

Título: ¿QUÉ CONOCEN LAS MATRONAS¹ DE ATENCIÓN PRIMARIA DE SEVILLA SOBRE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA?.

León Larios, Fátima. Departamento de Enfermería, Universidad de Sevilla, fatimaleon@us.es

Casado Mejía, Rosa. Departamento de Enfermería, Universidad de Sevilla, rcasado@us.es

Resumen:

Tras la situación migratoria que está aconteciendo en Andalucía, es habitual encontrar en las consultas mujeres procedentes de países donde las prácticas tradicionales y culturales son diferentes. El creciente aumento demográfico de mujeres procedentes de países subsaharianos trae como consecuencia que, a pesar de que en nuestro país no se practique la Mutilación Genital Femenina (MGF), exista un riesgo de que las hijas de estas mujeres mutiladas lo sean. Objetivo: determinar los conocimientos, actitudes y experiencias profesionales que tienen las matronas de Atención Primaria (AP) de Sevilla con respecto a la MGF. Metodología: Cuantitativa y cualitativa. Resultados: *Perfil:* Han respondido 55 matronas mujeres y 12 hombres. La media de edad es de 47.05, experiencia media asistencial de 20.88 existe una percepción subjetiva de conocer en qué consiste el fenómeno no confirmada por las respuestas dadas. Las matronas no disponen de la información necesaria para el abordaje del fenómeno en la consulta. Resaltar, la discrepancia de percepciones entre mujeres matronas y hombres matronas con respecto a el hecho de ser mujer para el abordaje del fenómeno. *Discusión:* Se hace necesario un trabajo consciente, reflexivo y riguroso de información y sensibilización de los profesionales implicados en la atención de las familias.

Palabras claves: Mutilación genital femenina, Atención Primaria, Matronas.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que de 100 a 140 millones de mujeres en el mundo han sido víctimas de algún tipo de Mutilaciones Genitales Femeninas en África Subsahariana y algunos países de Asia como Indonesia, o Malasia; y en países del Este como Yemen, Emiratos Árabes o Iraq.

En 28 países africanos la realización de la *Mutilación Genital Femenina* (MGF) es una práctica habitual, forma parte de la tradición y tiene su sentido en un contexto de rito de paso a la edad adulta en las niñas, les confiere un estatus social de mujer del que antes carecían.

¹ Según la Real Academia de la Lengua Española el término genérico para el profesional que “atiende a las parturientas” es matrona, no encontrándose en el diccionario el vocablo matrón. Por este motivo, a lo largo de este trabajo se utilizará el término matrona para referirse al profesional sanitario que atiende a las mujeres durante su proceso de embarazo, parto y puerperio. No obstante, se recurrirá al término matrón (ampliamente divulgado dentro de la profesión) cuando se quiera hacer especial diferenciación teniendo en cuenta el sexo del profesional



Según el informe de UNICEF (2005) se calcula que alrededor de 3 millones de niñas cada año están en riesgo de ser sometidas a este ritual. Pero consecuencias de este fenómeno no quedan circunscritas al continente africano, es más, es un problema mundial que ha atravesado fronteras y se encuentra instalado en zonas de Europa, Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda debido a los movimientos migratorios.

Las conferencias de El Cairo (1994) y Pekín (1995) han servido como plataforma de acción para el establecimiento de medidas legislativas en algunos países africanos donde estas prácticas tienen lugar. Sin embargo, ninguno de ellos, ha conseguido la erradicación y siguen planteando la necesidad de políticas preventivas que impidan las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de las mujeres y las niñas.

En Europa, se están adoptando medidas judiciales, y países como Suecia o el Reino Unido, pioneros en la legislación sobre este fenómeno, no han conseguido frenar la práctica en su territorio ni impedir que se lleve a cabo en los viajes vacacionales de las niñas a los países de origen. Sin embargo, sí lo han hecho en Francia con la condena de más de treinta casos, donde no existe una ley específica, sino incluida dentro del delito de lesiones más general.

En España, concretamente, y después de un intento de debate parlamentario, se modifica el artículo 149 del Código Penal incluyendo una cláusula específica que hace mención a las mutilaciones genitales femeninas “en cualquiera de sus modalidades”.

Tras la situación migratoria que se está viviendo en España, es común encontrar en las consultas, mujeres procedentes de países donde las prácticas tradicionales y culturales son diferentes a las nuestras.

El creciente aumento demográfico de mujeres procedentes de países subsaharianos trae como consecuencia que, a pesar de que en nuestro país no se practique la MGF a las mujeres, exista un riesgo en nuestra sociedad que las hijas de estas mujeres mutiladas lo sean ellas también. Se trata, por tanto, de un problema de salud que va más allá del marco asistencial atravesando el campo de los derechos humanos. A la luz de esto, se vislumbra necesario un abordaje transcultural de estas prácticas tradicionales que vejan a la mujer y la discriminan. (Toubia, 1994; Little, 2003).

Esto supone para los/las profesionales de la salud una nueva realidad presente en sus consultas, que les invita a descubrir realidades culturales diferentes que vulneran los derechos humanos de las mujeres y de las niñas más concretamente. De esto se deriva un compromiso moral de los/las profesionales sanitarios de evitar que se produzcan en nuestro contexto cultural. Para este compromiso, la atención primaria brinda un contexto idóneo de seguimiento y supervisión continua de los casos que puede ayudar a la evitación de esta práctica, que no hace sino degradar a la mujer.

Los/las profesionales de la Atención Primaria de Salud están en una situación privilegiada para el abordaje y sensibilización sobre las MGF. Su desconocimiento sobre el tema y el temor al rechazo por parte de las mujeres africanas, produce inseguridad y falta de confianza ante la complejidad del abordaje. Hay una demanda creciente que requiere de una formación específica que pueda ayudarles a plantear la cuestión desde una base sólida de conocimiento y de respeto hacia otras formas de construir la identidad de género, eliminando los prejuicios y la adjetivación de sus acciones.

En número absolutos Andalucía es la tercera comunidad autónoma española con más población extranjera, unos 420.000 residentes, cifra que representa un 5,35% del total de la población andaluza, un porcentaje por debajo de la media española, situada alrededor del 8,5%. La población procedente de países donde se practica la MGF representa aproximadamente un 5% del total de la población extranjera en Andalucía. En total, residen casi 18.000 personas de los países estudiados. Senegal y Nigeria, suman entre los dos más de la mitad de los efectivos, seguidos a distancia considerable por Mali, Ghana, Mauritania y Guinea Bissau.

Almería y Málaga son las provincias en las que se concentra la mayor parte de la población femenina de los países donde se practica la MGF. En ellas reside casi el 70% de las mujeres que viven en Andalucía. A cierta distancia se encuentra Sevilla con 628 mujeres, mientras que en el resto de provincias difícilmente se alcanza el centenar de mujeres.

Con lo que respecta a la población femenina infantil, potencialmente en riesgo de sufrir una MGF residían en Andalucía a 1 de enero de 2005, 639 niñas, aproximadamente un 20% del total de la población femenina.

El objetivo de este estudio es partir de qué conocen las matronas de Atención Primaria de Salud de Sevilla sobre el fenómeno de la MGF, para empezar a trabajar en la prevención.

Metodología:

Para la realización de este estudio se ha empleado una metodología cuantitativa y cualitativa. Se ha utilizado un cuestionario validado empleado con anterioridad en otro estudio realizado en Cataluña que dio como resultado la publicación: en *BMC Health Services Research* titulado "Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence" publicado en enero de 2009.

