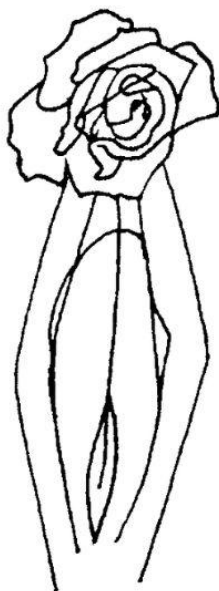


Treball de Fi de Grau



Efectivitat d'un programa d'intervenció
sobre la Mutilació Genital Femenina a
l'Atenció Primària

Projecte de Recerca No Finalitzat

Autora: Paula Pérez Rebollo

Tutora: Concepció Fuentes Pumarola

Facultat d'Infermeria

Curs 2022-2023

AGRAÏMENTS

Voldria expressar el meu agraïment a diverses persones que han estat de gran ajuda per dur a terme el meu treball de fi de grau.

Per iniciar, vull agrair a la Dra. Conxi Fuentes Pumarola, la meva tutora, per l'orientació en l'elecció del tema i la seva ajuda constant al llarg de tot el procés de realització del projecte.

Destacar també la importància de les meves companyes de Grau i grans amigues, que han estat una gran font d'inspiració i suport especialment aquest últim any de carrera.

A més a més, no puc deixar de reconèixer la importància de la meva família per donar-me sempre el seu acompanyament i encoratjament en totes les meves decisions.

Finalment, vull agrair al meu company per la seva constant ajuda i afecte.

Aquest TFG no hauria estat possible sense aquesta xarxa de suport. Gràcies.

Dibuix portada: Allie. Allie en contra de la MGF [Internet]. 2020 [cited 2022 Dec 13]. Events.com. Available from: <https://discover.events.com/es/euskal-autonomia-erkidegoa/bilbao/e/tiempo-libre/allie-mutilacio-genital-femenina-sala-inedito-382181042>

ÍNDEX

1. RESUM	4
2. ABSTRACT	5
3. MARC TEÒRIC	6
3.1. Contextualització de la Mutilació Genital Femenina	6
A. Definició	6
B. Tipus de Mutilació Genital Femenina	7
C. Conseqüències de la Mutilació Genital Femenina	10
3.2. Origen, creences i raons perquè es realitza la pràctica	12
A. Origen de la Mutilació Genital Femenina	12
B. Raons perquè es practica la Mutilació Genital Femenina	12
3.3. Distribució geogràfica en el món	14
A. Prevalença de la Mutilació Genital Femenina en el món	14
B. Prevalença de la Mutilació Genital Femenina en Espanya i Catalunya	17
3.4. Marc legal i abordatge sanitari	18
A. Normativa internacional davant la Mutilació Genital Femenina	18
B. Legislació espanyola davant la Mutilació Genital Femenina	19
C. Legislació a nivell de Catalunya davant la Mutilació Genital Femenina	20
D. Abordatge sanitari a Catalunya davant la mutilació genital femenina	21
E. Taules de prevenció	22
F. Antecedents en l'actuació i prevenció a Catalunya	23
3.5. Justificació del problema	24
4. BIBLIOGRAFIA	26
5. OBJECTIUS	31
5.1. Hipòtesis	31
5.2. Objectiu general	31
5.3. Objectius específics	31
6. MATERIALS I MÈTODES	32
6.1. Disseny	32
6.2. Àmbit	32
6.3. Població	33
6.4. Mostra	33

6.5. Variables d'estudi	34
6.6. Instruments	37
6.7. Intervenció	38
6.8. Procediment	39
6.9. Anàlisi de dades	40
6.10. Consideracions ètiques	41
7. CRONOGRAMA	42
8. PRESSUPOST	43
9. LIMITACIONS	44
10. IMPLICACIONS CLÍNiques I SOCIALS	44
ANNEXOS	45
Annex 1	45
Annex 2	45
Annex 3	46
Annex 4	47
Annex 5	47
Annex 6	48
Annex 7	49
Annex 8	49
Annex 9	50
Annex 10	51
Annex 11	52
Annex 12	55
Annex 13	56
Annex 14	57
Annex 15	62
Annex 16	66
Annex 17	70
Annex 18	73
Annex 19	74
Annex 20	75
Annex 21	77
Annex 22	79
Annex 23	81
Annex 24	82

1. RESUM

La Mutilació Genital Femenina (MGF) és una forma més de violència de gènere que té conseqüències greus per a la salut física, sexual, reproductiva i psicològica de les nenes i dones que la pateixen. Aquesta pràctica viola els drets a la integritat física i psíquica i perpetua les desigualtats de gènere.

A Catalunya, i en particular a la regió de Girona, hi ha una alta concentració de població immigrant procedent de països on aquesta pràctica és tradicional i comuna, la qual cosa augmenta el risc de les nenes, amb arrels a aquestes tradicions, a ser mutilades.

Tot i que hi ha un Protocol d'Actuació per Prevenir la MGF, la seva aplicació és difícil i sovint es fa de manera reactiva, en lloc de proactiva. Això significa que només es detecten els casos d'alt risc i no s'acostumen a prendre mesures per prevenir, detectar i actuar en situacions menys urgents, ni en realitzar correctament la recuperació posterior.

Per abordar aquest problema, el projecte té com a objectiu elaborar, implementar i avaluar l'efectivitat d'una intervenció formativa sobre la Mutilació Genital Femenina destinada a les infermeres pediàtriques d'Atenció Primària. I de tal manera, poder evitar noves mutilacions aplicant la pràctica clínica i els coneixements clínics i de detecció de les professionals.

Es tracta d'un estudi quasi-experimental pre-post que es realitzarà a les Àrees Bàsiques de Salut de la Regió Sanitària de Girona. Consistirà en tres sessions formatives separades per intervals de tres mesos. Es recolliran dades mitjançant qüestionaris a les professionals abans i després de la intervenció, avaluant l'efectivitat d'aquesta segons els coneixements adquirits, la percepció de la importància de la prevenció i detecció de la MGF, així com la satisfacció amb la formació rebuda. Finalment, es durà a terme una avaluació dels resultats.

Els resultats de l'estudi contribuiran a millorar el coneixement i les actituds de les infermeres pediàtriques en relació amb la prevenció i detecció de la MGF, així com en la posada en pràctica del protocol vigent a Catalunya. Aquestes millores, tindran un impacte positiu en el benestar de les nenes i adolescents menors de 16 anys que estan en risc d'aquesta pràctica.

Paraules clau: Mutilació Genital, Femenina; Violència de Gènere; Protocol Clínic; Atenció Primària de Salut; Estudi Quasi-Experimental; Activitat Educativa; Infermeres Pediàtriques.

2. ABSTRACT

Female Genital Mutilation (FGM) is a form of gender-based violence that has serious consequences for the physical, sexual, reproductive and psychological health of girls and women who undergo it. This practice violates the rights to physical and psychological integrity and perpetuates gender inequalities.

In Catalonia, and particularly in the Girona region, there is a high concentration of immigrant population from countries where this practice is common, which increases the risk of girls with roots in these traditions being mutilated.

Although there is an Action Protocol to Prevent FGM, its implementation is difficult and often reactive rather than proactive. This means that only high-risk cases are detected and measures are not usually taken to prevent, detect, and act in less urgent situations, nor to carry out proper post-recovery.

To address this problem, the project aims to develop, implement, and evaluate the effectiveness of a training intervention on Female Genital Mutilation for pediatric primary care nurses. This way, new mutilations can be prevented by applying clinical practice and clinical detection knowledge of pediatric nurses.

This quasi-experimental pre-post study will be conducted in the Basic Health Areas of the Girona Health Region. It will consist of three clinical training sessions separated by intervals of three months. Data will be collected through questionnaires administered to professionals before and after the intervention, evaluating its effectiveness in terms of acquired knowledge, perception of the importance of prevention and detection of FGM, as well as the satisfaction with it. Finally, an evaluation of the results will be carried out.

The study results will contribute to improve the knowledge and attitudes of pediatric nurses regard the prevention and detection of FGM, as well as the implementation of the current protocol in Catalonia. These improvements will have a positive impact on the well-being of girls and adolescents under the age of 18 who are at risk of this practice.

Keywords: Genital Mutilation, Female; Gender Based Violence; Clinical Protocol; Primary Healthcare; Quasi-Experimental Study; Educational Activity; Pediatric Nurses.

3. MARC TEÒRIC

3.1. CONTEXTUALITZACIÓ DE LA MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA

A. Definició

La Mutilació Genital Femenina es defineix per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) com “tots els procediments que impliquen l'extirpació parcial o total dels genitals externs, així com altres lesions als òrgans genitals femenins per raons culturals, religioses o d'altres amb finalitat no terapèutica” ⁽¹⁾.

També s'acostuma a anomenar-se com ablació, circumcisió femenina, talls genitals, cirurgia genital femenina, pràctica tradicional, etc. Així mateix, hi han diverses terminologies pròpies de les cultures, països o ètnies que la practiquen que ho relacionen amb els termes de purificació o neteja ^(2,3) :

Gudnin (Somàlia), ***Cureta*** o ***Tahur*** (Sudan), ***Bolokoli*** o ***Sili-ji*** (Mali), ***Tahara*** (Egipte), ***Sunat-perempuan*** (Indonèsia), ***Sunna*** (població musulmana), etc.

