consecuencias para su salud de la MGF a corto-medio y largo plazo.
- Identificar los problemas que pueden surgir en el embarazo y parto al tener MGF.
- Analizar la ilegalidad de la práctica y la importancia de no continuar con la tradición.
- Conocer los cuidados para su salud que tienen al alcance.

### **Población**

La población diana: mujeres inmigrantes entre 20 y 45 años en el barrio Delicias que tiene practicada la MGF y están asociadas a la consulta de la matrona del centro de salud Univérsitas del barrio Delicias.

## **Recursos**

Para el desarrollo del programa se cuenta con 2 matronas contratadas en el centro de salud, una enfermera que trabaja en la unidad de cuidados intensivos del hospital infantil de Zaragoza y una mediadora intercultural.

Para las sesiones se contará con la información recogida de una revisión bibliográfica del tema, material audiovisual, folleto informativo de elaboración propia, encuesta para valorar los conocimientos al inicio y al final del programa y charlas por parte de los profesionales que imparten las sesiones; todo ello dentro del presupuesto. (Anexo 9)

## **Estrategias**

El programa constará de 4 sesiones que se realizarán en el mes de abril del 2018 en dos salas de reuniones del centro de salud Unívérstas cuya duración será de 90 minutos. Serán los lunes de 10:00 a 11:30h y se habilitará una sala con artículos de entretenimiento infantil para las madres que traigan a sus hijos.

Las organizadoras principales serán las dos matronas que trabajan en el centro que supervisarán todas las sesiones e impartirán charlas en las 4 sesiones.

Se dividirán en dos grupos de 6 mujeres cada grupo y cada matrona se encargará de un grupo, salvo la tercera sesión que será una sesión conjunta con una enfermera especializada en cuidados neonatales. En las 4 sesiones se contará con la presencia de una mediadora intercultural para favorecer la relación entre profesional y cliente.

Al inicio de cada sesión se preguntará a las asistentes si tienen alguna duda o alguna pregunta sobre lo impartido en las charlas anteriores y se les facilitará un número de contacto por si tuviesen alguna pregunta.

Todas las sesiones contarán con un ordenador y un cañón de luz, propiedad del centro de salud, para proyectar un PowerPoint informativo.

## Sesiones

Conforme a los objetivos perseguidos el contenido de las sesiones se distribuirá de la siguiente forma. (Tabla 5)

**Tabla 5: Carta descriptiva del programa de salud.**

	<b>PRIMERA SESIÓN</b>	<b>SEGUNDA SESIÓN</b>	<b>TERCERA SESIÓN</b>	<b>CUARTA SESIÓN</b>
<b>NOMBRE DE LA ACTIVIDAD</b>	Observa tu cuerpo y sus señales.	Pueden ayudarme.	El parto y mi bebé.	El cambio es necesario.
<b>OBJETIVO OPERATIVO</b>	-Comprenderá las repercusiones para su salud de la MGF. -Identificará y relacionará los cambios en su cuerpo con la MGF.	-Entenderá los cuidados para la salud que tiene a su alcance.	-Aprenderá los problemas que pueden tener en el parto ella y su hijo.	-Comprenderá las normas y leyes que rigen la práctica y la importancia de proteger a sus hijas. -Evaluará lo aprendido.
<b>METODOLOGÍA</b>	-PowerPoint explicativo. -Charla. -Folleto de las sesiones. -Encuesta de conocimientos previos.	-PowerPoint explicativo. -Charla.	-PowerPoint -Video sobre experiencias personales de mujeres con MGF. -Charla.	-PowerPoint. -Charla. -Encuesta final sobre los conocimientos aprendidos. -Encuesta de satisfacción.
<b>PROCEDIMIENTO</b>	-Explicación de las consecuencias tempranas y tardías de la MGF y los	-Exposición de los cuidados especiales que requieren y	-Explicación de los posibles problemas para el bebe y durante el parto.	-Se explicará la normativa legal sobre la MGF. Se evaluará a las asistentes para ver si existe

	falsos mitos sobre la que se sustenta.	los medios que hay a su alcance.	-Ventajas futuras de la no reinfabulación.	mejora de sus conocimientos y la satisfacción de ellas con las sesiones.
<b>RECURSOS HUMANOS Y MATERIALES</b>	Una matrona por cada grupo. Mediadora intercultural.	Una matrona por cada grupo. Mediadora intercultural.	(Unificación del grupo) Dos matronas y enfermera especializada en UCI neonatal Mediadora intercultural.	Una matrona por cada grupo. Mediadora intercultural.

### Sesión 1º

La primera sesión se iniciará a las 10:00h se entregará un folleto informativo del programa. (Anexo 10)

Las matronas se presentarán, explicarán el funcionamiento de las sesiones y dividirán a las mujeres en dos grupos.

Cada matrona en su grupo presentará los objetivos de la sesión y comenzarán presentándose cada participante.

Objetivo de la sesión:

- Comprenderá las repercusiones para su salud de la MGF.
- Identificará y relacionará los cambios en su cuerpo con la MGF.

Se les entregará una encuesta para valorar los conocimientos previos que tienen sobre el tema. (Anexo 11)

La charla se realizará con ayuda del ordenador y el proyector donde la matrona apoyará su explicación con un PowerPoint.

La información que contendrá serán los mitos sobre los que se justifica la ablación que está reflejada en el Anexo 7 y las consecuencias que tiene la técnica a corto, medio y largo plazo. (Tabla 6)

**Tabla 6: Consecuencias de la MGF<sup>(1)</sup>**

Consecuencias tempranas	Consecuencias a medio y largo plazo
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dolor intenso</li> <li>• Hemorragias</li> <li>• Infecciones diversas</li> <li>• Retención urinaria</li> <li>• Septicemia</li> <li>• Miedo y angustia</li> <li>• Estrés traumático</li> <li>• Heridas y posibles daños en órganos vecinos</li> <li>• Transmisión VIH y/o Hepatitis B</li> <li>• Tétanos</li> <li>• Muerte por shock o desangrado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstrucción de orina y flujo menstrual</li> <li>• Infecciones</li> <li>• Dismenorrea</li> <li>• Incontinencia</li> <li>• Trastornos renales</li> <li>• Infección crónica de la pelvis</li> <li>• Infertilidad</li> <li>• Abscesos, quistes, queloides</li> <li>• Hepatitis, sida</li> <li>• Anemia crónica</li> <li>• Fístulas</li> <li>• Complicaciones en el parto (desgarros, hemorragias, fístulas, sufrimiento fetal e incluso muerte del bebé en periodo perinatal)</li> <li>• Sexuales: modificación de la sensibilidad sexual, coitos dolorosos, anorgasmia, disminución del deseo erótico...</li> <li>• Psicológicas: traumas, shock, angustia, depresión, trastornos - alimentarios y del sueño-, ...</li> </ul>

Al concluir la explicación se hará un círculo donde las mujeres comentarán lo escuchado sobre el tema y su opinión al respecto. Además, aportarán al grupo si han sufrido alguna de ellas.

Finalizará la sesión preguntando si existe alguna duda al respecto y dando el número de contacto en caso de que lo necesiten.

### DIAGRAMA DE GANTT 2018

	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO
Contacto con las mujeres		■ ■ ■			
Planificación de las sesiones			■		
Preparación de las sesiones			■ ■ ■		
Ejecución de las sesiones				■ ■ ■ ■	
Evaluación					■

#### 4.3 Evaluación

La evaluación será cualitativa a través de unas preguntas realizadas en la primera sesión y en la última, comparando las respuestas en ambos casos y evaluando el aumento de conocimientos. La encuesta será traducida al

idioma nativo de las participantes y si alguna de ellas no supiera leer, la traductora sería la encargada de leer y rellenar la encuesta conforme a lo respondido por la participante. (Anexo 11)

Evaluaremos con las respuestas si se han cumplido los objetivos de cada sesión y del programa, si han mejorado los conocimientos sobre las consecuencias de la MGF, los mecanismos de ayuda y cuidados que tienen a su disposición, los problemas en el parto y las consecuencias legales.