Se ha realizado un estudio transversal correlacional para determinar cuáles son los conocimientos de las matronas. La muestra está constituida por 80 matronas que desempeñan su labor asistencial en Atención Primaria en el Distrito Sanitario de Sevilla y su provincia. Las variables de estudio son la edad, sexo, distrito sanitario, años de profesión de matrona, conocimiento sobre MGF, identificación de los tipos, identificación de las razones para su práctica, países donde se practica y países de procedencia de mujeres que asiste en la consulta, casos en la consulta, actuación ante la presencia de un caso, información recibida sobre el fenómeno, interés en el fenómeno, conocimiento de protocolo de actuación. Para el análisis de datos se ha utilizado el programa estadístico SPSS versión 17.0 realizándose un análisis descriptivo en primera instancia. Tras este primer análisis se procedió a la correlación de variables. Los/las profesionales han sido informados verbalmente de los contenidos y objetivos del estudio. Se remarcó la voluntariedad de la participación en el estudio. En todo momento se ha respetado el anonimato y no se hubiera podido identificar el/la profesional por las respuestas aportadas.

En este estudio se ha recurrido a la metodología cualitativa para estudiar los fenómenos en su contexto natural, intentando encontrar el sentido o la interpretación de los mismos a partir de los significados que las personas les conceden. Por tanto, se recurre a esta metodología para la interpretación y análisis de los discursos y motivaciones en

cuanto a dimensiones inseparables de aquellos e imprescindibles para el conocimiento en profundidad de los fenómenos y actividades humanas.

La unidad de observación son los/las profesionales matronas que trabajan en los centros de salud de Sevilla y su provincia. Las categorías de análisis son el género y la competencia cultural de los/las profesionales en relación a los conocimientos que se tiene sobre la MGF. Dentro de las técnicas grupales se ha optado por el *grupo de discusión*. Los grupos son homogéneos en cuanto al nivel de estudio, lugar de residencia, lugar de trabajo, cultura, edad similar, etc.

Todas/os integrantes de los grupos de discusión son matronas, hombres y mujeres que trabajan como tales en los centros de salud de la provincia de Sevilla.

Los grupos de discusión son heterogéneos en cuanto a que unos están formados por mujeres y otro por hombres. Con esto se pretende garantizar la variedad en el discurso.

Se han realizado dos grupos de discusión con matronas mujeres (GD1 y GD2) y uno con hombres (GD3). A su vez, los dos grupos de mujeres eran heterogéneos entre sí ya que el primer grupo de discusión se hizo con matronas pertenecientes al Distrito Sevilla y el segundo a los otros distritos de la provincia de Sevilla.

Se han realizado 3 grupos de discusión: dos constituidos por mujeres matronas que realizan su labor asistencial en Centros de Salud de la Provincia de Sevilla (GD1 y GD2) y otro grupo con matronas varones que también ejercen su labor en centros de atención primaria de la provincia de Sevilla (GD3). Teniendo en cuenta el criterio de saturación no se han estimado oportunos ampliar el número de grupos ya que se ha obtenido información redundante.

La corriente de análisis que se ha seguido para el análisis de los textos producidos en los grupos de discusión ha sido el *análisis de discurso*. Como categorías emergentes se han definido: edad, distrito sanitario al que pertenece, años ejerciendo la profesión, conocimientos sobre la MGF, autopercepción de conocimiento, definición de MGF y tipos, países donde se practica, justificaciones para la realización, protocolos, experiencias laborales con mujeres con MGF, abordaje en consulta, capacitación de la matrona para el abordaje, actitudes hacia el fenómeno de la MGF.

Para la triangulación de los datos se ha recurrido a la bibliografía consultada, a los resultados aportados por la metodología cualitativa y a lo resultante de la aplicación de la metodología cuantitativa.

El análisis de las categorías se ha realizado a nivel semántico y pragmático.

El análisis a nivel semántico se ha hecho relacionando el significado que las personas confieren a los temas o categorías de análisis que son objetos de interés, y poniendo en relación los fragmentos de textos categorizados con el contexto, alcanzando así el nivel pragmático.

Resultados:

La población de matronas y matrones de Sevilla está compuesta por 80 sujetos de los cuales 68 aceptaron participar rellenando el cuestionario, lo que supone el 85% de respuesta. De estos 68 profesionales 55 son mujeres y 12 son hombres. Uno de ellos no declaró su sexo.

La media de edad de los 68 sujetos es de 47,05 años; con una desviación típica de 8,60. Esta distribución de las edades no se ajusta a una distribución de Ley Normal (*El número de casos es 66 ya que dos sujetos no respondieron a la edad*):

Si se agrupan las edades de los/las profesionales por sexos, no se encuentran diferencias entre las matronas y matrones que han participado.

Las mujeres tienen una media de edad de 47,58 años; y los hombres una media de 46,17. (La prueba U de Mann-Whitney da un valor $z = -1,5366$ y el nivel de significación es de $P = 0,1244$.)

La distribución por distritos sanitarios donde trabajan los sujetos que contestaron al cuestionario fue la siguiente:

Tabla 1. Distribución de la población por Distritos Sanitarios				
	Sujetos	%	% Valido	% Acumulado
Sevilla	25	36,76%	39,06%	39,06%
Aljarafe	12	17,65%	18,75%	57,81%
Sevilla Norte	9	13,24%	14,06%	71,88%
Sevilla Sur	17	25,00%	26,56%	98,44%
Osuna	1	1,47%	1,56%	100,00%
NS/NC	4	5,88%	6,25%	
	68			

En cuanto al tiempo de experiencia como matronas y matrones, la media para toda la población es de 20,88 años, con una desviación tipo de 9,46. El tiempo mínimo de experiencia es de 1 año y el máximo es de 35 años. (*Un sujeto no contestó a esta pregunta*)

Conocimientos del concepto MGF.

La percepción subjetiva de conocimiento de qué es la MGF, es algo que posee el 100% de la población. Los 68 sujetos afirman saber qué es la MGF, pero cuando se le pregunta de manera pormenorizada los resultados cambian. Tan sólo el 41,18% responde acertadamente. De estos el 78,57% son mujeres y el 21,43% son hombres.

Por otro lado de los 68 sujetos 40, tienen un conocimiento incompleto, ya que sólo identifican como MGF el tipo 1 que corresponde a la extirpación de clítoris. Estas respuestas incorrectas suponen el 58,82%; y la composición de este grupo en cuanto al sexo es de 84,62% de mujeres y el 15,38% de hombres. (De estos porcentajes ha sido eliminado el sujeto que no declaró su sexo).

Teniendo en cuenta que el 80,88% de la población son matronas y el 17,65% son matrones; es decir, son bastantes más las mujeres que los hombres, a simple vista no debemos dejarnos influir por lo elevado de estas frecuencias relativas. La prueba de X^2 ,

nos da un valor de 0,4049; valor que no es suficiente para afirmar que un sexo tiene un mejor conocimiento que otro del concepto de MGF. ($P= 0,5245 > \alpha= 0,05$).

El alcance de este conocimiento debe ser planteado en un segundo análisis con aspectos culturales relativos a la MGF (causas o motivos, y países en los que se practica).

Con respecto al conocimiento de los/las profesionales sobre la MGF por distritos, encontramos en total a 25 sujetos de Sevilla; 12 de Distrito Aljarafe; 9 de Sevilla Norte; 17 de Sevilla Sur y 1 de Osuna.

Tabla 2. Distribución de los sujetos según Distritos y si conocen el concepto MGF

	No conocen	Sí conocen	
Sevilla	15	10	25
Aljarafe	9	3	12
Sevilla Norte	4	5	9
Sevilla Sur	9	8	17
Osuna	0	1	1
	37	27	64

	No conocen	Sí conocen	
Sevilla	15	10	25
Resto Distritos	25	18	43
	40	18	68

$X^2 = 0,02259$; ($P= 0,8805 > \alpha= 0,05$)

La relación es totalmente nula, no existe en absoluto ninguna relación entre el conocimiento de qué es MGF y el distrito a donde proceden los sujetos.