El procediment no té beneficis per a la salut coneguts. L'objectiu principal en moltes cultures és el d'eliminar el plaer sexual a les dones. A més, l'eliminació o el dany del teixit genital interfereix amb el funcionament natural del cos i pot causar diverses conseqüències immediates i a llarg termini per a la salut. Per tant, les nenes i les dones que han patit MGF corren el risc de patir les seves complicacions al llarg de la seva vida ⁽⁴⁾.

La MGF és reconeguda internacionalment com una violació dels “Drets Humans” i dels “Drets de la Infància”. Reflecteix una desigualtat entre els sexes i constitueix una forma extrema de discriminació de la dona i les nenes, essent practicada gairebé sempre en nenes menors de 18 anys i en algun moment entre la lactància i els 15 anys ^(1,5).

Així mateix, viola els drets a la salut, la seguretat i la integritat física, el dret de no ser sotmès a tortures i tractes cruels, inhumans o degradants, i el dret a la vida en els casos en què el procediment acaba produint la mort ⁽¹⁾.

A Catalunya, el Parlament va aprovar la Llei 17/2020, del 22 de desembre, modificació de la Llei 5/2008, del dret a les dones a erradicar la violència masclista. On es considera aquesta

pràctica un tipus de violència masclista en l'àmbit social o comunitari tot i que hi hagi consentiment exprés o tàcit de la dona.

En aquest sentit, la MGF és una manifestació de la violència i la desigualtat de gènere, basada en una sèrie de conviccions i percepcions profundament arrelades a les estructures socials, econòmiques, polítiques i, de vegades, religioses, d'algunes comunitats.

B. Tipus de Mutilació Genital Femenina

L'OMS classifica la MGF segons el grau de severitat (corresponent a la quantitat de teixit danyat) i els riscos per a la salut, relacionats directament amb el tipus de MGF realitzada i el teixit que s'extreu o es talla^(1,6,7).

Es classifiquen en quatre tipologies principals i subtipus. Aquests són els mostrats a les figures 2-9⁽⁴⁾.

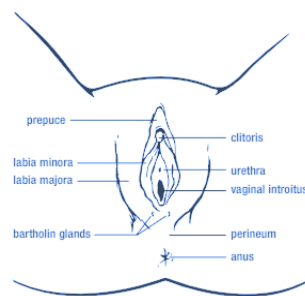


Figura 1. Genital femenina sana i les seves parts anatòmiques⁽⁴⁾

Tipus I: Resecció total o parcial del clítoris i/o del prepuci.

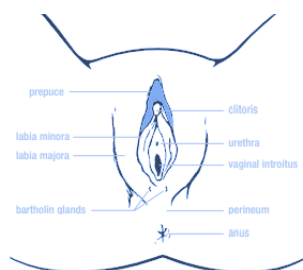


Figura 2. MGF tipus Ia:
Resecció del prepuci/caputxó del clítoris
(circumcisió)⁽⁴⁾

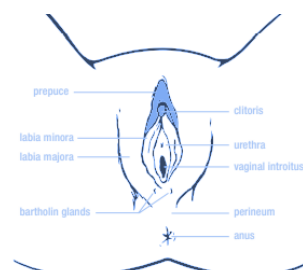


Figura 3. MGF tipus Ib:
Resecció del clítoris amb prepuci (clitoridectomia)⁽⁴⁾

Tipus II: Resecció parcial o total del clítoris i llavis menors, que pot incloure el tall dels llavis majors (escissió).

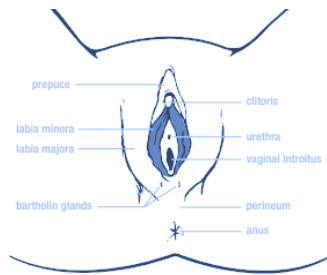


Figura 4. MGF tipus IIa:
Resecció de només els llavis menors ⁽⁴⁾

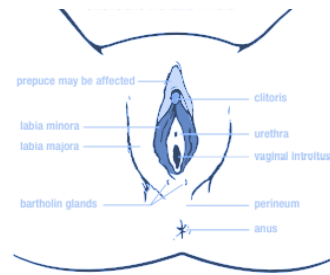


Figura 5. MGF tipus IIb:
Resecció parcial o total del clítoris i els llavis menors ⁽⁴⁾

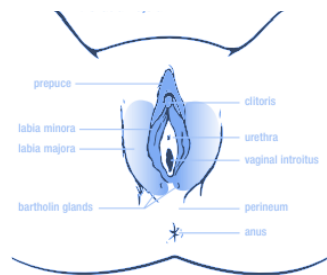


Figura 6. MGF tipus IIc:
Resecció parcial o total del clítoris, dels llavis menors i dels llavis majors ⁽⁴⁾

Tipus III: Estrenyiment o segellat de l'obertura vaginal, mitjançant el tall i recol·locació dels llavis menors i, de vegades, també dels llavis majors, amb o sense ressecció del clítoris (infibulació). Es deixen petits orificis per a la sortida de l'orina i la sang menstrual.

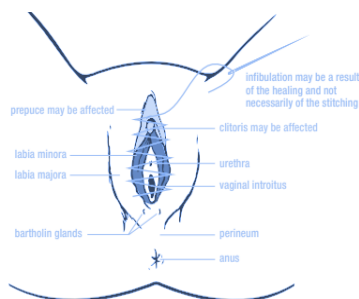


Figura 7. MGF tipus IIIa:
Resecció i aposició dels llavis menors, amb o sense escissió del clítoris ⁽⁴⁾

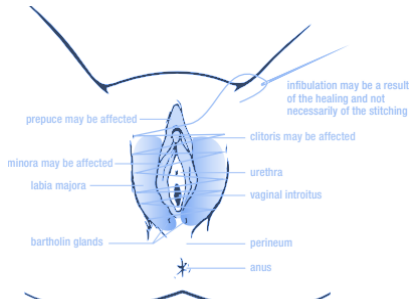


Figura 8. MGF tipus IIIb:
Resecció i aposició dels llavis majors, amb o sense escissió del clítoris ⁽⁴⁾

Infibulació: pot ser el resultat del procés de cicatrització i no necessàriament de la sutura.

Desinfibulació: consisteix en la tècnica de fer un tall per obrir l'obertura vaginal segellada de la dona que va ser sotmesa a la infibulació. Aquest procediment es realitza sovint per permetre les relacions sexuals, facilitar el part o millorar la salut i benestar de la dona ⁽⁴⁾.

Tot i els riscos per a la salut, algunes dones se sotmeten a una re-sutura o re-infibulació de l'obertura vaginal després d'haver estat desinfibulades, per exemple, després del part. Això vol dir que una dona podria passar per repetides infibulacions i desinfibulacions al llarg de la seva vida⁽⁴⁾.

Tipus IV: Tots els altres procediments lesius dels genitals femenins, de severitat variable i sense finalitat mèdica. Alguns exemples són: punçons, pírcings, incisió al clítoris o llavis, elongació del teixit, cauterització del clítoris i teixit adjacent, raspadures de l'orifici vaginal o tall de la vagina, entre d'altres.

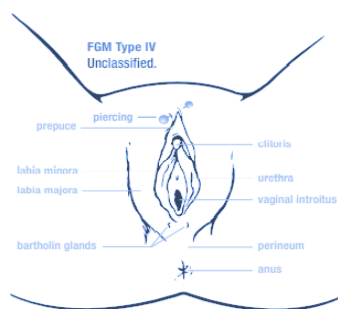


Figura 9. MGF tipus IV⁽⁴⁾

Pel que fa a la Cirurgia Genital Cosmètica (CGC), o bé coneguda com a cirurgia de reafirmació o rejuveniment genital, són tots els procediments que inclouen la labioplàstia (cirurgia dels llavis menors), la vulvoplàstia (cirurgia de la vulva), la frenuloplàstia (cirurgia del fre del penis) i la circumcisió (extirpació del prepuci)^(4,6).

Tot i que algunes persones poden veure la CGC com una forma de mutilació, aquesta no se la considera per l'OMS ja que no té els mateixos efectes negatius per a la salut i el benestar de les persones que la MGF. Es defineix com una cirurgia que es realitza per tal de millorar l'aparença dels genitals, generalment amb l'objectiu d'augmentar l'autoestima i la satisfacció sexual^(4,7).

Tot i així, l'OMS considera que aquests procediments són innecessaris i poden ser perillosos per a la salut. A més, l'OMS assenjala que aquesta pràctica pot estar motivada per la pressió social o cultural per complir certes expectatives de bellesa o funcionament sexual. Per aquesta raó, l'OMS recomana als metges que no realitzin aquest tipus de cirurgia a no ser que hi hagi una necessitat mèdica clara i que, en cas de realitzar-la, s'han de prendre totes les mesures necessàries per minimitzar els riscos i protegir la salut de les persones^(4,7).

c. Conseqüències de la Mutilació Genital Femenina

La MGF no té beneficis per a la salut coneguts, i les nenes i dones que s'han sotmès al procediment corren un gran risc de patir les seves complicacions al llarg de la seva vida.

Aquesta pràctica comporta nombroses conseqüències per a la salut genitoruinària, tant immediates com a mig i llarg termini (*taula 1*)^(5,8). En la majoria de casos el grau de mutilació condiona el tipus de complicació que es pot presentar; l'evidència indica que sempre hi ha més grans danys en el cas de les dones infibulades (MGF tipus III)⁽⁹⁾.