Se les realizará un seguimiento tras el programa a los 6 meses y al año para evaluar si mantienen los conocimientos aprendidos y reforzar alguno si fuera necesario.

## **6. CONCLUSIÓN**

Al ser la MGF una práctica basada en la tradición es complicado actuar y cambiar esas creencias. Una buena educación sanitaria y un aumento de los conocimientos de las mujeres, es la base para mejorar su calidad de vida e iniciar un cambio de mentalidad.

Son evidentes los graves riesgos para la salud de las mujeres que tienen practicada la ablación y la necesidad de un apoyo social y sanitario.

La MGF sigue siendo una práctica realizada en todo el mundo, pero ya son muchos los países y organizaciones que luchan por los derechos de las mujeres y niñas. A pesar de ello, es un tema con poca concienciación social y las mujeres que la han sufrido, mujeres anónimas con graves problemas de salud. Se requiere de programas que empoderen a las mujeres y las doten de los recursos necesarios para comprender las repercusiones individuales y comunitarias de la continuidad de la práctica.

## 7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF). Madrid: Cia, Europea Digital Press, S.L. 2015;112.
2. OMS. Mutilación genital femenina [Internet]. WHO. World Health Organization; [citado 2 de febrero de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>
3. Unicef. Female genital mutilation/cutting: a global concern unicef's data work on fgm/c support for data collection data analysis and dissemination [Internet]. New York: UNICEF, división of Data, Research and Policy; 2016 [citado 2 de febrero de 2017]. Disponible en: [https://www.unicef.org/media/files/FGMC\\_2016\\_brochure\\_final\\_UNICEF\\_SPREAD.pdf](https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf)
4. Ruiz IJ, Pilar M, Martínez A, Mar M Del, Bravo P. Impacto de la mutilación genital femenina en los objetivos del milenio. 254 Rev Gaúcha Enferm. 2015;36(esp):254-61.
5. Gallego M, López M. Mutilación genital femenina: revisión y aspectos de interés médico legal. Cuad Med forense. 2010;16(3):145-51.
6. Wacker J, Zida A, Sitz C, Schweinfurth D, Briegel J, Hüser A, et al. Female genital mutilation and female genital schistosomiasis-bourouwel, the worm: Traditional belief or medical explanation for a cruel practice?. Midwifery. 2013;29(8):73-7.
7. Rushwan H. Female genital mutilation: A tragedy for women's reproductive health. African J Urol. 2013;19(3):130-3.
8. Mulongo P, Mcandrew S, Hollins Martin C. Crossing borders: Discussing the evidence relating to the mental health needs of women exposed to female genital mutilation. Int J Ment Health Nurs. 2014;23(4):296-305.
9. Jiménez Ruiz I, Almansa Martínez P, Pastor Bravo M, Pina Roche F.

Aproximación a la Ablación / Mutilación Genital Femenina ( A / MGF ) desde la Enfermería Transcultural . Una revisión bibliográfica .Enfermería Global.2012;vol 11 (4) :396-410.

10. Bedia Castillo F, Salamanca de Dueñas R. Reflexión bioética, criminológica y tratamiento jurídico penal de la mutilación genital femenina, en García, Enciclopedia de Bioética. [Internet] [Citado 4 de marzo de 2017]. Disponible en: <http://www.encyclopediadebioetica.com/index.php/todas-las-voces/295-reflexion-bioetica-criminologica-y-tratamiento-juridico-penal-de-la-mutilacion-genital-femenina>
11. Casajoana M, Caravaca E, Martínez M. Una visión global de la mutilación genital femenina. Matronas profesión. 2012;13(3):76-82.
12. Gobierno de Aragón. Protocolo para la prevención y actuación ante la Mutilación Genital Femenina en Aragón. [Internet]. Aragón: Instituto aragonés de la mujer; 2015 [Citado el 16 marzo de 2017]. Disponible en: [http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/StaticFiles/mutilaci%C3%B3n\\_1.pdf](http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/StaticFiles/mutilaci%C3%B3n_1.pdf)
13. WHO. Health risks of female genital mutilation (FGM) [Internet]. WHO. World Health Organization; 2017 [citado 19 de marzo de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health\\_consequences\\_fgm/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health_consequences_fgm/en/)
14. OMS . Complicaciones sanitarias de la mutilación genital femenina [Internet]. WHO. World Health Organization; 2015 [citado 19 de marzo de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health\\_consequences\\_fgm/es/](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/health_consequences_fgm/es/)
15. OMS. Un nuevo estudio revela que la mutilación genital femenina expone a las mujeres y a sus niños a riesgos importantes en el momento del parto [Internet]. WHO. World Health Organization; 2013 [citado 19 de marzo de 2017]. Disponible en:

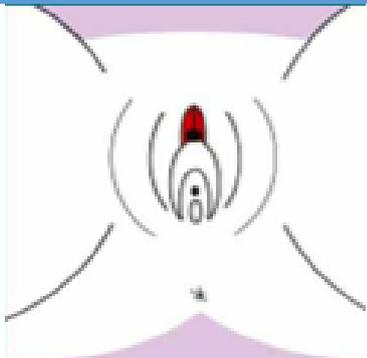
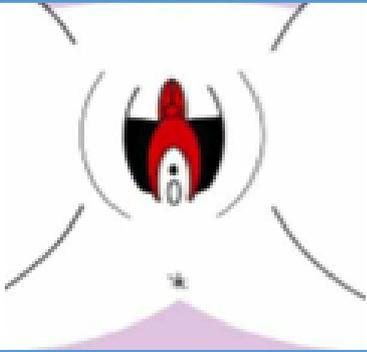
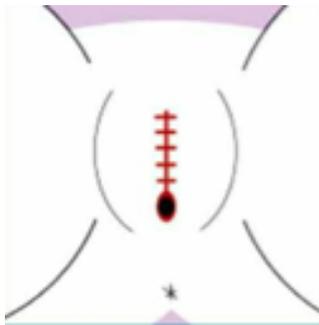
<http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/pr30/es/>

16. Grande Gascón ML, Ruiz Seisdedos S, Hernández Padilla M. El abordaje social y político. *Portularia*. 2013; 13 (1): 11-18.
17. Vallejo Peña C. Mutilación Genital Femenina: Violencia De Género Con Nuevas Trabas Para Su Persecución En España. *Revista de estudios jurídicos*. 2014; 14 (16):1-21.
18. Pastos Bravo MM, Almansa Martínez P, Jiménez Ruiz I, Partor Rodríguez JD. Estrategias para el abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde la Enfermería. *Index Enferm (Gran)*. 2015; 24 (3): 159-63.
19. Jiménez-Ruiz I, Almansa Martínez P, Juall Carpenito L. Propuesta de diagnóstico de Síndrome Post Mutilación Genital Femenina. *Enferm glob*. 2017;16(45):51-9.
20. Alcón Belchí C, Jiménez Ruiz I, Pastor Bravo M del M, Almansa Martínez P. Algoritmo de actuación en la prevención de la mutilación genital femenina. Estudio de casos desde atención primaria. *Atención Primaria*. marzo de 2016; 48 (3):200-205.
21. Gobierno de Aragón. Prevención y actuación ante la mutilación genital femenina. [Internet]. Aragón: Instituto aragonés de la Mujer; 2016 [Citado el 15 de abril de 2017]. Disponible en: [http://carei.es/wp-content/uploads/protocolo\\_mgf\\_Arag%C3%B3n.pdf](http://carei.es/wp-content/uploads/protocolo_mgf_Arag%C3%B3n.pdf)
22. Unión de Asociaciones Familiares (UNAF). Guía para profesionales. MGF en España. Prevención e intervención. [Internet]. Gobierno de España. 2015 [Citado el 15 de abril de 2017]. Disponible en: <http://unaf.org/wp-content/uploads/2015/10/Guia-MGF-2015.pdf>
23. El País. La mutilación genital femenina MGF. [Internet]. Planeta Futuro EL PAÍS, Ediciones EL PAÍS; 2016 [Citado 15 de abril de 2017]. Disponible en: <http://elpais.com/especiales/2016/planeta-futuro/mutilacion-genital-femenina/>
24. Municipal de Estadística O. Demografía [Internet]. 2008 [citado 20 de

abril de 2017]. Disponible en:  
<https://zaragoza.es/contenidos/estadistica/obsv8/demografia.pdf>