Por lo que se refiere a los años de experiencia, hemos aplicado la prueba U-Mann Whitney para ver si los sujetos que tienen un mejor conocimiento del concepto de MGF están relacionados con los años de experiencia en la especialidad.

Tabla 3. Experiencia en años en función del conocimiento del concepto MGF

	N	Media	Desv Tipo
No Conocen	40	22,2750	9,613
Sí Conocen	27	18,8148	9,004

U de Mann-Whitney Valor $z = -1,7543$ $P= 0,0794$

Descriptivamente se puede decir que la media de años de experiencia de los sujetos que no definen bien el concepto es superior, pero las diferencias, no llegan a ser significativas dado que el nivel de significación es superior a $\alpha=0,05$.

No obstante pudiera ser fácilmente que exista una confusión de variables y que realmente sea el efecto de la edad de los sujetos la que realmente influya sobre el conocimiento.

La edad no es un factor que determine, como se podía haber sospechado tras la prueba anterior, en un mejor o peor conocimiento del concepto de la MGF.

Las diferencias de edad entre los dos grupos, apenas es perceptible. Una diferencia que apenas llega a dos años cuando la dispersión de los datos dentro de cada grupo es muy superior.

Por lo que se refiere al conocimiento de las causas de la MGF como fenómeno cultural, tan sólo tres sujetos (4,41%) identifican las tres causas reales a partir de las cuales se justifica el fenómeno de la MGF. Las tres definieron correctamente la MGF como extirpación de clítoris y labios mayores y menores. Las tres son mujeres.

Tabla 4. Distribución de las respuestas a la causa de la MGF. Definición correcta y sexo.

	Sujetos	%	Definen		NO Definen		
			Correctamente	♀ ♂	Correctamente	♀ ♂	
Por las 3 Causas	3	4,41%	3	3 0	0	0 0	3
Religiosas y Tradición	26	38,24%	7	7 0	19	16 3	26
Sólo Religiosas	13	19,12%	4	3 1	9	8 1	13
Sólo por Tradición	25	36,76%	13	8 5	12	9 2	25
Por Ninguna causa	1	1,47%	1	1 0	0	0 0	1
	68		28		40		68

* Se desconoce el sexo de uno de los sujetos de esta celda

26 sujetos aluden sólo causas religiosas y de tradición, pero de de estos sujetos sólo 7 definieron correctamente la pregunta primera sobre qué es la MGF; el resto, es decir 19 de las 26 no definieron correctamente la MGF. Podíamos incluir a estas 7 sujetos (todas ellas mujeres también) como sujetos con un conocimiento aproximado de la MGF.

Hay un sujeto que no atribuye ninguna causa. A pesar de que definió correctamente la MGF en la primera de las preguntas del cuestionario.

Con respecto al conocimiento de los países donde se practica la MGF el 70,59% tiene la percepción subjetiva de conocer las zonas donde se practica. El 26,47% declara que no conoce, y efectivamente ninguno de ellos responde acertadamente cuando se les pregunta por cuatro países en el cuestionario. Y el 2,94% no contesta a la pregunta.

Tabla 5. Reparto de los sujetos según afirman conocer en qué países se practica la MGF en función de su percepción subjetiva de conocimiento

	Acertan		M H	Fallan		M H	
Dicen que Sí saben	13	11	2	34	25	9	47
dicen que NO saben	0	0	0	18	16	1	18
	13			52			

$X^2 = 4,61473$ (Tras la corrección de Yates). $P = 0,0317 < \alpha = 0,05$

Los sujetos que afirman conocer los países donde tiene lugar este fenómeno, fallan en el 72,34% de los casos (34 de 47). El valor X^2 para esta distribución es 4,61473 tras la corrección de Yates. $P = 0,0317 < \alpha = 0,05$: luego podemos afirmar que existe una percepción subjetiva equivocada que resulta ser significativa.

El reparto de los sujetos según conocen o no los países donde se practica la MGF en función del sexo, indican que no podemos concluir que las mujeres o los hombres conozcan más o menos este dato.

El distrito en el que trabajan, tampoco supone un punto de referencia para diferenciar a los sujetos con un mejor conocimiento de los países donde tiene lugar el fenómeno de la MGF.

En el Distrito de Sevilla, conocen el 24,0% (6 de 24); mientras que en el resto de distritos la proporción es el 19,05% (8 de 42). Pero la diferencia, debemos decir, bien podrían deberse al azar dado que no es muy elevada.

Los años de experiencia no marcan tampoco una diferencia significativa entre los sujetos que conocen o no los países donde tiene lugar el fenómeno de la MGF.

La edad de las matronas y matrones, en cambio, sí supone un aspecto que hace que se conozcan mejor los países donde tiene lugar la MGF.

Sobre este particular, tenemos que decir que no enmascara el efecto de otra variable como es la experiencia directa con el problema, ya que la variable experiencia no ha constituido un aspecto diferenciador cuando la hemos abordado directamente. La edad, por sí misma constituye experiencia, pero no asociada a la experiencia profesional que es una experiencia directa como matrona o matrn.

1. Formación/ información recibida

Con respecto a la formación – información que han recibido sobre MGF.

Tabla 6. Frecuencia de los sujetos en cuanto a conocimiento por información

<i>Formación recibida</i>	<i>Sujetos</i>	<i>%</i>	<i>% valido</i>	<i>Mas interés</i>	<i>Sujetos</i>	<i>%</i>	<i>% valido</i>
No	40	58,82%	59,70%	No	7	10,29%	12,50%
Sí	27	39,71%	40,30%	Sí	49	72,06%	87,50%
NS/NC	1	1,47%		NS/NC	12	17,65%	
	68	100%	100%		68	100%	100%

<i>Tipo de Información</i>	<i>Sujetos</i>	<i>%</i>	<i>% valido</i>	<i>Conoce Protocolo</i>	<i>Sujetos</i>	<i>%</i>	<i>% valido</i>
Cursos-Congresos	11	16,18%	42,31%	No	65	95,59%	98,48%
Prensa-Revistas	10	14,71%	38,46%	Sí	1	1,47%	1,52%
Internet	3	4,41%	11,54%	NS/NC	2	2,94%	
Libros	2	2,94%	7,69%		68	100%	100%
NS/NC	42	61,76%					
	68	100%	100%				

En función del sexo, no existen diferencias en cuanto a la información recibida: Las mujeres han recibido información en el 38,88% de los casos; mientras que los hombres en el 41,67% de los casos. Estas diferencias están sujetas al azar

La distribución de los sujetos en función de si pertenecen al Distrito Sevilla o al resto de distritos y si han recibido información, no se muestra significativa. La información recibida es independiente del distrito al que pertenece.

La media de años de experiencia es la misma para sujetos que han recibido información, que para aquellos que no la han recibido. Los sujetos que han recibido información no son aquellos que más experiencia tienen.

La edad no afecta a la información recibida. Los sujetos que han recibido información, no son ni mayores ni menores en edad, que aquellos que no la han recibido.

Al seleccionar lo sujetos que han recibido información, y preguntarles cual es la vía de dicha información, se observa que no hay un patrón que difiera. Para la gran mayoría cursos, congresos, revistas o prensa es lo habitual para conseguir información (formación) en cualquier materia relativa a MGF. Internet o libros son poco recurridos y las proporciones son prácticamente idénticas en hombres y mujeres².

Igualmente nos ocurre con el distrito donde trabajan. La comparación de ambos cuadros revela que las profesionales que obtuvieron la información a través de Internet, son tres mujeres y las tres pertenecían a otros distritos diferentes al de Sevilla; al igual que la persona que leyó libros sobre la MGF es una mujer del Distrito Sevilla, y un hombre del grupo de distritos diferente al de Sevilla.