❖ Conseqüències immediates^(1,4,5,8)

La MGF és una pràctica que afecta a la regió vulvar, la qual és altament vascularitzada i innervada, causant un dolor intens, por i angoixa. A més, aquest dolor pot provocar dificultats per orinar i retenció aguda d'orina (RAO).

També pot ocasionar hemorràgies greus que poden ocasionar la mort per xoc hipovolèmic. A més, la pràctica acostuma realitzar-se en condicions no estèrils, el que pot provocar infeccions locals i septicèmies que poden esdevenir mortals.

❖ Conseqüències a mig i llarg termini^(5,8)

Degut a les condicions higièniques deficientes, són freqüents les infeccions vulvars, urinàries i ginecològiques, així mateix també poden aparèixer tètanus, hepatitis o infecció pel VIH. Les seqüeles ginecològiques poden perllongar-se en el temps i provocar esterilitat o infertilitat.

Poden produir-se anèmies severes ocasionades per les hemorràgies i per possibles problemes de malnutrició i anèmies hereditàries habituals en zones de l'Àfrica.

A més, aquesta pràctica és una experiència traumàtica que pot deixar una empremta psicològica duradera i provocar una sèrie de problemes de salut mental com són: la depressió, l'ansietat, el trastorn d'estrès posttraumàtic, una baixa autoestima, sentiments d'humillació, vergonya i temors nocturns.

Pel que fa a les conseqüències obstètriques, sexuals, ginecològiques, a continuació es detallaran més profundament:

- Obstètriques ^(1,5,8):

Les complicacions del part depenen del tipus de MGF:

En la clitoridectomia (tipus Ib) les complicacions són poc freqüents, però són possibles les ruptures de la cicatriu.

En els tipus II i III, que involucren extirpació de teixits i formació de cicatrius, la zona perineal és poc elàstica, dificultant la dilatació durant el part, augmentant la possibilitat d'estrips perineals i que es doni patiment fetal. A més, les cicatrius poden causar problemes en el sondatge vesical. La retenció d'orina postpart afavoreix les infeccions urinàries i les hemorràgies uterines.

- Sexuals i ginecològiques ^(1,5,8):

El clítoris és la zona més sensible dels genitals femenins. La seva extirpació parcial o total a través de la MGF implica una pèrdua significativa de la sensibilitat sexual, el que pot conduir a dificultats per arribar a l'orgasme i dolor durant les relacions sexuals. També pot provocar una menor satisfacció sexual en general.

A més, es poden ocasionar problemes durant la menstruació, ja que la vulva queda ocluida, el que provoca una retenció de la sang menstrual (hematocolpos), que pot allargar la durada de la regla i provocar dolor (dismenorrea) i males olors.

A més, a causa de les condicions no estèrils en què sol realitzar-se la MGF, és relativament freqüent que es desenvolupin infeccions vaginals i uterines al llarg de la vida.

Taula 1: Conseqüències per a la salut ⁽⁴⁾

Immediates	Mig i llarg termini
<ul style="list-style-type: none"> • Dolor intens • Infecció local • Hemorràgia • Retenció urinària • Septicèmia • Tètanus • Pors i angoixes • Mort 	<ul style="list-style-type: none"> • Alteracions ginecològiques i urinàries: Infeccions, dismenorrea, hemotocolpos • Esterilitat • Exposició i risc d'infeccions com l'hepatitis i el sida. • Anèmia crònica • Complicacions en el part: esquínços, fístules, patiment fetal. • Disminució de la sensibilitat sexual • Depressió, ansietat, etc.

3.2. ORIGEN, CREENCES I RAONS PERQUÈ ES REALITZA LA PRÀCTICA

A. Origen de la Mutilació Genital Femenina

Aquesta violenta pràctica és de procedència incerta. Es creu que s'ha practicat durant milers d'anys i que aquest ritual és originari d'alguns països d'Àfrica, Orient Mitjà i d'altres llocs. Hi han algunes versions que indiquen que es va iniciar a l'antic Egipte, abans de l'aparició i l'expansió de l'Islam, i des d'allà es va estendre a la resta d'Àfrica ⁽¹⁰⁾.

Durant el temps, s'ha relacionat a diverses religions com el cristianisme copte, el judaisme falasha, cultes animistes i l'islam. Tot i això, ni a la Bíblia ni a l'Alcorà es fa referència. No obstant, s'han utilitzat paraules per defensar la mutilació: *"Allah Totpoderós va crear el desig sexual en deu parts; va donar nou parts a la dona i una a l'home (...)"*, referència a la necessitat de la pràctica per controlar aquesta libidinositat femenina superior al de l'home⁽²⁾.

L'Església Copta i la Catòlica refusen la pràctica formalment. Les autoritats musulmanes són dividides i algunes la consideren "*mustahabb*" (apreciable) mentre que d'altres la qualifiquen de "*harām*" (prohibida). El 2014, l'Estat Islàmic va ordenar la MGF a totes les nenes i dones iraquines entre 11 i 46 anys per "allunyar-les del llibertinatge i la immoralitat i promoure actituds islàmiques" ⁽²⁾.

B. Raons perquè es practica la Mutilació Genital Femenina

L'etiologia de la MGF respon una combinació de factors socials, culturals, religiosos i comunitaris que varien entre grups ètnics i regions. La pràctica està més relacionada amb la identitat ètnica que amb el país d'origen, i la seva vinculació amb la tradició depèn d'això ⁽⁵⁾.

La MGF és una pràctica que s'ha incorporat a la història i tradició cultural de les comunitats. En algunes cultures és considerada com un ritu de pas a l'edat adulta i vista com una forma de crear un sentiment d'identitat ètnica i de gènere dins de la comunitat. També, pot ser un requisit necessari per contraure matrimoni, assolir una posició social determinada o simplement ser acceptada. La pràctica és sovint continuada per aquesta necessitat d'acceptació social. Hi ha creences populars errònies que la justifiquen segons la comunitat que es forma part. Es poden dividir en ^(3,4,5,11):

- Motius socioculturals: A la comunitat, el rol de la dona està determinat per la tradició i el costum. La MGF és vista com un pas necessari perquè les dones siguin reconegudes com a dones socialment. Aquest dolor i sofriment és considerat com un signe de sacrifici i de superació, atributs molt aclamats pel rol d'esposa. Es compara amb la circumcisió masculina, per la qual cosa “si se'ls fa als homes, a les dones també”. I així, la pressió social és present per les conseqüències de no exposar-se a la mutilació. Les dones que no són mutilades es consideren impures, infèrtils i sense honor. Provocant un rebuig familiar i comunitari complert.
- El control de la sexualitat i el foment de la castedat: La MGF és vista com una forma de disminuir la líbido femenina i mantenir la virginitat de les dones, així com evitar l'adulteri i la promiscuïtat. Això és motivat per la por dels homes de criar fills que no són seus. Es creu que al limitar les demanda sexual de la dona, el home les pot satisfer a totes millor. Així mateix, la pràctica es considera beneficiosa per als homes, ja que estretir l'orifici vaginal pot augmentar el plaer sexual masculí.
- Creences reproductives: Es creu que les dones no mutilades tenen dificultats per quedar-se embarassades i que el part es pot complicar. També es pensa que si el nadó toca el clítoris durant el part, pot perillar la seva vida.
- Creences higiènic-estètiques: Els genitals femenins són considerats poc atractius, bruts i massa masculins. Es creu que el clítoris pot arribar a créixer fins a esdevenir un penis. Si una dona no és mutilada, se la considera bruta i no pot manipular l'aigua i els aliments.
- Creences religiós-espirituals: La MGF no està prescrita per cap religió, però sovint es justifica mitjançant la religió, afirmant que és un precepte islàmic derivat de l'Alcorà.
- Motius econòmics: Suposa un benefici econòmic directe pel circumcisor/a com i la família, que reben diners i regals. A més, els comerciants i les figures religioses del lloc obtenen beneficis de la compra d'aliments i materials per a la celebració.

En la majoria dels casos, la MGF és portada a terme per dones grans molt respectades a la comunitat. La pràctica es duu a terme en condicions higièniques deficient i s'utilitzen diversos instruments tallants, com ganivets, llaunes o vidres trencats. Després de la mutilació, es solen aplicar ungüents, herbes, llet, cendra, etc. Per cosir la ferida, s'utilitzen espines d'acàcia ⁽⁵⁾.

A molts llocs, els proveïdors d'assistència sanitària practiquen la MGF moguts per la creença errònia que el procediment és més segur si es realitza en condicions medicalitzades⁽¹⁾. En zones urbanes i en famílies amb una situació econòmica elevada, s'acostuma a portar a terme per personal sanitari qualificat en condicions higièniques adequades i amb ús d'anestèsia local o general. Més del 18% de les MGF són realitzades per proveïdors d'atenció sanitària, i aquesta pràctica està en augment⁽⁵⁾.

Sigui quina sigui la raó aportada, la MGF és una pràctica profundament arrelada a les desigualtats de gènere, i la seva eliminació total és difícil per la seva naturalesa sociocultural tan incrustada. Com a tal, cal seguir treballant per prevenir i eradicar la pràctica, i proporcionar assistència mèdica adequada a les dones que ja han estat sotmeses a ella i pateixen les seves conseqüències⁽¹¹⁾.