## Anexo 1

**Tabla 7: Tipos de mutilación genital.<sup>(1)</sup>**

TIPO DE MUTILACIÓN	REPRESENTACIÓN GRÁFICA	DEFINICIÓN
<b>TIPO I CLITORIDECTOMÍA</b>		Consiste en la extirpación parcial o total del clítoris y de los labios menores con o sin escisión de los labios mayores.
<b>TIPO II ESCISIÓN</b>		Consiste en la extirpación parcial o total del clítoris y de los labios menores con o sin escisión de los labios mayores.
<b>TIPO III INFIBULACIÓN</b>		Consiste en el estrechamiento del orificio vaginal a través de la sutura, cosido o recolocación de los labios menores y/o mayores para su cicatrización, con o sin extirpación del clítoris. Es la forma más severa de mutilación, que deja un pequeño orificio para la salida de la orina y la sangre menstrual. Dado que es mínimo el orificio, se realizará una desinfibulación en el momento del parto y, después del parto, de nuevo la reinfibulación. También se suele realizar la desinfibulación el día de la boda para poder mantener la relación genital, después será nuevamente reinfibulada.

**TIPO IV**

- Abrasión
- Cauterización del clítoris
- Introducción de sustancias en la vagina
- Piercing
- Dry sex

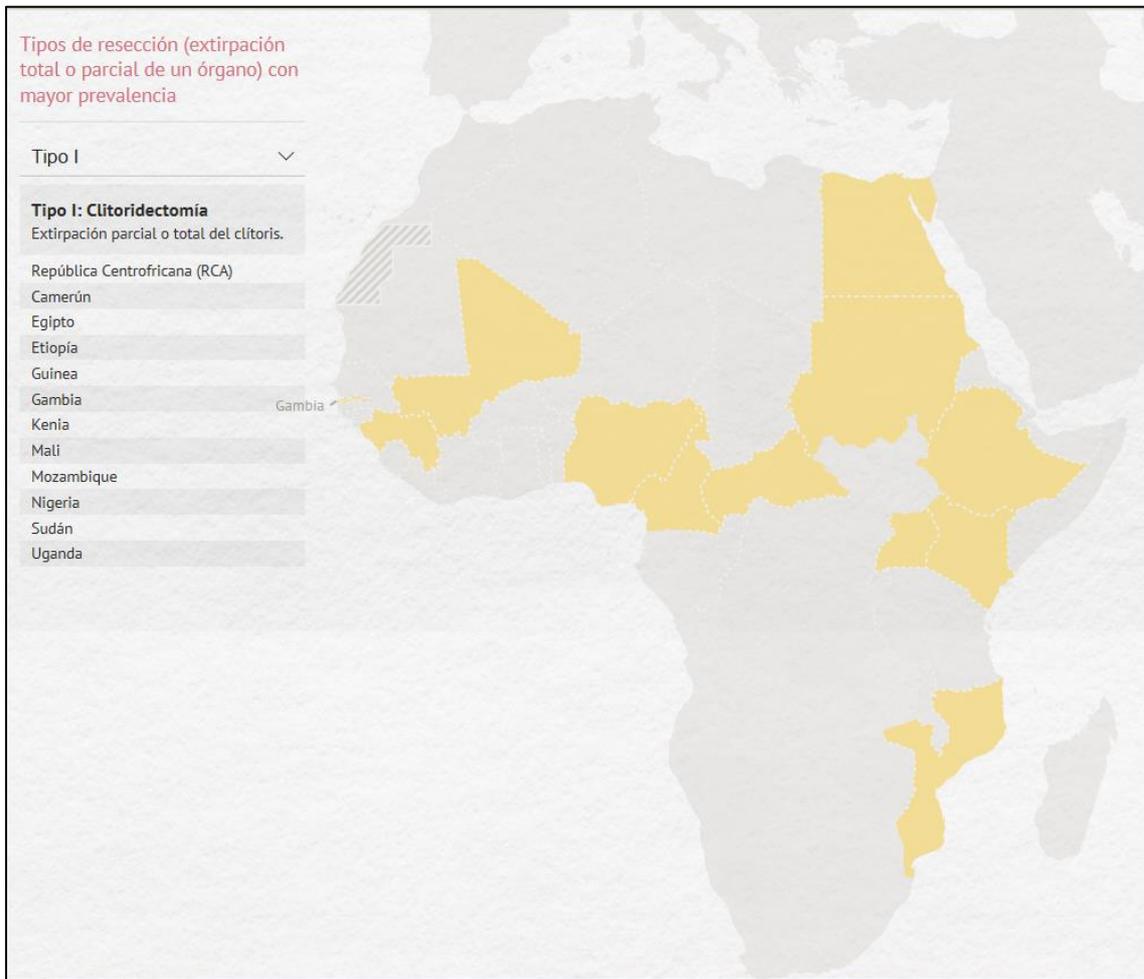
En este tipo se engloban todas aquellas prácticas que suponen lesiones en los genitales femeninos, no clasificados en los tipos anteriores, y que no responden a fines terapéuticos ni médicos. Encontramos en esta clasificación: el raspado, la cauterización, la perforación, la incisión en la zona genital, la `introcisión´ que consiste en la ampliación del orificio vaginal mediante cortes o desgarros, o por el contrario procedimientos orientados a estrechar la vagina (mediante hierbas, etc.).

La realización de unos tipos u otros de MGF depende fundamentalmente de la etnia practicante.

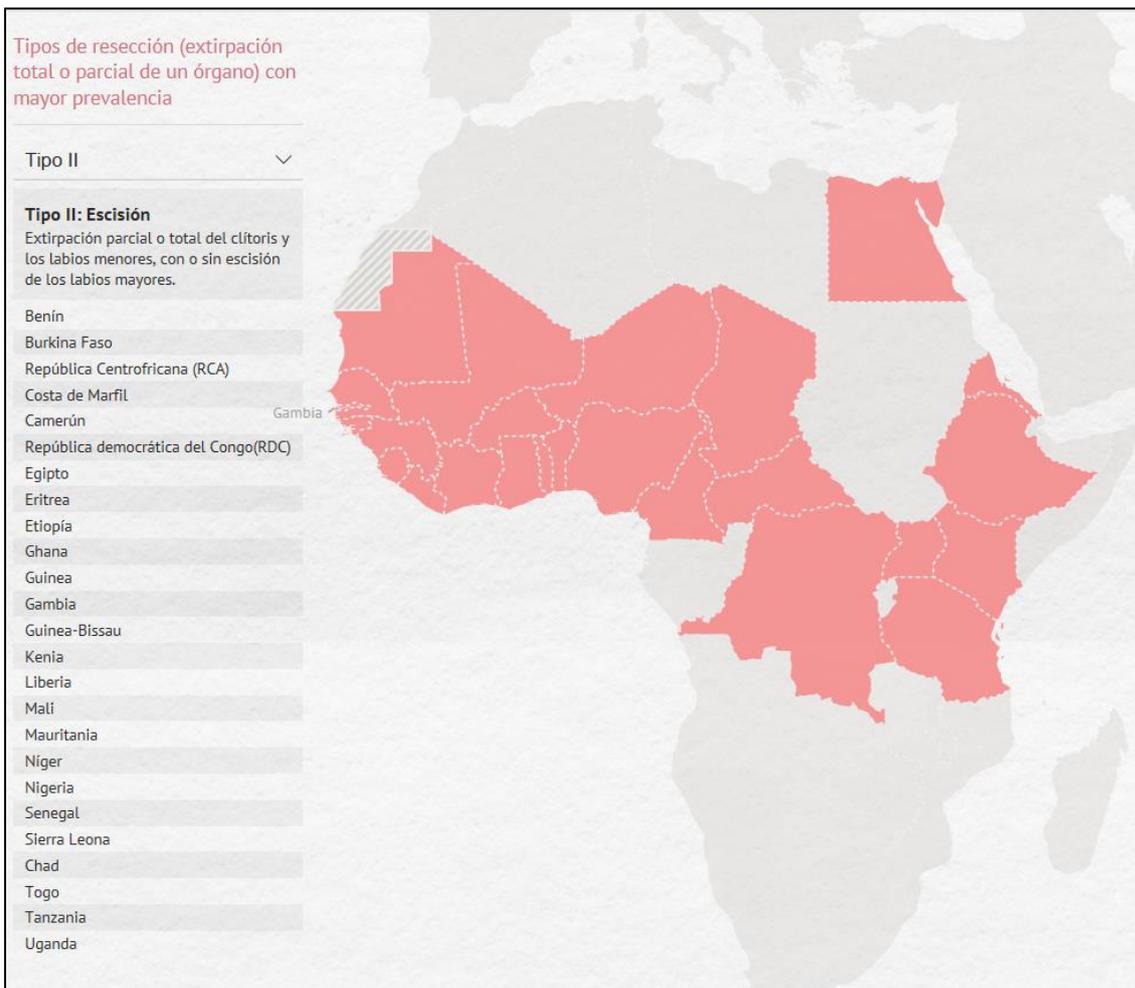
Según los tipos de mutilación:

- Las mutilaciones tipo I y II son las más comunes y suelen constituir entre el 80% y el 85% de los casos.
- La mutilación del tipo III es la menos frecuente, se realiza primordialmente en los países del Cuerno de África (Somalia, Sudán y Yibuti) y constituye entre el 15% y el 20% de los casos. De manera menos importante se practica también en Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia y Kenia, pero la prevalencia interna varía mucho de un país a otro.
- La infibulación (tipo III) y la introcisión (tipo IV) pueden darse en la misma mujer, si la primera ha sido tan lesiva que impide la penetración del marido.

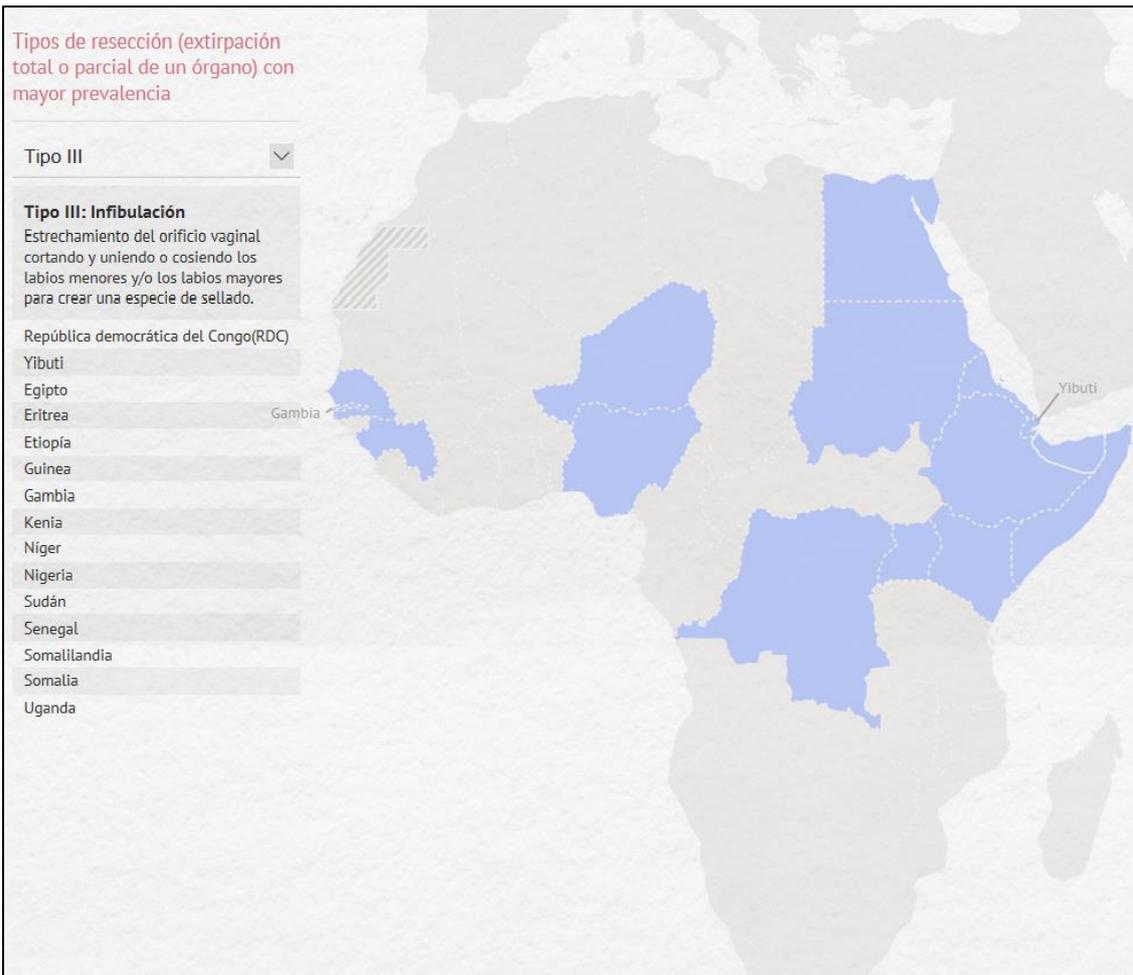
## Anexo 2



**Ilustración 1: Distribución de MGF tipo I en África.**(23)



**Ilustración 2: Distribución geográfica de MGF tipo II en África.(23)**

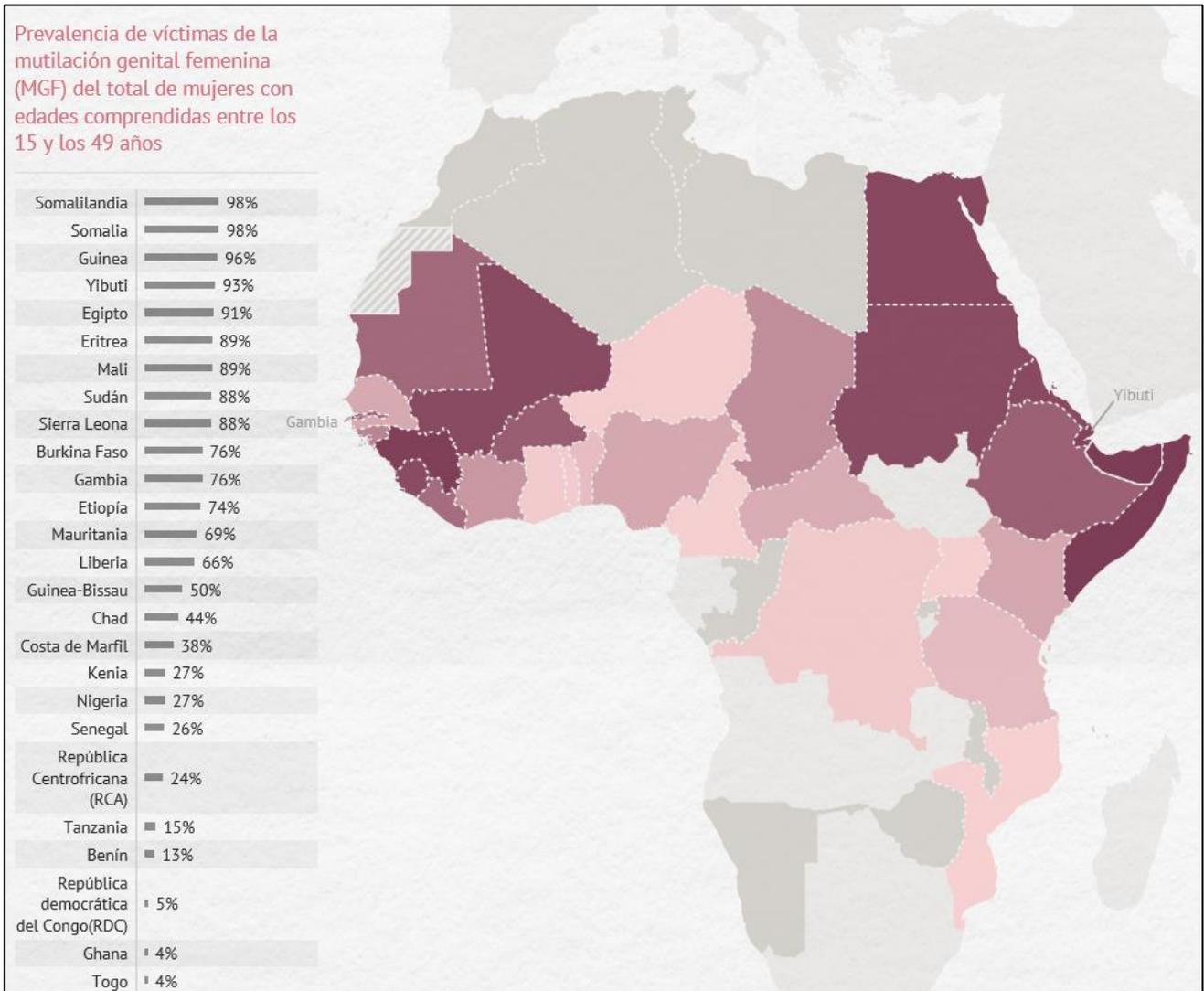


**Ilustración 3: Distribución geográfica de MGF tipo III en África.(23)**



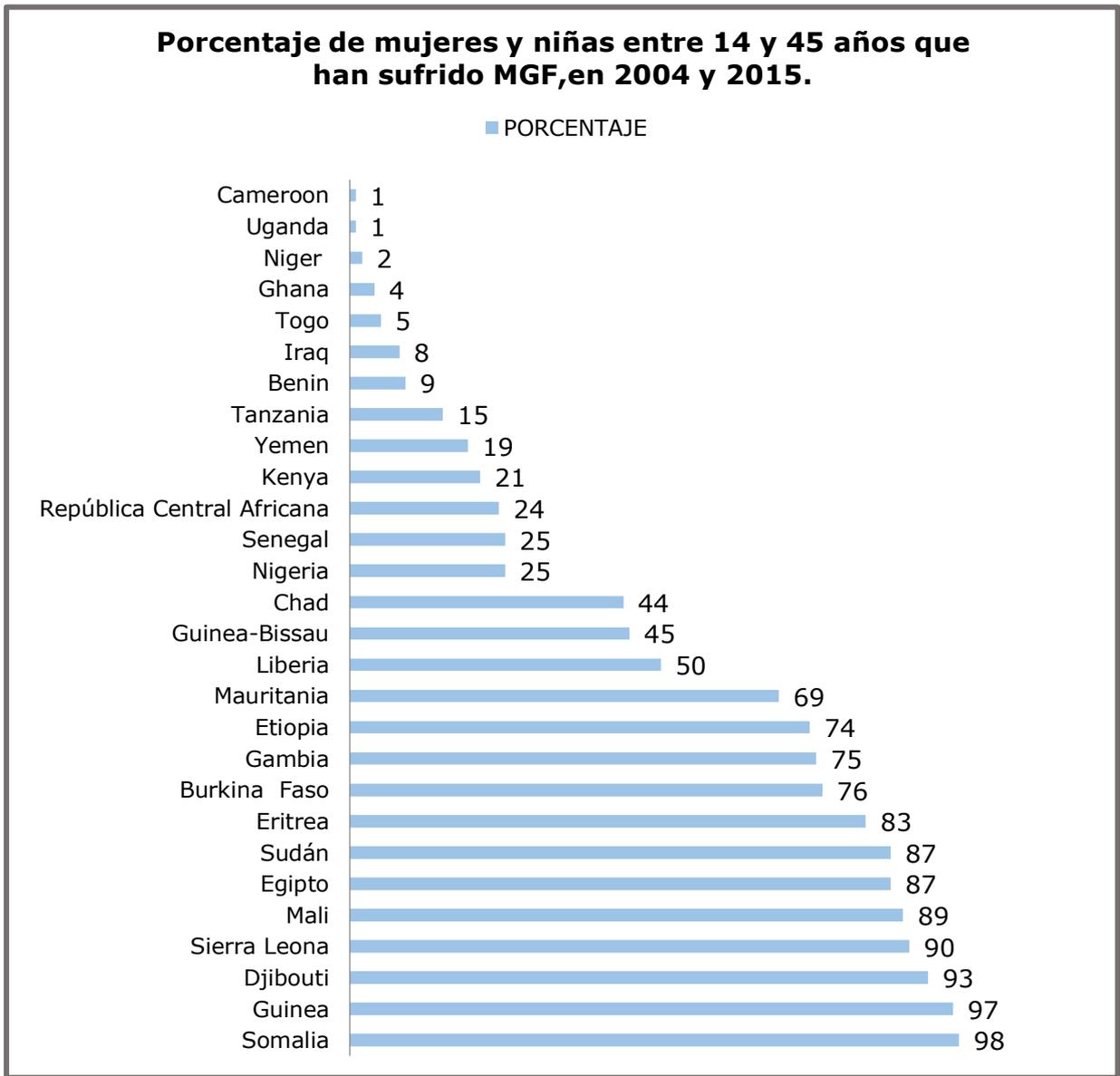
**Ilustración 4: Distribución geográfica de MGF tipo IV en África.(23)**