Tabla 7. Reparto de los sujetos según la procedencia de la información recibida y distrito.

	Cursos Congresos	Prensa Revistas	Internet	Libros	
Distrito Sevilla	1	1		1	3
Resto de distritos	10	9	3	1	23
	11	10	3	2	26

En cuanto a si los que han definido bien la MGF, tienen o no formación. En general la MGF, no es un concepto bien definido. Sólo el 41,79% define correctamente (28 de 67). Cuando los/las profesionales han tenido algún tipo de formación o información, el porcentaje viene a ser el mismo (11 de 27) el 40,74%. Y cuando no la tienen es el 42,50% (17 de 40).

² Comentario descriptivo – la prueba X^2 , no cumple los requisitos de aplicación.

Tabla 8. Conocimientos de MGF en relación con la formación

		Formación (Preg. 3)		
		No	Sí	
Definen correctamente el concepto	No	23	16	39
	Sí	17	11	28
		40	27	67

$X^2 = 0,02051$; ($P = 0,8861 > \alpha = 0,05$)

Sólo hay 2 sujetos que declaran conocer algún protocolo.

2. Actitud para la formación

Sobre el interés que muestran para recibir información, esta pregunta se planteó para el caso de que a la pregunta de si habían recibido información y habían contestado que no, dijese ahora si estaban interesados en recibirla.

No se observa que existan unas diferencias significativas en el reparto de sujetos en función de haber recibido información y de desear ahora más información; pero descriptivamente se observa que el hecho no haber recibido información antes, parece predisponer a querer recibirla ahora.

De los 39 sujetos que no la habían recibido, 36 (el 92,3%) sí desea obtener información (1ª fila); mientras que los sujetos que sí la habían recibido, les predispone en el 76,47%, 13 de 17 de los casos, a recibirla.

El sexo, como se puede comprobar, no afecta en absoluto al interés por recibir más información. De manera exacta hay 7 veces más sujetos que desean recibir información que los que no lo desean.

La totalidad de los sujetos del distrito Sevilla sí estaban más predispuestos a recibir información. Pero también es cierto que había en este distrito más profesionales que no la habían recibido, y como también se había visto, aquellos que no habían recibido información, ahora se mostraban más tendentes a aceptarla, como consecuencia, los pocos profesionales de Sevilla se presentan todos más abiertos a recibir formación sobre la MGF.

No obstante la diferencia sólo es reseñable desde un punto de vista descriptivo. No podemos afirmar con esta prueba, que no es una prueba potente, que existan unas diferencias significativas; pero sí se describe bien la circunstancia que rodea hombres mujeres, distritos y deseos de más información en función de no haberla recibido antes.

Los años de experiencia no afectan para nada a la solicitud de más información,

La media de años de experiencia es prácticamente la misma, y el deseo de querer más información no está marcado por la experiencia asistencial en la profesión.

Igualmente ocurre con la edad de los/las profesionales. Ni los más jóvenes, ni los menos jóvenes tienen ni más ni menos deseos de información.

Análisis de discurso: Grupo de discusión. Resultados.

De la interpretación global de los textos se desprende que las matronas, en general, creen no disponer de la información/ formación necesaria para el abordaje del fenómeno de la MGF en la consulta, ya que se muestran dubitativas ante ciertas cuestiones, produciéndose preguntas entre las/ los mismos componentes de los grupos.

En primer lugar, la lectura del texto de los grupos de discusión señala como las matronas participantes de los grupos tienen una autopercepción de que conocen en qué consiste la MGF, ante la pregunta vertida al grupo de si conocen qué es la MGF la respuesta generalizada es de afirmación:

“Sí, sí yo sí sé lo que es” (matrona GD1)

También se ha observado en el grupo de las matronas que afirman con la misma rotundidad que conocen el fenómeno de la MGF

“Si, claro que sabemos lo que es”(matrón GD3)

No obstante, cuando se les pide que definan el concepto de MGF tanto las matronas como las matrones lo hacen de forma incompleta, ya que reducen el concepto sólo al tipo 1 de MGF, la extirpación de clítoris. En sus definiciones no identifican el tipo 2 que incluye la extirpación de labios menores, ni el tipo 3 conocido como “infibulación” en el que se extirpan los labios mayores, menores y el clítoris. Se puede apreciar en los textos de los grupos de discusión:

“Es la ablación del clítoris” (matrona GD1).

“Yo creo que sólo es el clítoris” (matrón GD3)

“La infibulación... lo he oído, pero yo no sé lo que quiere decir”, (matrona GD1).

“Yo tampoco sé lo que es” (matrona GD1).

Cuando en el grupo de discusión se aborda la justificación cultural que se da a la MGF en los países donde es una práctica tradicional, las/los participantes la identifican como parte de la tradición y de unas creencias religiosas. Tanto las matronas como las matrones atribuyen la práctica a las mismas causas:

“Por tradición y religión” “Aunque pesa más la religión” (matrona GD1).

“Por motivos higiénicos seguro que no”, “No, no, seguro”, “es más por religión” (matrona GD1).

“Las causas son culturales y religiosas” (matrona GD2). “Ni se hace por higiene, ni por estética, ni nada de eso” (matrona GD2).

“Son interpretaciones libres del Corán” (matrón GD3)

Al realizar grupos de discusión con matronas mujeres y hombres, se abordó el tema de si la MGF podría ser considerada una circuncisión femenina tal como existe una circuncisión masculina. Se pretendía poner de manifiesto si había diferencias entre la percepción de hombres y mujeres. Tras el análisis de los textos se observa que tanto las matronas como las matrones piensan de la misma forma al respecto.

“En el varón es por limpieza e higiene, sí puede tener una explicación, pero la femenina no tienen ninguna explicación” (matrona GD1)

“No es comparable con la circuncisión masculina porque en el varón le favorece las relaciones, cuando aquí³ no se piensa en las relaciones sexuales, no es comparable” (matrona GD2).

“No tiene nada que ver, aquí lo que se quiere es que la mujer no sienta placer en las relaciones para que estén sometidas al hombre” (matrón GD3).

En la identificación de países donde se tiene lugar la práctica de la MGF tanto en los grupos de matronas como de matrones se puso de manifiesto un patente desconocimiento al respecto. Los países de los que se hablaron que tenía lugar esta práctica no eran del todo correctos, algo que llegó incluso a crear confusión dentro del grupo ya que se pensaba que al ser referidos por otras compañeras y la moderadora no hacer correcciones realmente eran países donde se practicaba.⁴

“Creo que Marruecos no es de los países donde más mutilación se hace, pero seguro que hay” (matrona GD1),

“En Egipto donde más, pero también en Senegal, Marruecos, porque en Marruecos también se hacen” (matrona GD2).

“Yo no te sé decir exactamente en qué países se practica la ablación” (matrón, GD3).

Mientras que los matrones, detectan la dificultad en el abordaje en consulta relacionado con la posible reacción de la familia ante la denuncia de un posible caso:

“Informar a las autoridades no, porque si vas a la policía sabe que has sido tú y puede venir el marido a matarte” (matrón GD3)

“Yo hablaría con la mujer, aunque no creo que consiguiera nada” (matrón GD3).

La formación recibida es percibida como escasa, incluso se considera que el tema está poco presente en los discursos habituales de la práctica asistencial y formativa de las matronas:

“En un curso, se abordó un ratito, pero no se dio mucha importancia” (matrona GD1).

“Es un tema que no se toca”. (matrona GD2).

“En cursos a mí no me han hablado nunca, lo que sé, lo sé de haberlo leído o visto en la tele” (matrón GD2).