3.3. DISTRIBUCIÓ GEOGRÀFICA EN EL MÓN

A. Prevalença de la Mutilació Genital Femenina en el món

Segons l'OMS, la pràctica segueix essent prevalent a 31 països d'Àfrica, Àsia i Orient Mitjà, tot i ser reconeguda internacionalment com a violació dels drets humans i haver estat prohibida en molts països. També hi apareixen formes de MGF en altres països, inclòs entre determinats grups ètnics d'Amèrica Central i del Sud⁽⁴⁾.

Les dades disponibles d'enquestes representatives a gran escala mostren que la pràctica de la MGF està molt concentrada en una franja de països des de la costa atlàntica fins a la Banya d'Àfrica, a zones de l'Orient Mitjà com l'Iraq i el Iemen i en alguns països d'Àsia com ara Indonèsia, amb grans variacions en la prevalença (*Figura 10*). La pràctica és gairebé universal a Somàlia, Guinea i Djibouti, amb nivells superiors al 90%, mentre que no afecta més de l'1% de les nenes i dones al Camerun i Uganda (*Figura 11*)^(12,13,14).

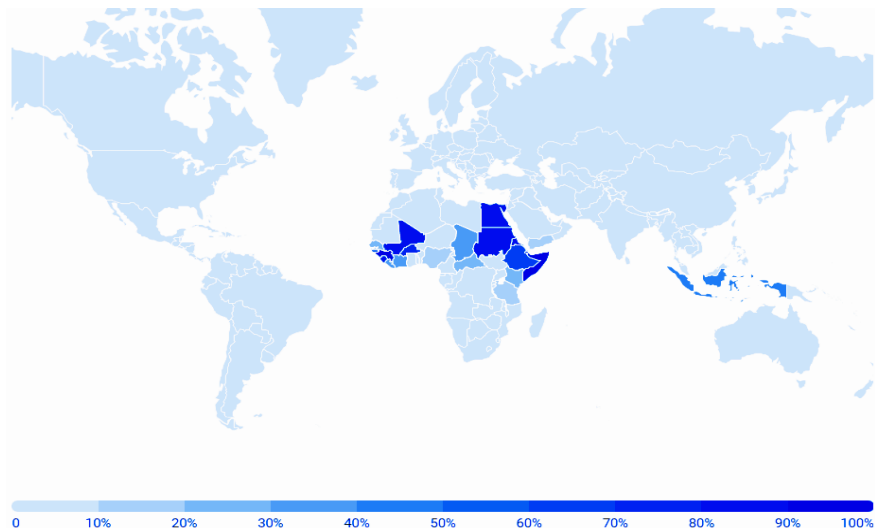


Figura 10: Percentatge de noies i dones de 15 a 49 anys que han patit MGF en països amb dades disponibles a partir d'enquestes representatives nacionals ⁽¹²⁾

Encara que es desconeix el nombre exacte de nenes i dones a tot el món que han patit MGF, l'OMS calcula que més de 200 milions de nenes i dones viuen amb els efectes de la MGF i, malgrat els esforços per eradicar-la, cada any uns 3 milions de nenes i dones estan en risc de patir MGF i, per tant, estan exposades al potencial de conseqüències negatives per a la salut d'aquesta pràctica nociva⁽⁴⁾. Durant l'última dècada, la proporció d'adolescents d'entre 15 i 19 anys que s'han sotmès a la pràctica en aquests països ha disminuït del 41% al 34% ⁽¹⁵⁾ (*Annex 1*). Tot i així, al voltant d'una de cada tres noies al dia d'entre aquestes edats se'ls hi practica la MGF en aquests 31 països⁽¹⁶⁾. No tots els països avancen al mateix ritme i els canvis que s'han realitzat són encara insuficients com per assolir els Objectius de Desenvolupament Sostenible d'eliminar la MGF per a l'any 2030 ⁽¹⁵⁾.

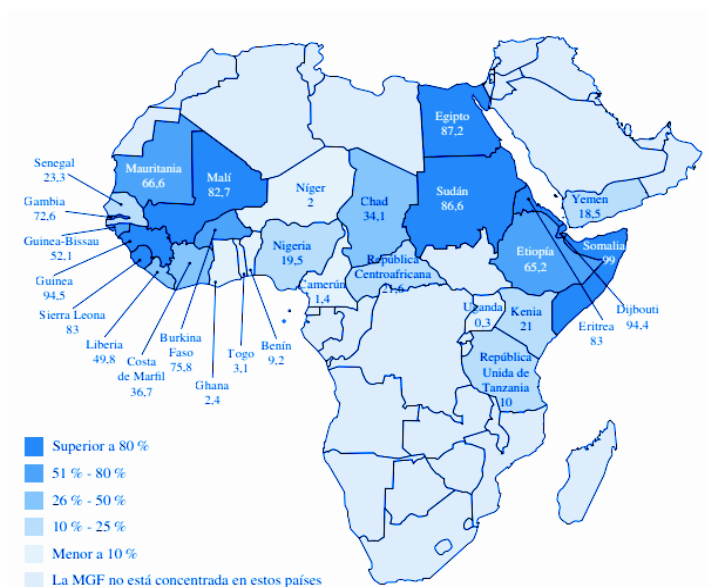


Figura 11: Països d'Àfrica on es practica la MGF i la seva prevalència el 2021 ⁽¹⁴⁾

No obstant això, les actituds cap a la MGF estan canviant, s'ha reduït l'extensió anatòmica (cap al tipus I) ^(14,17,18) (*Annex 2*) i ha augmentat el rebuig a la tècnica i ha estat desaprovada per la majoria de dones amb informació als països on es practica ⁽¹³⁾ (*Annex 3*). Aquest rebuig ha generat una resposta protectora de la pràctica ⁽¹⁶⁾:

- Una reducció de l'edat de les nenes a què se'ls practica per evitar la negativa i resistència. Segons el Fons de les Nacions Unides per a la Infància (UNICEF), 44 milions estan per sota dels 15 anys, i la majoria sotmeses a la pràctica abans dels 5 anys (*Annex 4*).
- Una medicalització de la pràctica, passant del circumcisor tradicional ⁽⁴⁾ a la del professional sanitari amb la intenció de reduir les complicacions (*Annex 5*).

Alguns dels països on es practica són emissors de persones vers altres països més desenvolupats econòmicament. Degut a aquest augment de migració internacional ha augmentat el nombre de nenes i dones que viuen a les diferents poblacions de la diàspora, inclosa Europa, Austràlia i Amèrica del Nord, que han patit o poden patir aquesta pràctica ⁽¹²⁾. Gràcies al grup End FMG i Equality Now es té coneixement d'almenys 92 països al món on actualment hi ha proves disponibles de dones i nenes que viuen amb MGF o que corren el risc que els hi practiquin en un futur ⁽¹⁹⁾ (*Annex 6*).

En aquest context, és comú que la persona que emigra hagi estat triada per a la família com a responsable de complir els objectius de la migració, mantenint així els vincles materials i emocionals. Pel que fa a la MGF, la pressió social de la família que roman al país d'origen, sol ser forta sobre els emigrants, especialment quan aquests tornen a casa. Aquesta situació esdevé un risc crític per a les nenes no mutilades ⁽¹¹⁾.

Segons l'últim informe estadístic de l'Alt Comissariat de les Nacions Unides per als Refugiats (ACNUR) al 2018 ⁽¹⁹⁾, al 2017, 66.000 dones i nenes procedents de països on practiquen la MGF van sol·licitar asil a Europa i més de 24.000 d'elles podrien haver estat potencialment afectades per la MGF, tot i que és probable que aquesta xifra sigui més elevada. Es calcula que unes 600.000 dones viuen amb les conseqüències de la MGF a Europa.

Durant molt de temps, ha sigut complicat obtenir dades precises sobre la MGF. Segons l'Institut Europeu de la Igualtat de Gènere (EIGE), la raó darrere d'aquest problema és la

manca de criteris estandarditzats per mesurar la prevalença als diferents països. Per aquesta raó, l'EIGE ha creat una guia per estandarditzar aquestes dades⁽²⁰⁾. Aquestes xifres confirmen la necessitat d'Europa de prestar una atenció creixent a les supervivents de MGF, entre altres violències de gènere, en els sistemes d'asil.

B. Prevalença de la Mutilació Genital Femenina en Espanya i Catalunya

A nivell nacional, basat en dades del padró continu de la població espanyola del 2021, el Mapa de Mutilació Genital Femenina a Espanya de 2021 ⁽¹⁴⁾ aconseguix una visió global a nivell nacional sobre la situació de MGF i posa de manifest que habiten més de 286.000 persones de països on es realitza aquesta pràctica, fet que suposa un 5,13% dels immigrants totals del territori. D'aquests, 80.282 són població femenina, 18.836 nenes entres 0 i 14 anys i, segons una estimació de la Fundació Wassu-UAB⁽⁶⁾, s'estima que 3.652 nenes corren perill de ser mutilades. Destaquen les procedències nigeriana, senegalesa, gambiana, guineana, ghanesa i malià (*Figura 11*).

Cal ressaltar que la població (especialment infantil) que hagi nascut a Espanya i tingui només la nacionalitat espanyola malgrat tenir ascendència procedent d'aquests països (amb la càrrega cultural consegüent), no comptabilitza en aquestes xifres les quals variarien a l'alça.