### Anexos 3

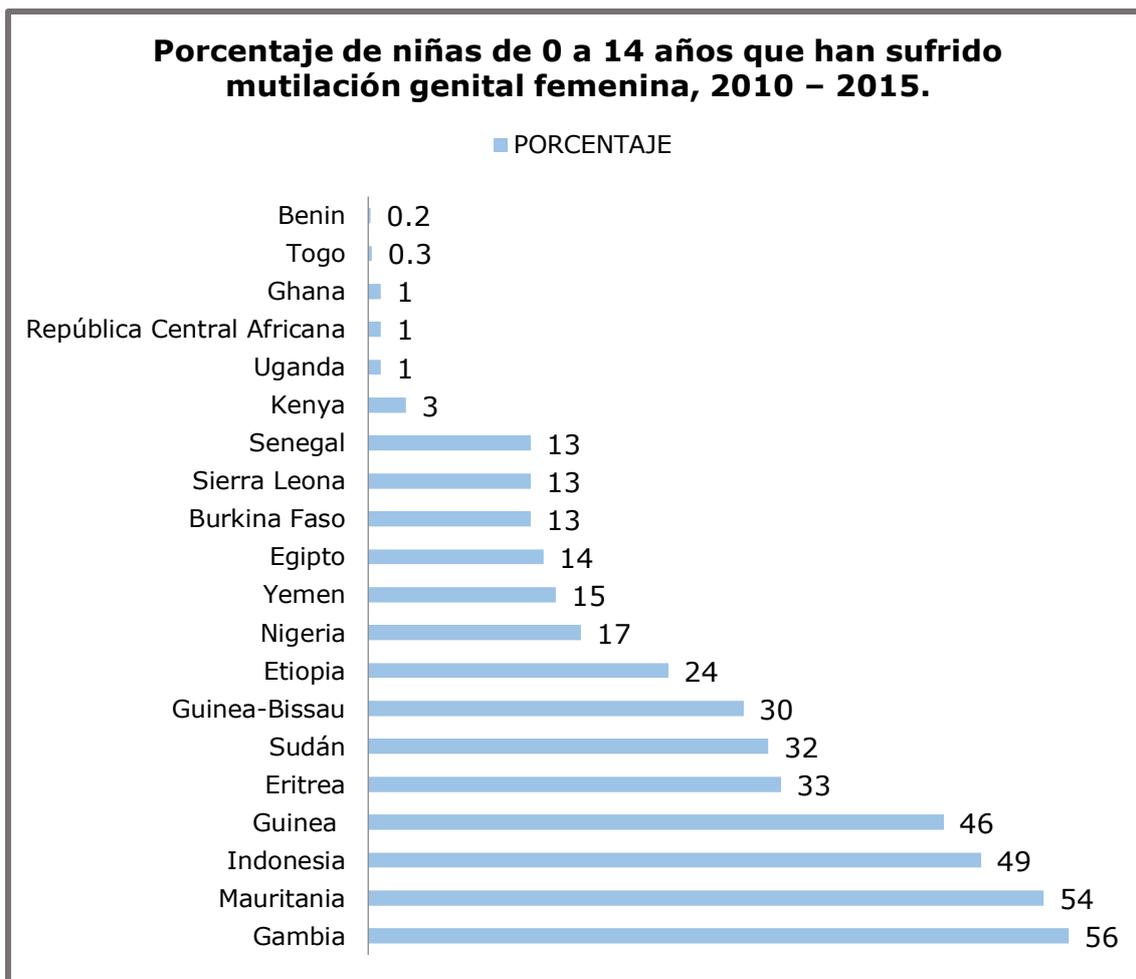


**Ilustración 5: Prevalencia de víctimas de la MGF del total de mujeres con edades comprendidas entre los 15 y los 49 años.(23)**

## Anexo 4



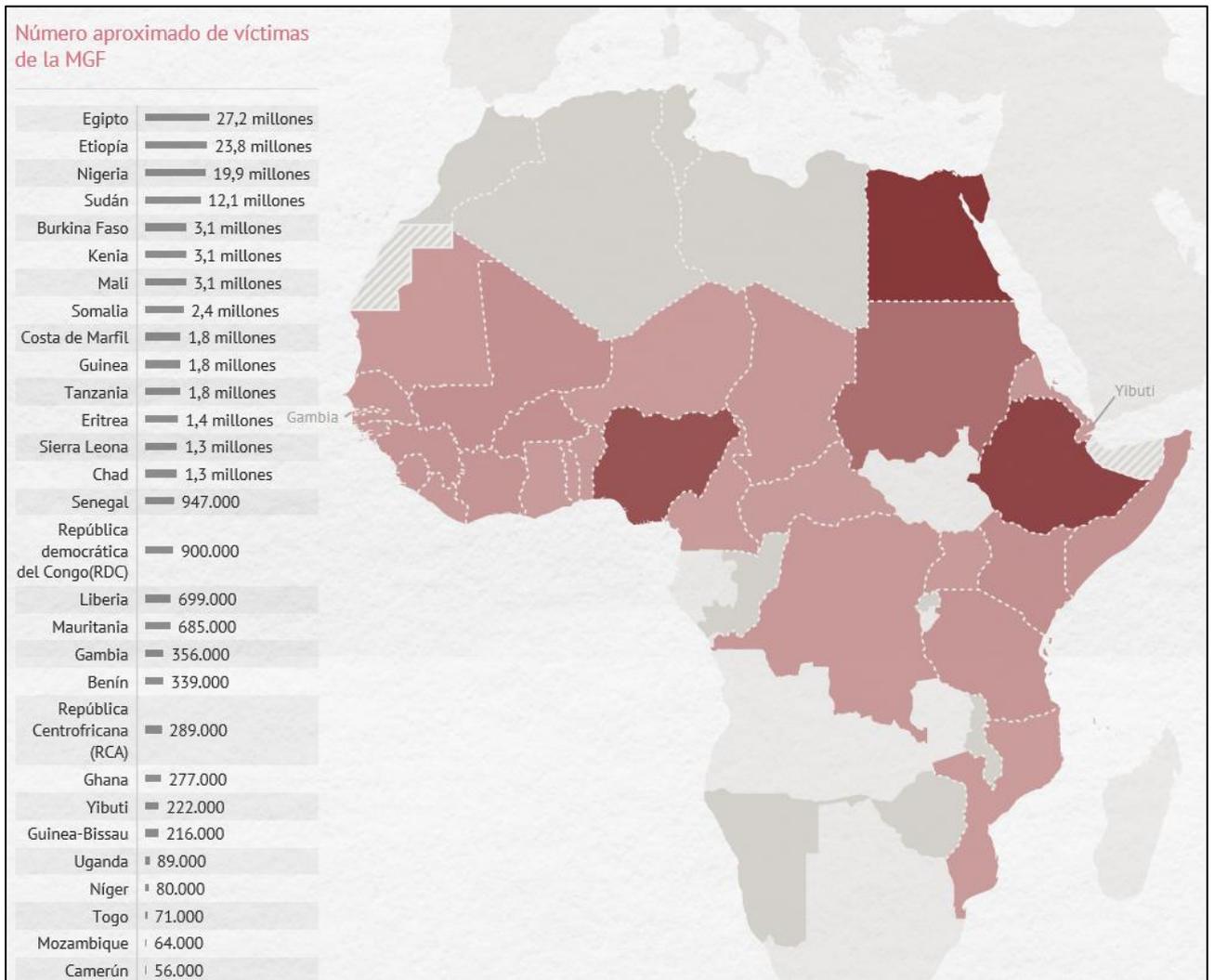
**Ilustración 6: Porcentaje de mujeres y niñas entre 14 y 45 años que han sufrido MGF, en 2004 y 2015. <sup>(3)</sup>**



**Ilustración 7: Porcentaje de niñas de 0 a 14 años que han sufrido MGF, 2010-2015. <sup>(3)</sup>**

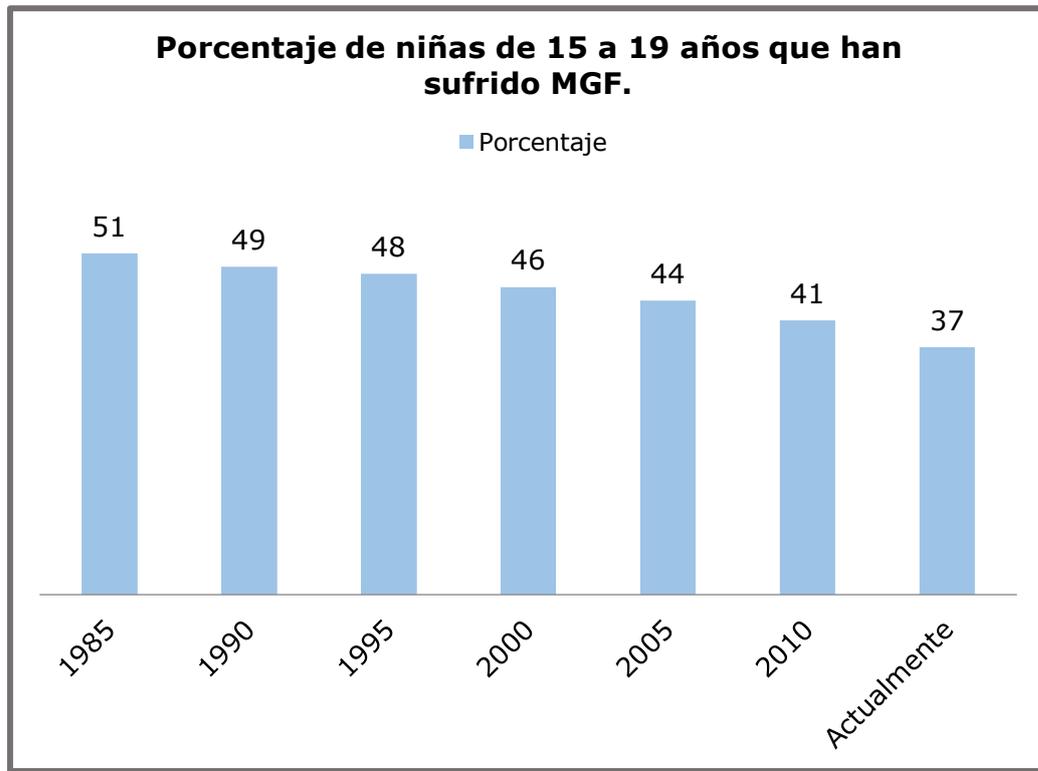
Porcentaje de niñas de 0 a 14 años que han sufrido mutilación genital femenina, 2010 – 2015. Datos de prevalencia para niñas de 0 a 14 años reflejan su estado de mutilación genital femenina actual, pero no final, ya que algunas chicas que no se han cortado todavía pueden estar en riesgo de experimentar la práctica una vez que lleguen a la edad habitual para el corte.