³ Se refiere en la mutilación genital femenina

⁴ Dado que se produjo esta situación, la moderadora rehusó intervenir en ese momento, para no interferir en la dinámica del grupo, una vez finalizada la técnica se aclararon los conceptos.

Algo parecido ocurre con el conocimiento de protocolos o guías de actuación ante la detección de casos dentro del marco asistencial:

“En el SAS no hay protocolo” (matrona GD 1).

“A mí nadie me ha comentado nada de que haya un protocolo” (matrona GD2).

“Somos profanos en la materia, materiales ninguno” (matrón, GD3).

La legislación también es desconocida para las matronas y matrones, no se sabe cuál es la jurisprudencia a nivel nacional y autonómico y en el país de origen.

“Yo no sé cómo está el tema de la legislación al respecto, yo no sé vosotras...” (matrona GD1).

“¿Pero eso está legislado en los países? Yo no lo sé” (matrona GD1).

“En ningún país de África es legal, pero se sigue haciendo (la MGF)” (matrón GD3).

La percepción de que la matrona es una profesional privilegiada para el abordaje de este tema en las consultas está muy presente en el grupo de las matronas:

“las matronas sin duda somos las mejores situadas porque la mujer que viene a nosotras a hacerse los controles de embarazo y nosotras tenemos que explorarla” (matrona GD1)

“Ante este tema la mujer matrona es la mejor porque las mujeres se niegan totalmente a los hombres, a que la vean” “Hay una afinidad de género total entre mujeres”(matrona GD2)

A raíz de esta pregunta se aborda la figura femenina de la matrona, si el hecho de ser mujer favorece para el abordaje de ciertas situaciones propias de la práctica asistencial. Ante esto, existen discrepancias entre la percepción de las matronas mujeres y la que tienen los matrones hombres:

“Para este tipo de asuntos las mujeres estamos más capacitadas”(matrona GD1).

“Yo tengo una capacidad de empatía que dudo mucho que un hombre la tenga”(matrona GD 2).

Sin embargo la percepción de los matrones es:

“Desde el punto de vista del profesional, una mujer es tanto como un hombre varón, pero para ellas es diferente ellas prefieren una mujer”.(matrón GD3)

Se asume que cuando se tienen en cuenta los deseos de la paciente, los matrones se encuentran en “desventaja” por el hecho de ser varones:

“Con las inmigrantes estamos en desventaja con las matronas mujeres, ellas no quieren hombres pero yo no creo que yo no pueda abordarlo igual que una mujer” (matrón, GD3).

Algo también corroborado por las matronas:

“Ellas mujeres, buscan una mujer”. (matronas GD2)

Discusión:

Para la realización de este estudio se partía de una población total de 80 matronas que desarrollan su labor asistencial en la atención primaria de salud de la provincia de Sevilla. De esta población se obtuvo una cuota de participación del 85%, dato similar al conseguido en otro estudio realizado en Cataluña con profesionales de la atención primaria. Este último estudio se desarrolló en dos tiempos, primero en 2001 y más tarde se compararon los resultados con los obtenidos en 2004 tras la realización de seminarios, cursos y la edición de un protocolo de actuación. Las cuotas de participación obtenidas en sendos años fueron del 80% y del 62% respectivamente. (Kaplan, 2009). Estas cuotas son bastante superiores a las obtenidas por otro estudio realizado en Suecia de similares características durante 2003 donde se consiguió una participación del 28% (Tamaddon, 2006). A nivel europeo se realizó un estudio en más de 15 países con más de 1.880 cuestionarios enviados y sólo se consiguió un 15% de respuesta (Leye, 2006).

Este es el primer estudio que se hace sólo con matronas, ya que otros estudios similares como el llevado a cabo en Cataluña y Suecia incluyeron en su muestra a otros profesionales de la atención primaria: ginecólogos, pediatras y enfermeras. En el estudio realizado con los/las profesionales del Instituto Catalán de Salud se resaltó la importancia de incluir un porcentaje más elevado de profesionales matronas y ginecólogos/as dado que por las características de sus consultas tienen más posibilidades de detectar casos en la consulta⁵.

Para nuestro estudio se ha optado por las/los profesionales matronas como colectivo idóneo ya que se tuvieron en cuenta los datos que afirman que el principal motivo de consulta de las mujeres inmigrantes es recibir asistencia ginecoobstétrica (Salazar y cols, 2003). Dadas las características de la asistencia, se estimaba que las matronas durante las exploraciones rutinarias que han de realizar como parte de su labor, habrían observado con más facilidad si las mujeres tienen realizada la MGF, unido también a la familiaridad con la genitalidad femenina propia de la especialidad. En el estudio de Tamaddon (2006) 7 profesionales de la salud que participaron (4 matronas, 2 pediatras y 1 ginecólogo) afirmaban haber detectado recientemente una mujer con una MGF practicada hacía poco tiempo. Atendiendo a este dato se apoya de nuevo la idea de que las matronas son profesionales de primera línea en la detección y prevención del fenómeno.

No obstante, se admite como limitación a este estudio que la muestra no esté formada por ginecólogos/as y pediatras tal como se ha sugerido en otros estudios realizados, ya que estos profesionales también son los/las considerados idóneos para el abordaje del fenómeno.

El 100% de las matronas encuestadas de la provincia de Sevilla han admitido conocer qué es la MGF, pero cuando se les ha pedido que identifiquen el concepto, el porcentaje disminuye considerablemente hasta un 41,48%. Datos similares se obtuvieron el estudio catalán donde el 48,7% de los/las profesionales daban una definición correcta en 2001 (Kaplan, 2009). La autopercepción de saber qué es la MGF

⁵ Según datos publicados la consulta ginecoobstétrica es la primera causa de demanda de la población inmigrante. (Manual de atención sanitaria a inmigrantes. Guía para profesionales de la salud. Consejería de Salud. Junta de Andalucía. 2007).

ha sido preguntada en otros estudios como el de Suecia (Tamaddon, 2006), donde el 29% afirmaba conocer en qué consistía⁶. Pero en este estudio, no se confirmaba si realmente había una correlación entre el creer que se conoce el fenómeno y el conocerlo realmente, algo que ha quedado solventado en nuestro estudio con la medición de la percepción de conocimiento y el conocimiento real por separado.

Algo similar ocurre cuando se les pide a las matronas que identifiquen los países donde se practica la MGF, sólo el 13% lo hace correctamente cuando el 72,3% afirmó previamente conocerlos. En el estudio catalán, el 30% de la muestra acertó en la identificación (Kaplan, 2009).

Esto no hace más, que apoyar una vez más la falta de conocimientos existentes entre los/las profesionales de la salud, y más concretamente en este estudio de las matronas de atención primaria de la provincia de Sevilla. Pero este vacío de conocimientos se ha puesto de manifiesto también en otros estudios que se han llevado a cabo en Europa. (Sörman- Nath, 2000; Berggren, 2005; Leye, 2006). En estos estudios también se les ha pedido a las usuarias que definan el nivel de conocimientos de los/las profesionales por los que son atendidas, y una vez más, se ha puesto en evidencia la falta de formación de los/las profesionales de la salud.

Otro estudio se realizó en Canadá, con mujeres procedentes de Somalia, que también percibían esa falta de conocimientos para asistir adecuadamente a mujeres con MGF (Chalmers y Hashi, 2000). Resultado similar se obtuvo en el estudio realizado en Los Países Bajos donde las mujeres somalíes identificaban como necesario que los/las profesionales ginecoobstétricos tuvieran formación en MGF para poder brindarles los cuidados apropiados durante su proceso de parto (Nienhuis, 1998).

Por tanto, esta necesidad de formación en la materia es tan percibida por los propios profesionales como por las mujeres demandantes de atención sanitaria. (Tamaddon, 2006).