Quant a la distribució d'aquesta població femenina entre les CCAA d'Espanya, es pot observar que un terç resideixen a Catalunya (31%), seguida de la Comunitat Autònoma de Madrid (12%) i Andalusia (11,1%) ⁽¹⁴⁾ (*Figura 12*) (*Annex 7*).

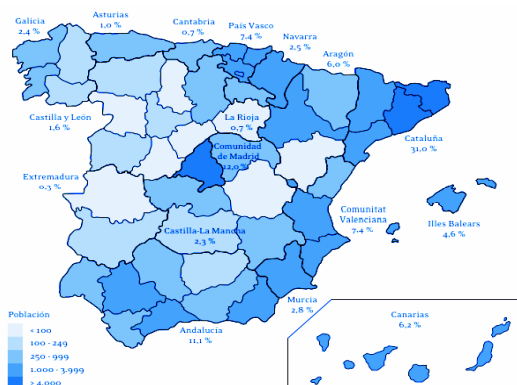


Figura 12: Distribució territorial de la població femenina d'origen MGF a Espanya el 2021 ⁽¹⁴⁾

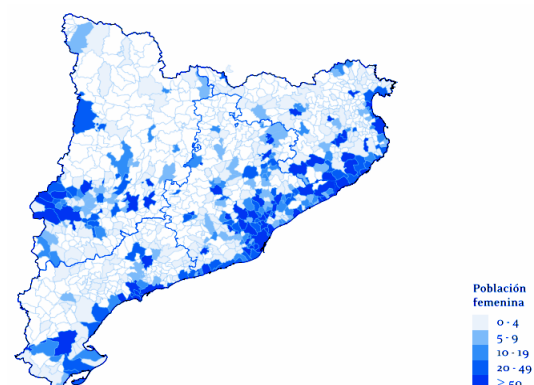


Figura 13: Distribució territorial de la població femenina d'origen MGF a Catalunya el 2021 ⁽¹⁴⁾

Catalunya és la comunitat autònoma amb més població d'aquests orígens, amb 24.876 dones i 6.433 nenes de 0 a 14 anys, de les quals 1.600 corren el risc de ser mutilades. Essent Vic el primer municipi de Catalunya amb el major número de nenes de 0 a 14 anys (417 nenes), majoritàriament de Ghana, seguidament de Barcelona (412), Lleida (350) i Salt (339)⁽⁶⁾ (Figura 13) (Annex 8).

En l'estudi presentat per la Fundació Wassu-UAB⁽⁶⁾ apunta que les comarques gironines són la segona província de tota Espanya amb el nombre estimat de nenes amb risc més elevat de patir una mutilació genital: hi ha 504 nenes en risc. Barcelona és la primera amb 746 nenes. I la tercera és Madrid amb 335, seguida de Lleida amb 249.

3.4. MARC LEGAL I ABORDATGE SANITARI

A. Normativa internacional davant la Mutilació Genital Femenina

A nivell mundial s'ha de tenir en compte que la MGF atenta contra^(1,4,21):

1. La Declaració Universal dels Drets Humans de 1948⁽²²⁾:
 - Article 2: "drets (...) sense cap distinció de (...) sexe"
 - Article 3: "dret a la vida" (quan el procediment acaba en mort)
 - Article 5: "ningú serà sotmetiment a tortures o tractes cruels"
 - Article 25: "tota persona té dret a un nivell de vida que asseguri (...) salut i benestar"
2. La Declaració dels Drets del Nen de 1959⁽²³⁾:
 - Principi I: "sense discriminació per motius de (...) sexe"
 - Principi IV: "drets a créixer i desenvolupar-se en bona salut"
 - Principi IX: "serà protegit contra tota forma de (...) crueltat"
3. La Carta Africana sobre els Drets Humans i dels Pobles de 1981⁽²⁴⁾
4. La Declaració de Beijing de l'ONU el 1995⁽²⁵⁾ en què es pretén enfortir els programes de prevenció per promoure la salut femenina a nivell educatiu, social, laboral, cultural i legislatiu.
5. La Declaració del Mil·lenni de l'ONU aprovada el 2000⁽²⁶⁾

6. La *Decisió de la Unió Africana a Malabo* el 2011 ⁽²⁷⁾ en què, després de la proposició de Burkina Faso de donar suport a la resolució d'UNICEF quant a la MGF, es va concloure reconeixent la urgència d'actuació i convidant els estats membres a donar suport a aquesta resolució.
7. La *Resolució de l'ONU* del 2016 ⁽²⁸⁾ sobre la "Intensificació dels esforços mundials per a l'eliminació de la mutilació genital femenina" destaca l'empoderament de les dones com a arma contra la discriminació i la violència que pateixen, incita els Estats a aplicar tasques de prevenció i promoció a través de l'educació i conscienciació i que condemnin les pràctiques nocives.
8. El *Pla d'Acció pel Parlament Panafricà* aprovat el 2016 ⁽²⁹⁾ prohibint la MGF a tots els Estats Membres. Dels països africans que la practiquen, només Eritrea no forma part d'aquest Parlament.

B. Legislació espanyola davant la Mutilació Genital Femenina

Tots els estats membres de la UE criminalitzen aquesta pràctica, encara que només 18 tenen lleis específiques per a aquest crim concret, Espanya inclosa ⁽³⁰⁾.

A Espanya, la *Llei Orgànica 11/2003* de Mesures Concretes en Matèria de Seguretat Ciutadana, Violència Domèstica i Integració Social dels Estrangers modifica l'article 149 del codi penal incloent-hi una disposició específica sobre la mutilació genital femenina ^(6,8,21,31):

1. Qui causi a un altre, per qualsevol mitjà o procediment, la pèrdua o la inutilitat d'un òrgan o membre principal, o d'un sentit, la impotència, l'esterilitat, una greu deformitat o una greu malaltia somàtica o psíquica, serà castigat amb la pena de presó de 6 a 12 anys.
2. Qui causi a un altre una mutilació genital en qualsevol de les seves manifestacions, serà castigat amb la pena de presó de 6 a 12 anys. Si la víctima fos menor o incapac, serà aplicable la pena d'inhabilitació especial per a l'exercici de la pàtria potestat, tutela, curatela, guarda o acolliment per temps de 4 a 10 anys“.

En els casos que es tingui coneixement que una menor ha estat objecte d'algun tipus de MGF, s'ha d'establir: si la pràctica s'ha fet a Espanya; si la pràctica es va fer al país d'origen dels progenitors o en un tercer país; si la persona o persones que van dur a terme la MGF

són espanyoles (o han adquirit la nacionalitat espanyola posteriorment als fets) i/o si els progenitors van actuar com a “promotors” de la MGF.

És competència exclusiva del jutge examinar totes aquestes qüestions i tenir coneixement de la denúncia presentada.

L'aprovació de la Llei Orgànica 3/2005, de 8 de juliol, de modificació de la Llei Orgànica del Poder Judicial (LOPJ), a l'efecte de perseguir extraterritorialment la pràctica de la MGF, representa un avanç en el marc de l'anomenat principi de “universalitat” o de “justícia mundial” envers conductes contra els drets humans^(30,31). Ja que succeeix en la major part dels casos la realització del delictes a l'estranger, aprofitant viatges o estades als països d'origen de les famílies.

c. Legislació a nivell de Catalunya davant la Mutilació Genital Femenina

El Parlament de Catalunya va aprovar la Resolució 832/VI, de 20 de juny 2001, d'adopció de mesures contra la MGF instant la Generalitat de Catalunya a adoptar mesures de prevenció i benestar dins de les àrees de salut, educació i serveis socials⁽³¹⁾. Arran d'aquesta resolució, es va presentar el Protocol del 2002 per prevenir la MGF de la Generalitat de Catalunya, adreçat als professionals de la salut, serveis socials, les escoles, la policia i altres associacions de prevenció⁽²¹⁾. Aquest protocol es va completar el desembre del 2007⁽¹¹⁾, d'acord amb les modificacions legals adoptades els anys 2003 i 2005 a l'Estat espanyol.

Posteriorment, el Parlament de Catalunya va aprovar la Llei 5/2008, de 24 d'abril, la qual ha sigut actualitzada i modificada com a la Llei 17/2020, del 22 de desembre, la qual expressa el dret a les dones a erradicar la violència masclista. On es considera aquesta pràctica un tipus de violència masclista en l'àmbit social o comunitari tot i que hi hagi consentiment exprés o tàcit de la dona. De manera que, el 2009, es va reimprimir el protocol (actual protocol)⁽³³⁾, incloent-hi el nou marc legal a Catalunya. Reconeix també drets a les dones víctimes d'MGF o en risc de patir-la, per exemple: dret a l'atenció sanitària especialitzada i a l'atenció i l'assistència jurídiques. A més, insta el Govern de la Generalitat de Catalunya a adoptar, entre altres, les mesures següents^(31,32):

- Promoure la mediació comunitària en les famílies si hi ha risc de mutilacions, procurant que participin en la negociació persones expertes, persones de les comunitats afectades i els serveis socials de primària.
- Comptar amb els mecanismes sanitaris d'intervenció quirúrgica per poder afrontar la demanda de les dones que vulguin revertir els efectes de la mutilació practicada, i també amb mecanismes de suport psicològic, familiar i comunitari. En els casos de risc per a la salut de les menors d'edat, l'equip professional ha de poder comptar amb mitjans que possibilitin fer-los la intervenció quirúrgica.