## Anexo 5



**Ilustración 8: Número aproximado de víctimas de MGF en África por países. (23)**

## Anexo 6



**Ilustración 9: Porcentaje de niñas de 15 a 19 años que han sufrido MGF. <sup>(3)</sup>**

## Anexo 7

**Tabla 8: Argumentos que desmontan los mitos sobre los que se sustenta la MGF. <sup>(1)</sup>**

MITO	ARGUMENTO PARA DESMONTARLO
<p><b>MITO 1</b></p> <p><b>La religión obliga</b></p>	<p>En el Corán no hay referencia escrita a la MGF. Sin embargo, el Corán sí recoge la frase del profeta: "Cuidad de vuestras hijas y no les hagáis daño".</p> <p>Hay países musulmanes que no la practican, por ejemplo Arabia Saudí, Marruecos,...</p> <p>Es algo cultural, no religioso, responde a tradiciones y su origen es pre-islámico. Además, también la realizan personas de religiones no islámicas, como algunos cristianos de Nigeria y Camerún. Depende de la zona y de la etnia, no de la religión.</p> <p>Los imanes les comentan que su realización tiene que ver con la religión pero no les explican de qué forma.</p>
<p><b>MITO 2</b></p> <p><b>Es más limpio(motivos de higiene o de pureza en la mujer)</b></p>	<p>Si el clítoris fuera algo malo, Dios no lo pondría ahí (este es un argumento de bastante peso para las personas con creencias religiosas).</p> <p>Es importante hacer referencia a otras mujeres que no están mutiladas, por ejemplo las españolas, y si tenemos ocasión es de mucha utilidad enseñar fotografías de los genitales sin el corte para que vean que no crece nada raro si no se corta el clítoris. La idea de que tener clítoris implica suciedad, falta de pureza o higiene, es posiblemente una forma de transmitir temor hacia esta parte del cuerpo, y esto podemos reflexionarlo con ellas y ellos.</p>
<p><b>MITO 3</b></p> <p><b>Supone un bien para las niñas</b></p>	<p>Es importante que incidamos en las consecuencias negativas para la salud, tanto las inmediatas como las que se producen a medio y largo plazo. Si conocen y entienden estas repercusiones, relativizan la idea de que es beneficioso para las niñas.</p> <p>Aquí aflora el problema de la presión familiar que es muy fuerte, así como el peso de la tradición. Se asume que si no se mutila a la niña, será rechazada para el matrimonio, algo que se considera de vital importancia. Por ello las familias tienen que ser conscientes de las consecuencias sobre la salud para poder iniciar un proceso de reflexión. Hemos de ser conscientes de que las mujeres con las que vamos a trabajar tienen con frecuencia poco peso en las decisiones familiares, y de que siguen existiendo los matrimonios forzados, dentro de los que la familia del futuro marido está en disposición de exigir la mutilación de la niña que será esposa de su hijo. Por eso, la presión familiar es tan fuerte que incluso en personas concienciadas puede resultar complejo el negarse a seguir la tradición.</p> <p>Si la familia que viaja a su país conoce la legislación española al respecto y tiene intención de volver a España, es más probable que no la realicen, ya que esto sería un problema para su futuro en el país de acogida. En el caso de que viajen para casar a su hija</p>

	<p>en dicho país, lo harán con mayor probabilidad puesto que en los países en los que se realiza es condición indispensable para contraer matrimonio.</p> <p>Aquellas personas mejor informadas sobre la legislación, las consecuencias para la salud y las secuelas diversas que la MGF tiene para la mujer, tendrán más argumentos para hacer frente a la presión familiar.</p>
<p><b>MITO 4</b></p> <p><b>Son costumbres y tradiciones</b></p>	<p>Es preciso que aquellas costumbres que atentan contra los derechos de las personas y causan problemas para la salud, sean cuestionadas y cambiadas por otras que protejan la salud de las mujeres .La información sobre las diversas consecuencias para la salud de la mujer y sus bebés, puede hacer que se cuestionen la conveniencia de esta tradición.</p>
<p><b>MITO 5</b></p> <p><b>El clítoris puede crecer demasiado si no se corta(razones de estética)</b></p>	<p>Pueden usarse fotografías e imágenes de genitales sin mutilar, para demostrar que el clítoris no crece y se vuelve como un pene.</p> <p>Un argumento efectivo es que el clítoris protege, ya que ayuda a la mujer a lubricar.</p> <p>A veces, las mujeres indican que si el clítoris no se corta, se produce picor en los genitales, y las mujeres han de estar todo el rato rascándose. Darse ejemplos de mujeres sin mutilar a las que esto no les ocurre.</p>
<p><b>MITO 6</b></p> <p><b>Protege la virginidad(control de la moral)</b></p>	<p>Algunas mujeres tienen que ser desinfibuladas para poder mantener relaciones coitales con su marido y experimentan mucho dolor cada vez que las mantienen.</p> <p>Las mujeres no mutiladas (africanas o españolas) también son fieles, la fidelidad no depende de tener o no clítoris. Si una mujer no está mutilada, goza de mejor salud y es más probable que disfrute con su pareja, pero eso no implica que le sea infiel.</p> <p>Conversaremos sobre la idea de que, si desean transmitir a sus hijas los valores de la fidelidad, no es preciso mutilar sus genitales. Lo más efectivo es la educación y la transmisión de estos valores.</p>
<p><b>MITO 7</b></p> <p><b>Las mujeres mutiladas tienen más hijas/os</b></p>	<p>Una posible reflexión para las personas con creencias religiosas sería: "Si las hijas e hijos que se tienen, son cosa de Dios, la MGF no tiene por qué aumentar el número de hijas/os".</p> <p>Si las mujeres "blancas" tienen menos hijas/os no es "por no tener practicado el corte", sino porque tienen buena información sobre métodos anticonceptivos y saben cómo planificar sus embarazos.</p> <p>La MGF conlleva complicaciones en los partos, que pueden ocasionar la muerte del bebé e incluso de la madre.</p> <p>Además, las infecciones producidas por la mutilación pueden ocasionar infertilidad.</p>
<p><b>MITO 8</b></p> <p><b>El corte en la mujer previene los problemas de salud en sus bebés y la</b></p>	<p>Para desmontar esta idea es poner como ejemplo a las mujeres españolas, o las propias africanas pertenecientes a etnias no practicantes tienen bebés sanas/os y no transmiten problemas ni infecciones a sus parejas.</p> <p>La transmisión de infecciones y enfermedades no se evita "cortando" a la mujer. En todo caso, sería justo lo</p>