Las percepciones de impotencia de los/las profesionales ante el fenómeno también han estado presentes en otros estudios, como el realizado por Leye en 2006. En 2002 se realizó un estudio en 3 hospitales de Suecia con matronas empleando la metodología cualitativa. Se puso de manifiesto la dificultad encontrada por las matronas para el abordaje del fenómeno en las consultas por los problemas con la comunicación y por no saber cómo tratar a una mujer que ya ha sido sometida a la MGF (Widmark, 2002), algo que también identificaron las matronas sevillanas en los grupos de discusión:

“¿y lo ves y qué haces?, ¿le preguntamos? Si ya no se puede hacer nada”.

“la comunicación es terrible, no te entiendes, como para hablar encima de eso” “es muy difícil abordar este tema, por la comunicación” (matronas GDI)

La percepción de los/las profesionales de la salud es que la MGF no es un problema muy presente en la práctica asistencial diaria de los centros de salud de la provincia de Sevilla. Las matronas participantes en este estudio perciben cómo la MGF no es un problema frecuente tal como lo han expresado en los grupos de discusión: *“eso aquí no llega”*. Esta percepción ha sido compartida por los/las profesionales de otros países en

⁶ Porcentaje algo superior cuando se trataba de ginecólogos/as: 35%.

otros estudios realizados, tal como se concluyó en un estudio realizado con profesionales de atención primaria en Suiza (Thierdelfer, 2005).

Sin embargo, la existencia, en los últimos años, de importantes flujos migratorios de población subsahariana hacia la Unión Europea hace que el abordaje de las MGF sea una cuestión perentoria y socialmente urgente. La fecundidad de las mujeres africanas está en aumento por lo que es evidente que es un problema emergente que se sobredimensionará en los próximos años y para el que hay que disponer de estrategias de abordaje de prevención (Manual de atención sanitaria al inmigrante, 2007).

La MGF es un problema emergente en nuestro país que no debe obviarse. Los datos avalan que este no será un problema infrecuente en los próximos años. Según un estudio de Bledsoe (2005) 1730 niñas gambianas con edades en riesgo de sufrir la MGF residían en nuestro país a fecha 1 de enero de 2005 siendo Andalucía, la cuarta comunidad con más población procedente de países donde se practica la MGF.

Pero este problema también llega a la comunidad andaluza. A fecha de 1 de enero de 2005 había en Andalucía 639 niñas potencialmente en riesgo de sufrir una MGF, aproximadamente un 20% del total de la población femenina procedente de países de MGF (o lo que es lo mismo, una niña por cada cuatro mujeres de más de 15 años). Por lo que respecta a la población femenina infantil, potencialmente en riesgo de sufrir una MGF, residían a 1 de enero de 2008⁷, en Andalucía, 889 niñas, aproximadamente un 22% del total de la población femenina (o lo que es lo mismo, una niña por cada cuatro mujeres de más de 15 años). Tal como se observa en 3 años ha aumentado un 2% la población de riesgo.

El 92,3 % de las matronas que han participado en nuestro estudio afirman estar interesada en ampliar sus conocimientos. Este interés aboga por la formación para evitar casos futuros. Profesionales de la salud que han participado en otros estudios no han mostrado un interés tan alto por adquirir nuevos conocimientos. En el realizado en el Instituto Catalán de Salud, un 18% declaró no tener interés en conocer más sobre la MGF. Este resultado aportado por las matronas sevillanas supone una motivación añadida para la elaboración de sesiones formativas relacionadas con el tema.

Habría que priorizar estrategias de sensibilización y formación de profesionales en relación a la identificación de la población de riesgo y de competencia cultural para la prevención. En el estudio desarrollado en Suecia los/las profesionales expresaron la necesidad de elaboración de protocolos y guías de actuación para saber cómo actuar ante la detección de casos de MGF. Los seminarios de formación y discusión de casos también fueron propuestos como vías de formación en la materia.

En este abordaje, los/las profesionales de los equipos de atención primaria de salud están en un lugar clave para la prevención y detección de estas prácticas. Se trata de nuevos retos que requieren de una formación específica sobre el tema, que permite intervenciones centradas en la concienciación sobre el problema y en la implicación del entorno familiar de las niñas afectadas, tanto aquí como en sus comunidades de origen.

⁷ Grupo Interdisciplinar para la prevención y el estudio de las prácticas tradicionales perjudiciales de la Universidad Autónoma de Barcelona. <http://mgf.uab.es/> (Elaboración del grupo a partir del padrón de población, INE 2008)

Otro aspecto interesante es la diferencia observada en la percepción, actitudes y detección del problema de acuerdo al género de los/las profesionales. En otros estudios realizados similares (Thierdelfer, 2005) se identificó el género como una barrera para el abordaje del problema. En un estudio realizado en Suiza en el año 2005, las mujeres inmigrantes que participaron en los grupos de discusión afirmaban que el género del profesional que les atendía les influía, ya que ellas preferían ser atendidas por profesionales mujeres. Esta percepción sí que la tienen las matronas que han participado en los grupos de discusión del nuestro estudio:

“Ellas mujeres, buscan una mujer” (matrona GD2)

Impresión compartida también por los matrones:

“Con las inmigrantes estamos en desventaja con las matronas mujeres, ellas no quieren hombres pero yo no creo que yo no pueda abordarlo igual que una mujer” (matrón, GD3).

Sin embargo no podemos constatar que existan diferencias de género entre las matronas y matrones sevillanas respecto al conocimiento integral del fenómeno de la MGF, no se han obtenido resultados que avalen dicha diferencia. Aunque en otros estudios, como en el realizado en Cataluña, sí que se concluyó que existían diferencias entre hombres y mujeres. Las mujeres identificaban mejor que los hombres las características de la MGF y mostraban una actitud más empática con la mujer en el abordaje. También se encontraron diferencias significativas en cuanto al interés por la MGF, mientras que en el estudio sevillano, ninguna de estas diferencias ha sido significativa.

Entre las limitaciones de este estudio se ha admitir que el número total de la población (80 matronas) es pequeña, a pesar de haber tomado inicialmente una población entera: matronas de atención primaria de la provincia de Sevilla. Por lo que se plantea como necesidad para futuros estudios el ampliar los colectivos de profesionales participantes en el estudio tal como se han hecho en otros estudios: enfermeras/os, ginecólogos/as, pediatras, médicos/as de familia y trabajadores/as sociales y así conseguir una muestra más numerosa y representativa de la totalidad de profesionales de Atención Primaria de Salud de la provincia de Sevilla.

Conclusiones:

Tras la triangulación de las metodologías complementarias cuantitativa y cualitativa se han obtenido resultados similares numéricos y de discurso que llevan a emitir las siguientes conclusiones:

- Existe una marcada diferencia entre la percepción propia de conocimiento de las matronas y el conocimiento real que se tiene del fenómeno de la MGF. A esto hay que unirle que las matronas reconocen que la formación recibida en la materia es escasa e incompleta. Existen lagunas de conocimiento sobre el concepto de MGF, causas por las que se practica la MGF a las mujeres y países donde es una práctica tradicional.
- Se desconocen las medidas preventivas a disposición de los profesionales de la salud tales como la legislación vigente en el estado español. Las matronas carecen de conocimientos para el abordaje de situaciones de riesgo dentro de la práctica asistencial habitual.

- Es notorio el interés despertado en las matronas por saber más sobre la MGF. Interés por adquirir/ ampliar conocimientos relacionados con la MGF. Interés manifestado tanto por aquellas matronas que no han recibido una formación previa y afirman tener lagunas de conocimientos como por las que saben algo. Interés que se interpreta como elemento motivador para el desarrollo y puesta en marcha de sesiones formativas, talleres, seminarios y jornadas que ayudarían a visibilizar un problema presente en las consultas de los centros de Atención Primaria.