Finalment, el 2010 es va aprovar la lleï 14/2010, de 27 de maig, dels Drets i les Oportunitats a la Infància i l'Adolescència, una llei específica que estableix la prevenció, atenció i protecció de les nenes que han estat sotmeses a la MGF o que corren risc d'experimentar el procediment.

D. Abordatge sanitari a Catalunya davant la mutilació genital femenina

El Protocol d'actuacions per prevenir la MGF a Catalunya ^(11,33) estableix quatre nivells d'actuació (*Annex 9 i 10*):

- **Prevenió (Nivell 1)** que s'associa a informar i sensibilitzar:
 - Realitzar activitats d'informació i formació a professionals
 - Informar i fer educació sanitària a la ciutadania i a les famílies i nenes (dins les activitats comunitàries que es desenvolupen des d'atenció primària, treball en xarxa amb la comunitat i associacions, col·laboració en materials informatius, a partir dels professionals de la salut a la consulta, etc)
 - Involucrar els recursos de salut en aquest ordre: recursos sanitaris, recursos de seguretat, serveis socials, professionals d'atenció dels menors en risc, associacions per a la prevenció de la MGF i altres.
- **Detecció (Nivell 2)** del cas de risc:
 - Els motius d'atenció i valoració del possible risc són: pertànyer a una ètnia, família o grup familiar que practiqui la MGF i/o la proximitat d'un viatge o vacances. Segons el risc, es determinen accions, urgents o no urgents, per prevenir la pràctica o per atendre la nena si s'ha consumat.

- Atenció, que pot ser urgent (**Nivell 4**) o no (**Nivell 3**). En cas de ser un nivell no urgent:
 - Determinar els possibles nivells de risc i informar i educar sobre la situació.
 - Valorar realitzar treball en xarxa amb associacions que es dediquen a la prevenció de la MGF i mostrar la participació de les persones de la pròpia comunitat com a agents actiu.
 - Realitzar un seguiment i treball coordinat.

En el cas de ser una atenció urgent amb situació de risc:

- Realitzar les accions anteriors i, a més, demanar el compromís per escrit de no-mutilació de la nena (Serveis Sanitaris) (*Annex 11*).
- Si no hi ha la percepció de risc neutralitzat, comunicar a la fiscalia i/o el jutjat (Equips d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (EAIA)).

Si la MGF ha estat practicada, comunicar a Serveis Socials i demanar suport policial com a últim esglaió. Aquesta situació donarà pas a l'últim nivell:

- Recuperació (Nivell 5):
 - Valorar les seqüeles físiques i psíquiques i procurar l'atenció personalitzada i continua i, eventualment, la realització d'una intervenció quirúrgica per revertir les seqüeles, segons ho estipula l'article 71.2 de la Llei 17/2020.

Aquest protocol és una eina que estableix elements per a la identificació d'una situació de risc de MGF i defineix les accions d'intervenció que realitzaran els professionals per a protegir una nena.

E. Taules de prevenció

En el marc de la Llei 7/2020 es promou el model de les taules de prevenció de la MGF a tot el territori català per tal de realitzar les intervencions de caràcter preventiu els quals apareixen en el Protocol en els nivells 1, 2 i 3. Són creades en un inici el 2004 per la Secretaria per a la Immigració de Girona per part de la Direcció General d'Immigració, en col·laboració amb el Departament d'Interior ⁽²¹⁾.

Segons la Generalitat de Catalunya ⁽³⁴⁾, les taules locals de prevenció són reunions que permeten un treball coordinat entre professionals dels serveis públics que estan en contacte directe amb la població que practica de la MGF. Es busca promoure la prevenció i detecció precoç de situacions de risc i establir un protocol d'actuació a nivell local per fer el seguiment de casos i prendre mesures des de la primera sospita.

Són clau la col·laboració i la implicació de les associacions que hi treballen i, sobretot, de les persones de la pròpia comunitat com a agents actius que afavoreixen les dinàmiques de sensibilització entre les famílies.

Segons l'informe d'evaluació del model d'actuació de la Generalitat de Catalunya en la pràctica de la MGF de la Fundació Wassu-UAB ⁽²¹⁾, fins a l'any 2009 no es va realitzar cap avaluació prèvia de l'impacte de les actuacions promogudes en el marc d'aquestes taules.

Les taules no estan realitzant treball comunitari ni prevenció d'acord amb una denúncia pública feta per mediadores culturals, dones d'associacions africanes, professionals de la salut i investigadores. En lloc d'això, centren els seus esforços en controlar els viatges a Àfrica de les menors amb les seves famílies. A més, es va assenyalar que les taules no tenen la participació de membres de les comunitats ni d'associacions que treballen al territori ⁽²¹⁾.

A Catalunya, a coneixença de fonts de la Generalitat ⁽³⁴⁾, hi ha més de 70 taules locals i comarcals de prevenció de la MGF. Per altra banda, l'informe d'evaluació del GIPE/PTP, d'acord amb la tesi doctoral realitzada per la Dra. Aina Mangas ⁽³⁵⁾, es constata que n'hi ha unes 30 a tot Catalunya. La província de Girona compta amb 20 taules que, per una banda, són les més estables de Catalunya, però de l'altra, es caracteritzen per la tendència a una intervenció reactiva davant de la programació de viatges al país d'origen.

F. Antecedents en l'actuació i prevenció a Catalunya

A Catalunya, s'ha produït un increment en el nombre de condemnes per delictes relacionats amb la MGF des de l'any 2011 ⁽²¹⁾.

Els Mossos d'Esquadra han intervingut en un total de 380 casos entre 2008 i 2018. El 82,10% correspon a les regions policials de Girona (49,7%) i Metropolitana Nord (32,4%). Aquestes són les dues regions amb més població d'origen subsahariana ⁽²¹⁾ (*Annex 12*).

La primera sentència condemnatòria a Espanya es va dictar el 2011 a Terol, a la Comunitat Autònoma d'Aragó, i en els següents cinc anys es van emetre cinc sentències més, totes elles a Catalunya ⁽²¹⁾ (*Annex 13*). Per tant, cinc de les sis sentències condemnatòries a nivell estatal s'han produït a Catalunya. Segons la Fundació Wassu-UAB, s'estima que hi han hagut més casos de MGF dels que s'han detectat, però la manca de formació dels professionals d'atenció primària ha limitat la identificació d'aquests casos ⁽²¹⁾.

S'ha observat que, des del 2013, les taules de prevenció de la MGF no han rebut cap assignació pressupostària. Això posa de manifest les dificultats que enfronten els professionals de la salut, els serveis socials i l'educació per dur a terme intervencions preventives degut a la falta de coneixement sobre aquesta pràctica ⁽²¹⁾.

3.5. JUSTIFICACIÓ DEL PROBLEMA

La Mutilació Genital Femenina és una pràctica perjudicial que afecta a milions de dones i nenes a tot el món, i malgrat la prohibició en molts països, continua existint a causa de la manca de consciència, pressió social i cultural, i la falta de mesures efectives per prevenir-la i eliminar-la ⁽¹⁾.

A Catalunya, tot i que la MGF no és comuna al territori, és un problema greu en comunitats d'immigrants que provenen de països on sí és habitual i realitzen aquest tipus de violència masclista a les nenes i dones de la seva comunitat.

El Protocol d'Actuació per Prevenir la MGF ⁽³³⁾ és una eina útil i necessària, però la seva aplicació és problemàtica. Sovint s'utilitza de forma reactiva, en lloc de proactiva, detectant només un alt risc de MGF i deixant de banda els nivells anteriors del protocol, com ara la prevenció, la detecció i l'acció no urgent, i la recuperació posterior. Els professionals actuen de manera precipitada quan saben que una família africana planeja viatjar al país d'origen amb les filles, sense fer una avaluació adequada dels factors de risc i recorrent directament als Mossos d'Esquadra.

Aquest fet condueix a una solució punitiva en lloc de cercar la prevenció de la pràctica ^(21, 35), contradient així el que estableix el protocol i evidenciant la manca de formació dels i la manca de polítiques encaminades a la prevenció i atenció d'aquesta pràctica.

La intervenció judicial ha de ser el darrer recurs que cal utilitzar. Quan un cas arriba als tribunals, és un fracàs del model, no pas un èxit com es projecta ⁽²¹⁾. El procediment de denúncia com a primera mesura d'actuació provoca una segona victimització en les mares i les nenes, víctimes directes d'aquest tipus de violència masclista. A més, té un impacte negatiu en origen, ja que provoca la masculinització de les reagrupacions familiars i que les nenes no vinguin amb les famílies i es quedin als països d'origen.

Aquestes accions punitives creen un distanciament entre les dones, les nenes i la comunitat africana amb els serveis d'atenció primària, cosa que dificulta encara més la prevenció i la detecció primerenca de la MGF.

En resum, és necessari abordar el problema de manera més holística, tenint en compte la complexitat del problema i la necessitat d'un enfocament intercultural i de gènere. S'ha de treballar en la sensibilització i conscienciació, fomentant la investigació i l'anàlisi dels factors subjacents, i promovent un enfocament més col·laboratiu i participatiu que, no només involucri les comunitats afectades, sinó també els professionals de la salut, els serveis socials i l'educació. Només així es pot garantir una vida lliure de violència i discriminació per a totes les dones i les nenes.