<b>transmisión de enfermedades y daños en los hombres</b>	contrario, puesto que la mujer que tiene practicado "el corte" es más vulnerable a las infecciones genitales.
<b>MITO 9</b>  <b>Si una mujer se encuentra mutilada, el placer de su pareja (hombre) es mayor durante las relaciones sexuales</b>	<p>No es lo mismo que la mujer responda a los estímulos, a que no responda a dichos estímulos porque no siente placer. La mujer "no cortada" tiene mayor probabilidad de sentir placer, de ser receptiva a los estímulos eróticos y de sentir deseo. La mujer "cortada" no suele sentir placer. Un hombre disfruta más cuando se encuentra con una mujer que a su vez también disfruta.</p> <p>El que el cuerpo tiene diversas zonas erógenas además del clítoris, pero que si falta el clítoris, el placer de la mujer suele verse dificultado.</p> <p>Las relaciones sexuales donde participan dos y disfrutan dos, suelen ser más significativas y completas, y hacen sentir a ambas personas más felices y más realizadas.</p> <p>En la sexualidad del ser humano son importantes los afectos, las emociones, los sentimientos.</p>

## Anexo 8

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos demográficos del observatorio municipal de Zaragoza 2008 de la junta municipal de Delicias (Municipal de Estadística O. Demografía [Internet]. 2008 [citado 20 de abril de 2017]. Disponible en: <https://zaragoza.es/contenidos/estadistica/obsv8/demografia.pdf>)\_\_\_y los datos obtenidos de UNICEF (Unicef. Female genital mutilation/cutting: a global concern unicef's data work on fgm/c support for data collection data analysis and dissemination [Internet]. New York: UNICEF, división of Data, Research and Policy; 2016 [citado 2 de febrero de 2017]. Disponible en: [https://www.unicef.org/media/files/FGMC\\_2016\\_brochure\\_final\\_UNICEF\\_SPREAD.pdf](https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf))

**Tabla 9: Mujeres extranjeras procedentes de países donde se realiza la MGF en el barrio de Delicias de Zaragoza, en 2008.**

<b>PAISES DONDE SE REALIZA MGF</b>	<b>MUJERES EXTRANJERAS EN EL BARRIO DE DELICIAS</b>
<b>Somalia</b>	Sin datos
<b>Somalilandia</b>	Sin datos
<b>Guinea</b>	166
<b>Yibuti</b>	Sin datos
<b>Egipto</b>	14
<b>Eritrea</b>	1
<b>Mali</b>	7
<b>Sudán</b>	0
<b>Sierra Leona</b>	4
<b>Burkina Faso</b>	0
<b>Gambia</b>	204
<b>Etiopía</b>	0
<b>Mauritania</b>	2
<b>Liberia</b>	2
<b>Guinea-Bissau</b>	11
<b>Chad</b>	0
<b>Costa de Marfil</b>	5
<b>Kenia</b>	0
<b>Nigeria</b>	87
<b>Senegal</b>	39
<b>República Centroafricana</b>	0
<b>Tanzania</b>	Sin datos

<b>Benín</b>	1
<b>República democrática del Congo</b>	10
<b>Ghana</b>	118
<b>Togo</b>	0
<b>Camerún</b>	22
<b>Uganda</b>	Sin datos
<b>Mozambique</b>	0
<b>Niger</b>	0
<b>Total</b>	693

## Anexo 9

### PRESUPUESTO

Fuente: Elaboración propia.

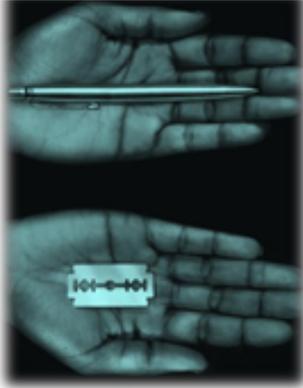
**Tabla 10: Presupuesto del programa.**

RECURSOS HUMANOS	UNIDAD	Nº SESIONES	PRECIO POR SESIÓN DE 90 min	TOTAL
<b>Matronas</b>	2	4	110€	880€
<b>Enfermera uci neonatos</b>	1	1	110€	110€
<b>Mediadora intercultural</b>	1	4	80€	320€
<b>Total</b>				1310€

RECURSOS MATERIALES	UNIDADES	PRECIO/UNIDAD	TOTAL
<b>Folletos informativos</b>	24	0,30€	7,2€
<b>Encuestas inicial y final</b>	24	0,15€	3,6€
<b>Bolígrafos</b>	24	0,60€	14,4€
<b>Proyector de video</b>	2	Centro de salud	
<b>Ordenador</b>	2	Centro de salud	
<b>Salas</b>	3	Centro de salud	
<b>Sillas</b>	14	Centro de salud	
<b>Mesas</b>	6	Centro de salud	

## Anexo 10

Folleto informativo del programa:

<p><b>La mutilación genital femenina (MGF)</b></p> <p>Es una técnica realizada todo el mundo y atenta contra los derechos humanos de millones de mujeres.</p> <p>Es necesario profundizar en el tema y concienciar a las mujeres de la necesidad del cambio.</p> <p>Enfermería busca aumentar los conocimientos de las mujeres y ayudar a las que ya la han sufrido.</p> <p>Si quieres profundizar en el tema y resolver todas tus dudas, acude a nuestro taller.</p> <p>Podemos ayudarte.</p>	<p>Belén Izquierdo Valiente</p>	<p><b>La información es la base del cambio.</b></p> <p><b>TALLER SOBRE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF)</b></p> 
--	---------------------------------	--

## SESIÓN 1

### OBSERVA TU CUERPO Y SUS SEÑALES

- Fecha: 5 de abril de 2018.
- Horario: 10-11:30H
- Lugar: Centro de Salud Universitarias. Planta 0. Aulas 1 y 2.
- Tema: MGF las consecuencias para la salud y como reconocer los cambios en tu cuerpo.

## SESIÓN 2

### PUEDEN AYUDARME

- Fecha: 12 de abril de 2018.
- Horario: 10-11:30H
- Lugar: Centro de Salud Universitarias. Planta 0. Aulas 1 y 2.

### -Tema:

Cuidados para la salud que hay alcance.

## SESIÓN 3

### EL PARTO Y MI BEBÉ

- Fecha: 19 de abril de 2018.
- Horario: 10-11:30H
- Lugar: Centro de Salud Universitarias. Planta 0. Aulas 1 y 2.
- Tema: El parto y el bebé. ¿Qué puede ocurrir?



## SESIÓN 4

### EL CAMBIO ES NECESARIO

- Fecha: 26 de abril de 2018.
- Horario: 10-11:30H
- Lugar: Centro de Salud Universitarias. Planta 0. Aulas 1 y 2.
- Tema: Las leyes sobre la MGF y la importancia del cambio.

Póngase en contacto con nosotros

Belén Izquierdo Vallente  
677812850  
Zaragoza  
Centro de salud Universitarias.

## Anexo 11

### ENCUESTA INICIAL Y FINAL DE CONOCIMIENTOS

Fuente: Elaboración propia.

Esta encuesta es de carácter privado. Las respuestas serán únicamente para el desarrollo del programa y poder hacer hincapié en los conocimientos más deficientes. Para contestar el cuestionario tiene dos opciones posibles SI o NO deberá marcar una X en el cuadrado correspondiente.

1. ¿Conoce los tipos de mutilación genital femenina que pueden realizarse?

SI  NO

2. ¿Sabe qué tipo de MGF le ha sido realizada?

SI  NO

3. ¿Conoce los síntomas producidos por esta práctica?

SI  NO

Y éstos, ¿los relaciona con alguno de sus síntomas?

SI  NO

4. ¿Puede recurrir a alguien para ayudarle a aliviar sus síntomas?

SI  NO

5. ¿Conoce los posibles problemas que esta práctica le puede procurar durante el parto?

SI  NO

6. ¿Dispone de información y/o recursos para prevenir la ablación en sus hijas?

SI  NO