- No existe una influencia de género en la formación de las matronas sobre la MGF: No se puede concluir que las mujeres matronas estén más preparadas que los hombres matrones al respecto.

- Desde el punto de vista del profesional sanitario existen discrepancias de percepciones: Las matronas ven una ventaja en ser mujer para el abordaje del fenómeno de la MGF. Los matrones no perciben tal diferencia.

Desde el punto de vista de la mujer inmigrante, sí influye el género en su demanda real, ya que prefieren que sea una profesional mujer quien la atienda.

- El Distrito Sanitario donde se trabaja, la edad del profesional y la experiencia profesional no son factores que condicionen el conocimiento del problema y la detección de casos. Tampoco lo son las características de la población que se atiende y el porcentaje que representa con respecto al total, ni la formación como lo indica el que las matronas de este estudio que habían detectado casos carecieran de formación previa y definieran conceptos erróneamente.

A la luz de los resultados, se hace imprescindible la puesta en marcha de una tarea interdisciplinar de carácter preventivo que permita diseñar estrategias dirigidas hacia la prevención de la MGF, como camino hacia la erradicación. Para esto, se hace necesario, un trabajo consciente, reflexivo y riguroso de información y sensibilización de los/las profesionales de salud implicados en la atención de estas familias. Pero esta tarea se extiende más allá, implicando también a las comunidades directamente afectadas, como son las familias que proceden de países donde aún no se ha erradicado la MGF.

También se presenta como reto para una acción eficaz la necesidad de tiempo, formación, asesoramiento y mediación cultural de los/las profesionales de la salud de la atención primaria para trabajar desde la vía pedagógica de la prevención.

Para el abordaje transcultural del fenómeno se necesita reforzar la formación de los/las profesionales para que adquieran el conocimiento necesario para la detección y prevención de los casos ya en nuestro país. Conocer el fenómeno, tipos, países donde se practica y los recursos disponibles desde la administración pública ayudarían al tratamiento de la situación.

Avanzar en programas formativos que permitan capacitar a los/las profesionales en la detección, reconocimiento e intervención con familias y niñas en situación de riesgo de sufrir una MGF es una de las principales conclusiones que se plantean tras realizar este estudio con matronas/es en la provincia de Sevilla. Algunas propuestas en este sentido podrían ser la elaboración de materiales para los/las profesionales (adaptación de guías, material videográficos, folletos), diseño de actividades formativas y preparación de materiales facilitadores de la intervención dirigidos a las familias. Estas intervenciones

propuestas se recogerían dentro del marco de la atención primaria de salud. Incluso se podría tener en cuenta incluir el fenómeno en el diseño curricular universitario de los estudiantes de Ciencias de la Salud y así formar a los/las profesionales del futuro.

El desarrollo de modelos positivos de intervención mediante una atención transcultural y respetable de los valores y creencias es posible.

Bibliografía⁸:

- Achotegui, J. (2000). Los duelos de migración. *JANO, Psiquiatría y Humanidades*. 2:15-19.
- Amnistía Internacional (1998). *La mutilación genital femenina y los derechos humanos. Infibulación, excisión y otras prácticas cruentas de iniciación*. Madrid: Amnistía Internacional.
- Associació Catalana de Llevadores (2004). *Mutilación genital femenina: prevención y atención. Guía para profesionales*. Recuperado octubre de 2009 de:http://mgf.uab.es/seccions/7_Materiales_GIPE/GUIA_MGF_PROFESIONALES_CASTELLANO_04.pdf.
- Baumgarten, I., y Gahn, G. (2002). Stellungnahme zum “Leitfaden der neuen Strategie gegen die weibliche Genitalverstümmelung: Incisio Praeputii (IP), Verfasser Dr. Arnold Groh”. *Eschborn: Deutsche Gesellschaft für Technische Zusammenarbeit (GTZ)*.
- Beauvoir, S. (1948). *El segundo sexo*. Madrid: Cátedra.
- Berggre, V. (2005). *Female Genital Mutilation: Studies on primary and repeat genital cutting*. Unpublished doctoral dissertation. Department of Public Health Sciences. Division of International Health (IHCAR), Karolinska Institutet, Stockholm.
- Bledsoe, C (2005). High fertility and the policies of selection among Gambian immigrants in rural Spain. En *MPIDR- EAPS workshop, Anthropological Demography of Europe*, 30 sept- 1 oct 2005. Rostock: Alemania.
- Bruyn, M. (1998). Sociocultural aspects of female genital cutting. Ponencia presentada en el *DAPHNE Workshop*. Ghent, Bélgica.
- Carr, D. (1997). Female Genital Cutting. *Demographic and Health Surveys Program (DHS)*. USA.
- Chalmers, B. y Hashi, K. O. (2000). 432 Somali women’s birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth*, 27, 227–234.

⁸ Referenciada según normas APA.

- Conde F. (2002). Encuentros y desencuentros entre la perspectiva cualitativa y la cuantitativa en la Historia de la Medicina. *Revista Española de Salud Pública*, vol. 76, núm.5, Septiembre- octubre. Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo.
- Conde, F. (1999). Procesos e instancias de reducción/ formalización de la multidimensionalidad de lo real: procesos de institucionalización/ reificación social en la praxis de la investigación social. En: Delgado JM, Gutiérrez J, eds. *Método y técnicas cualitativas de investigación en Ciencias Sociales* (pp 97-119). Madrid: Síntesis.
- Conferencia Internacional sobre la población y el desarrollo (1994). El Cairo (Egipto).
- Conferencia Mundial de los Derechos Humanos (1993). Viena.
- Consejería de Salud. Junta de Andalucía (2007). *Manual de atención sanitaria a inmigrantes: guía para profesionales de la Salud*. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud
- Dandash, K. (2001). Female Genital Mutilation: a descriptive Study. *J Sex Marital Ther*, 27: 453- 8.
- Declaración conjunta OMS, UNICEF, Fondo de Población de las Naciones Unidas (1996). Ginebra.
- Declaración de Brufut sobre las prácticas tradicionales perjudiciales (2009). Foro Internacional sobre prácticas tradicionales perjudiciales. Gambia.
- Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer. (1993). Naciones Unidas.
- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948). Asamblea General de las Naciones Unidas 217.
- Dembour, MB (1996). From female circumcision to genital mutilation back to circumcision. Ponencia presentada en el *IV Congreso Europeo de la EASA*: Barcelona.
- Denman, CA (2000). Trayectoria y desvaríos de los métodos cualitativos en la investigación social. En Denman CA, Haro JA, eds. *Por los rincones* (pp 9-55). México: Sonora.
- Dorkenoo, E. (1994). Female Genital Mutilation en Davies, M. *Women and violence. Realities and responses worldwide*. London: .Zed Books Ltd
- Dorkenoo, E. (1995) Cutting the rose. *Female Genital Mutilation: the practice and its prevention*. London: Minority Rights Group