És crucial que les infermeres d'atenció primària estiguin ben formades i actualitzades sobre el protocol de MGF a Catalunya per a un bon seguiment i una bona atenció a les dones i nenes que són víctimes. És necessari que se'ls proporcionin una capacitació i suport necessaris per dur a terme el seu treball de manera efectiva i sensible a la cultura. Ells i elles tenen un paper important en la detecció de casos i prevenció de la pràctica i cal que estiguin ben formades sobre els factors de risc i els senyals de la MGF, així com dur a terme una avaluació adequada dels casos sospitosos. A més, cal que estiguin en contacte amb les comunitats immigrants per construir relacions de confiança i fomentar un diàleg obert i respectuós sobre la MGF.

4. BIBLIOGRAFIA

1. World Health Organization. Female genital mutilation [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2020 Feb 3 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
2. García MP. Manual de Prevención de la Mutilación Genital Femenina: Buenas Prácticas [Internet]. Madrid: Confederación Nacional Mujeres en Igualdad; 2016 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <http://www.mujeresenigualdad.com/files/portalmenus/205/documentos/Manual.pdf>
3. Jiménez Ruiz I. Enfermería y Cultura: las fronteras del androcentrismo en la Ablación /Mutilación Genital Femenina [Dissertation]. Murcia: Universidad de Murcia; 2015 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/300746/TIJR.pdf>
4. Say L, Chou D, Stein K, WHO Steering Group. WHO guidelines on the management of health complications from female genital mutilation [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2016 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241549646>
5. Grupo de Trabajo de la Comisión sobre Protocolos y Guías de Actuación Sanitaria y Grupo de Aspectos Éticos y Legales. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF) [Internet]. Madrid: Ministerio de Igualdad; 2015 Feb 5 [cited 2022 Dec 13]. Available from: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/ca/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf
6. Fundació Wassu-UAB, Delegación del Gobierno Contra la Violencia de Género (ed.). La mutilación genital femenina en España [Internet]. Madrid: Centro de Publicaciones, Ministerio de Igualdad; 2020 [cited 2022 Dec 13]. Available from: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/pdfs/Estudio_MGF.pdf

7. OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, et al. Eliminating female genital mutilation: an interagency statement [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2008 [cited 2022 Dec 13]. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/43839/1/9789241596442_eng.pdf
8. Bedoya Muriel MH, Bermúdez Anderson K, Goberna Tricas J, Kaplán Marcusán A, Martínez Bueno C, Moreno Navarro J, et al. Mutilació genital femenina. Prevenció i atenció [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2006 [cited 2022 Dec 13]. Available from: https://scientiasalut.gencat.cat/bitstream/handle/11351/4941/mutilacio_genital_femenina_prevencio_atencio_2006_versio_extensa.pdf?sequence=1&is
9. Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist GE. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis [Internet]. BMJ Open. 2014 [cited 2022 Dec 13]; 4 (11): e006316. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4244458/pdf/bmjopen-2014-006316.pdf>
10. Nuño L, Kaplan A. Guía Multisectorial de Formación Académica sobre Mutilación Genital Femenina [Internet]. Dykinson; 2017 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://mapfgm.eu/wp-content/uploads/2017/04/Guia-Castellano.pdf>
11. Bessa E, Castella E, Lizana T, Negre R i Olivé L. Protocol d'actuacions per prevenir la mutilació genital femenina [Internet]. Barcelona: Departament d'Acció Social i Ciutadania; 2007 [cited 2022 Dec 13]. Available from: https://dretssocials.gencat.cat/web/.content/03ambits_tematics/07infanciaiadolescencia/recursos_professionals/protocols_actuacio/pdf/protocol_mutilacio_genital.pdf
12. UNICEF Data [Internet]. New York: Female Genital Mutilation (FGM) Statistics. [updated 2023 Feb; cited 2023 March 10]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>
13. United Nations Children's Fund. Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change [Internet]. New York: UNICEF; 2013 [cited 2023 Feb 11]. Available from: <https://data.unicef.org/resources/fgm-statistical-overview-and-dynamics-of-change/>

14. Kaplan A, Ajenjo M, López-Gay A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2021. Antropología Aplicada 4 [Internet]. Bellaterra; 2022 [cited 2023 Feb 11]. Available from: <https://www.uab.cat/doc/mapa-mgf-2021>
15. UNICEF Data [Internet]. New York: Female Genital Mutilation (FGM). [updated 2022 Oct; cited 2023 Feb 10]. Available from: <https://data.unicef.org/topic/gender/fgm/>
16. UNICEF. Annual report to the U.S. department of state. Eliminating Female Genital Mutilation [Internet]. New York: UNICEF; 2022 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://www.unicef.org/media/122636/file/FGM-Annual-report-2021-USG.pdf>
17. UNICEF. Towards Ending Harmful Practices in Africa: A statistical overview of child marriage and female genital mutilation [Internet]. United Nations Children's Fund; 2022 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://data.unicef.org/resources/harmful-practices-in-africa/>
18. WHO.int [Internet]. Sexual and Reproductive Health and Research (SRH). [Updated 2022; cited 2022 Dec 13]. Available from: [https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-\(srh\)/areas-of-work/female-genital-mutilation/prevalence-of-female-genital-mutilation](https://www.who.int/teams/sexual-and-reproductive-health-and-research-(srh)/areas-of-work/female-genital-mutilation/prevalence-of-female-genital-mutilation)
19. Endfgm.eu [Internet]. Female Genital Mutilation. European Network. [Updated 2020; cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://www.endfgm.eu/female-genital-mutilation/>
20. European Institute for Gender Equality. Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union: Denmark, Spain, Luxembourg and Austria [Internet]. Publications Office. 2021 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://data.europa.eu/doi/10.2839/622897>
21. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de la Prácticas Tradicionales Perjudiciales. Mutilación Genital Femenina: Informe de evaluación del modelo de actuación de la Generalitat de Cataluña (2002-2018) [Internet]. Bellaterra: Fundació Wassu-UAB. 2018 [cited 2023 Feb 11]. Available from: <https://www.uab.cat/servlet/BlobServer?blobtable=Document&blobcol=urldocument&blobheader=application/pdf&blobkey=id&blobwhere=1345809013579&blobnocac>

22. ONU. Declaración Universal de los Derechos Humanos [Internet]. 1948 [cited 2022 Dec 13]. Available from: https://www.ohchr.org/EN/UDHR/Documents/UDHR_Translations/spn.pdf.
23. ONU. Declaración de los Derechos del Niño [Internet]. 1959 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://www.humanium.org/es/wp-content/uploads/2013/09/Declaracion-de-los-Derechos-del-Ni%C3%B1o1.pdf>
24. Organización para la Unidad Africana. Carta Africana sobre los Derechos Humanos y de los Pueblos (Carta de Banjul) [Internet]. 1981 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://www.acnur.org/fileadmin/Documentos/BDL/2002/1297.pdf?view=1>.
25. ONU. Resoluciones aprobadas por la conferencia [Internet]. 1995 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <http://www.un.org/womenwatch/daw/beijing/pdf/BDPfA%20S.pdf>.
26. ONU. Asamblea General [Internet]. 2000 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <http://www.un.org/spanish/milenio/ares552.pdf>.
27. African Union. Decisions, Declarations and Resolution [Internet]. 2011 [cited 2022 Dec 13]. Available from: https://au.int/sites/default/files/decisions/9647-assembly_au_dec_363-390_xvii_e.p
28. ONU. Resolución de la Asamblea General el 19 de diciembre de 2016 [Internet]. 2017 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://undocs.org/es/A/RES/71/168>.
29. Erice A. Mutilación Genital: Relevancia de Fenómeno Cultural en su Tratamiento Jurídico-penal [Dissertation]. Navarra: Universidad de Navarra; 2017 [cited 2022 Dec 13]. Available from: <https://academica-e.unavarra.es/xmlui/bitstream/handle/2454/23783/72341TFMerice.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. Grupo mixto temático de MGF. Política de médicos del mundo España sobre mutilación genital femenina [Internet]. Médicos del Mundo; 2017 [cited 2023 Jan 6]. Available from: https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/2019_politica_mutilacion_genital_femenina_v_1.1.pdf