- Fernández de Sanmamed, MJ (2003). Investigación Cualitativa en Atención Primaria. En Martín Zurro A, Cano Pérez JF, eds. *Atención Primaria. Conceptos, organización y práctica clínica* (pp 224-49). Madrid: Elsevier.
- Forum Barcelona (2004). *Declaración de los derechos de la mujer*. Foro Universal de las culturas. Barcelona.
- García Calvente, MM. (2000). El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria* 25 (3): 181-186.
- Grassivaro, P. (1998). *Fligie d'Africa Mutilate: la practica dell' escissione sessuale femminile*. Italia, Torino: L'Harmattan.
- Griaule, M. (1987). *Dios de agua*. Barcelona: Alta Fulla.
- Guine, A. (2000). *Female Genital Mutilation and Law in Great Britain*. Tesina sin publicar. Oxford University.
- Íñiguez, L. (1999). Investigación y evaluación cualitativa: bases teóricas y conceptuales. *Atención primaria* 23 (8), 496-50.
- IV Conferencia de las Naciones Unidas sobre las mujeres (1995). Pekín (China).
- Kaplan, A. (1998). *De Senegambia a Cataluña: Procesos de aculturación e integración social*. Barcelona: Fundación "La Caixa",
- Kaplan, A. (1999). Perception of primary Health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health Services Research*. 9:11
- Koso- Thomas, O. (1987). *The circumcision of women. A strategy for eradication*. London.: Zed books.
- La Mutilación Genital Femenina en el mundo. (2008). *Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP)*. Cátedra de Transferencia de la Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado el 7 de octubre de 2009 de: <http://mgf.uab.es/>
- Leye, E. (1999). *Networking in Europe for the prevention of FGM*. Ghent: International Center for Reproductive Health, Hospital University.
- Leye, E. (2000). *Report of the Gothenburg workshops "Exchanging experiences and information at community level."* Gothenburg 26–28 April and 28–30 September. 2000. Ghent: International Centre for Reproductive Health.
- Leye, E. (2001). The struggle against female genital mutilation/female circumcision: The European experience. In G. C. Denniston, F. Mansfield. Hodges, y M. F. Milos (Eds.), *Understanding circumcision. A multidisciplinary approach to a multi-dimensional problem* (pp. 113–128). New York: Kluwer Academic/ Plenum publishers.

- Leye, E.; De Bruyn, M.; Meuwese, S. (2003). *Proceedings of the Expert Meeting on Female Genital Mutilation. Ghent, Belgium, 5–7 November 1998*. ICRH Publications no. 2. Lokeren: The Consultory.
- Leye, E.; Roelens, K.; Temmerman, M. (2003). Discussion paper: Medical aspects of FGM. In Leye, E., De Bruyn, M., & Meuwese, S. (Eds.). *Proceedings of the expert meeting on female genital mutilation in Europe. Ghent, Belgium, 5–7 November 1998* (pp. 43–57). ICRH Publications no. 2. Lokeren: The Consultory.
- Leye, E.; Deblonde, J. (2004a). *Belgian legislation regarding FGM and the implementation of the law in Belgium*. ICRH Publications no. 9. Lokeren: The Consultory.
- Leye, E.; Deblonde, J. (2004b). *A comparative analysis of the different legal approaches in the 15 EU Member States, and the respective judicial outcomes in Belgium, France, Spain, Sweden and the United Kingdom*. ICRH Publications no. 8. Lokeren: The Consultory.
- Lightfoot- Klein, H. (1989). *Prisoners of ritual: an odyssey into Female Genital Circumcision in Africa*. New York: Haworth Press.
- Little, CM. (2003). Female genital circumcision: medical and cultural considerations. *J Cult Divers. 10: 30-4*.
- Medicus Mundi Andalucía (2008). *Mutilación genital femenina: más que un problema de salud*. Granada: Medicus Mundi Andalucía.
- Mercado, FJ; Gastaldo, D; Calderón, C. (2002) *Paradigmas y diseños en Investigación cualitativa en salud. Una antología Iberoamericana(I)*. Guadalajara (México): Universidad de Guadalajara. Universidad Autónoma de Nuevo León. Servicio Vasco de Salud- Osakidetza. Asociación Médica de Jalisco. Instituto Jaliscience de Cancerología.
- Morison L et al (2001). The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community- based survey. *En Tropical Medicine and International Health vol. 6 n°8, London, UK*.
- Morse JM, Swanson JM, Kuzel AJ. (2000). *The Nature of Qualitative Evidence*. Thousand Oaks: Sage.
- Nienhuis, G. (1998). Somali women tell: It's like you have to do the delivery here by yourself. *Tijdschrift voor Verloskundigen. 160-166*.
- OMS (2001) y Comité Interafricano (2002) y WHO (2008). *Eliminating Female Genital Mutilation. An interagency statement*. OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO.
- Ortí, A. (1986). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión en grupo. En García Ferrando M, Ibañez J,

Alvira F, eds. *El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación*, (pp 153-85). Madrid: Alianza Editorial.

- Ortí, A. (1999). La confrontación de modelos y niveles epistemológicos en la génesis e historia de la investigación social. En Delgado JM, Gutiérrez J, eds. *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*, (pp 87-95). Madrid: Síntesis SA.
- Pope, C; Mays, N. (1995). Reaching the parts other methods cannot reach: an introduction to qualitative methods in health and health services research. *BMJ* 311: 42-5
- Reyners, M. M. (1993). *Het besnijden van meisjes. Een leven lang leed en pijn*. Amsterdam: Boom.
- Richard, F; Daniel, D; Ostyn, B; Colpaert, E; Amy J. (2001). *Mutilations gé nitales fé minines: conduite a` tenir a` l'accouchement. Guide technique pour les professionnels de la sante´*. Belgium
- Salazar, A y cols (2003). Diagnósticos al alta hospitalaria de las personas inmigrantes en la ciudad de Valencia (2001- 2002). *Revista española de Salud Pública*. 77: 713-23.
- Shell–Duncan, B. (2001). The medicalisation of female “circumcision”: Harm reduction or promotion of a dangerous practice?. *Social Science and Medicine*, 52, 1013–1028.
- Sörman- Nath, T (2000). Ingen fragade mig. En rapport om kvinnlig könsstympning i Sverige. Nobody asked me. A report on FGM in Sweden. Stiftelsen Kvinnoforum. (In Swedish).
- Strauss,B; Corbin J. (2002). *Bases de la investigación cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Facultad de Enfermería de la Universidad de Antioquía.: Editorial. Universidad de Antioquía.
- Tammaddon L; Johnsdotter, S; Liljestrang, J; Essén, B. (2006);. Swedish health care providers’ experience and knowledge of female genital cutting. *Health Care Women*, 27: 709-22.
- Tercera Conferencia Mundial sobre la Mujer. (1985). Nairobi.
- The British Medical Association (2001). *Female genital mutilation: caring for patients and child protection*. London: BMA.
- Toubia, N. (1994). Female genital circumcision as a public health issue. *N Engl J Med*. 331:712- 16.
- Turone, N (2004). Doctor proposes alternative to female genital mutilation. *British Medical Journal*, 328, 247.

- Van Gennep, A. (1986). *Los ritos de paso*. Madrid: Ediciones Taurus.
- Velasco, C. (2001). Mutilación genital femenina. Mujeres en el África subsahariana. *Antropología, literatura, arte y medicina*. Coord. A. Martín y otros. Barcelona: Ediciones del Bronce.
- Walker, A; Parmer, P. (1993). *Warrior Marks: FGM and the sexual binding of women*. London: Harcourt Brace & Co.
- Walraven, G et al. (2001). The burden of reproductive- organ disease in rural women in The Gambia, West Africa. En *The Lancet vol. 257, London, UK*.
- WHO (1997). *Female Genital Mutilation*. A joint report WHO/ Unicef/UNFPA statement. Technical Group, Ginebra.
- WHO (2001) *Female Genital Mutilation. Integrating the Prevention and the Management of the Health Complications into the curricula of nursing and midwifer. A Teacher's Guide*. WHO/FCH/GWH. WHO/RHR.. Consultado 15 de octubre de 2009: http://www.who.int/reproductivehealth/publications/rhr_01_16_fgm_teacher_guide/index.html.
- WHO (2006) study group on female genital mutilation and obstetric outcome *Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries*. The Lancet 2006; 367:1835-41. Consultado 15 de octubre de 2009 en: http://www.who.int/reproductive-health/fgm/obstetric_problems.html
- Widmark, C et al (2002). A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery*, 18 (2), 113-125.