31. Direcció General d'Atenció a la Infància i l'Adolescència. La difícil lluita per l'eradicació de la mutilació genital femenina [Internet]. Barcelona: Departament de Benestar Social i Família; 2012 [cited 2023 Jan 6]. Available from: https://dixit.gencat.cat/web/.content/home/04recursos/02publicacions/02publicacions_de_bsf/04_familia_infancia_adolescencia/butlleti_infancia_articles_2012/links/
32. Canal Salut (gencat.cat) [Internet]. Mutilació genital femenina. Barcelona: Generalitat de Catalunya; [Updated Feb 2023; cited 2023 Feb 13]. Available from: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/m/mutilacio-genital-femenina/>
33. Generalitat de Catalunya. Document operatiu per a la prevenció i abordatge de la Mutilació Genital Femenina (MGF) a Catalunya [Internet]. 2011 [cited 2023 Jan 6]. Available from: https://infancia.ccbages.cat/docs/document_operatiu_de_mfg.pdf
34. Departament d'Igualtat i Feminismes (gencat.cat) [Internet]. Prevenció de la mutilació genital femenina. Barcelona: Generalitat de Catalunya; [Updated Nov 2017; cited 2023 Feb 13]. Available from: <https://igualtat.gencat.cat/ca/ambits-dactuacio/antiracisme-migracions-i-refugi/prevencio-de-la-violencia-masclista/prevencio-de-la-mutilacio-genital-femenina/>
35. Mangas Llompart A. Una mirada caleidoscòpica sobre la mutilación genital femenina en Cataluña. Leyes, protocolos, actuaciones punitivas e intervenciones preventivas. Dos modelos de intervención ante la MGF: A un lado del muro: el Modelo de la Generalitat de Catalunya. Al otro lado del muro, el Modelo Wassu [Dissertation]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2017 [cited 2023 Feb 8]. Available from: <https://www.tdx.cat/handle/10803/454831#page=1>
36. López Dolcet MJ, Fusté Serra M, Reixach Casals M, Font Freixanet A, Dorca Costa M. Pla de salut de la Regió Sanitària Girona 2021-2025 [Internet]. Girona: Direcció General de Planificació en Salut; 2022 [cited 2023 May 10]. Available from: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/7966>
37. World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects [Internet]. JAMA. 2013 [cited 2023 May 3]; 310 (20): 2191-4. Available from: <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/10.1001/jama.2013.28105>

5. OBJECTIUS

5.1. HIPÒTESIS

Elaborar, implementar i avaluar una intervenció formativa relacionada amb la pràctica de la Mutilació Genital Femenina millorarà els coneixements de les infermeres pediàtriques d'Atenció Primària (AP).

5.2. OBJECTIU GENERAL

L'objectiu general d'aquest Treball de Fi de Grau (TFG) és elaborar, implementar i avaluar l'efectivitat d'una intervenció formativa sobre la Mutilació Genital Femenina destinada a les infermeres pediàtriques d'Atenció Primària.

5.3. OBJECTIUS ESPECÍFICS

- ❖ Dissenyar una intervenció formativa per millorar la formació i capacitació de les infermeres pediàtriques en relació amb la Mutilació Genital Femenina i la seva prevenció a la població infantil.
- ❖ Avaluar el nivell de coneixements pre i post intervenció formativa que tenen les infermeres pediàtriques d'atenció primària sobre la Mutilació Genital Femenina i analitzar les possibles diferències en variables sociodemogràfiques, formatives i laborals.
- ❖ Analitzar la percepció pre i post intervenció formativa de les infermeres pediàtriques sobre el seu paper en la prevenció i la detecció de la Mutilació Genital Femenina.

6. MATERIALS I MÈTODES

6.1. DISSENY

L'estudi serà un estudi quasi-experimental pre-post.

Es realitzarà un qüestionari abans i després del disseny i implementació d'una sessió educativa a les infermeres pediàtriques d'AP per tal d'avaluar l'efectivitat de la sessió, el nivell de coneixements sobre la MGF de les infermeres i la seva percepció sobre el seu paper en la prevenció i detecció d'aquesta pràctica. Al cap de tres mesos de la sessió, es realitzarà de nou el qüestionari per avaluar la retenció dels coneixements.

La intervenció dissenyada tindrà com a objectiu millorar la formació i capacitació de les infermeres pediàtriques en relació amb la MGF i la seva prevenció en la població infantil.

6.2. ÀMBIT

L'estudi es durà a terme a les Àrees Bàsiques de Salut (ABS) de la Regió Sanitària (RS) de Girona que pertanyin a l'Institut Català de la Salut (ICS) i a l'Institut d'Assistència Sanitària (IAS).

Hi ha un total de 29 ABS, 26 de l'ICS i 3 de l'IAS. Aquestes àrees cobreixen un conjunt de 218 municipis situats a les comarques gironines de l'Alt Empordà, el Baix Empordà, la Garrotxa, el Gironès, el Pla de l'Estany, el Ripollès, la Selva i els municipis de la subcomarca de l'Alt Maresme. Hi formen part 36 Centres d'Atenció Primària (CAP) i 103 Consultoris Locals (CL).

Des del punt de vista sanitari, aquesta regió està subdividida en vuit Àrees de Gestió Assistencial (AGA), que representen l'espai de relació assistencial entre els diferents proveïdors i línies d'atenció sanitària d'un determinat territori.

Segons el Sistema Integrat d'Informació de Salut (SIIS) ⁽³⁶⁾, la RS de Girona proporciona assistència sanitària a la població assegurada pel CatSalut. A continuació es mostra la informació de cobertura per al 2021 de nenes de 0 a 14 anys, així com a adolescents i dones de 15 a 64 anys (*taula 2*):

Taula 2: Distribució de nenes de 0-14 anys i adolescents i dones de 15-64 anys per AGA al 2021 ⁽³⁶⁾

AGA	Cobertura sanitària a la RS de Girona	
	Nenes 0-14 anys	Adolescents i dones 15-64 anys
Alt Empordà	10.608	45.275
Baix Empordà	9.515	41.596
Garrotxa	4.175	18.209
Ripollès	1.515	7.295
Alt Maresme	8.681	38.304
Selva Marítima	5.660	26.641
Gironès Nord i Pla de l'Estany	12.673	55.739
Gironès Sud i Selva Interior	12.849	49.109
Total	65.676	282.168

6.3. POBLACIÓ

La població d'estudi està composta per un total de 93 infermeres pediàtriques que treballen als CAP i CL que pertanyen a l'ICS i l'IAS de la RS de Girona (*Annex 14*).

6.4. MOSTRA

Es tracta d'una mostra de conveniència no probabilística. Per assegurar que aquesta sigui representativa de tota la població, s'ha realitzat un càlcul mostral partint de les 93 infermeres pediàtriques de l'àmbit d'estudi tenint en compte una heterogeneïtat del 50%, un marge d'error del 5% i un nivell de confiança del 95%. D'aquesta manera, s'ha determinat que una mostra de 84 participants és adequada per al propòsit de l'estudi.

A. Criteris d'inclusió

- Infermeres pediàtriques amb almenys 6 mesos d'experiència i acceptin participar en l'estudi.

B. Criteris d'exclusió

- Infermeres pediàtriques que hagin rebut formació sobre MGF en els últims 6 mesos.

6.5. VARIABLES D'ESTUDI

A. Variables sociodemogràfiques

A la taula 3 es presenten les variables sociodemogràfiques que han sigut objecte d'estudi:

Taula 3: Tipus de variables sociodemogràfiques

Variable	Tipus	Justificació	Valor
Sexe	Qualitativa Nominal	Identificar possibles diferències en el nivell de coneixement segons el sexe biològic del/de la infermer/a	Femení - Masculí - Intersexe
Gènere	Qualitativa Nominal	Identificar possibles diferències en el nivell de coneixement i percepció segons el gènere.	Dona - Home - No binari
Edat	Quantitativa Continua	Identificar possibles diferències en el nivell de coneixement i percepció segons l'edat.	En anys
CAP/CL on treballa	Qualitativa Nominal	Conèixer el CAP/CL on treballa la participant és útil per identificar possibles diferències de coneixement i percepció.	CAP o CL que aparegui a Annex 14

B. Variables formatives

A la taula 4 es presenten les variables formatives que han sigut objecte d'estudi:

Taula 4: Tipus de variables formatives

Variable	Tipus	Justificació	Valor
Formació acadèmica	Qualitativa Nominal	Identificar possibles diferències en el nivell de coneixement i percepció entre aquelles que tenen formació superior o especialitzada en l'àrea de salut i aquelles que no la tenen.	Diplomat/Graduat - Màster - Postgrau - Altres
Formació en MGF abans dels 6 mesos anteriors	Qualitativa Dicotòmica	Identificar possibles diferències en el nivell de coneixement segons si s'ha participat en sessions de formació prèvies sobre la MGF.	Sí - No
Tipus de formació en MGF abans dels 6 mesos anteriors	Qualitativa Nominal	Identificar possibles diferències en el nivell de coneixement segons el tipus de sessions de formació prèvies sobre la MGF.	Pregunta oberta

c. Variables laborals

A la taula 5 es presenten les variables laborals que han sigut objecte d'estudi:

Taula 5: Tipus de variables laborals

Variable	Tipus	Justificació	Valor
Experiència professional	Quantitativa Continua	Identificar possibles diferències en el nivell de coneixement entre les infermeres novells i les que han estat en la professió durant més anys.	En anys
Experiència en l'atenció de nenes amb MGF	Qualitativa Dicotòmica	Identificar possibles diferències en el nivell de coneixement i percepció segons si es té o no experiència en l'atenció de nenes amb MGF.	Sí - No
Número d'experiències de nenes amb MGF	Quantitativa discreta	Identificar possibles diferències en el nivell de coneixement i percepció segons l'experiència que es té en l'atenció de nenes amb MGF.	En nenes ateses amb MGF.
Experiència en la sospita de possible futura MGF	Qualitativa Dicotòmica	Identificar possibles diferències en el nivell de coneixement i percepció segons si s'ha sospitat o no una possible futura MGF.	Sí - No
Número de sospites de possibles MGF	Quantitativa discreta	Identificar possibles diferències en el nivell de coneixement i percepció segons el número de sospites de MGF.	En sospites de futures MGF a nenes ateses.
Experiència en la posada en pràctica del protocol	Qualitativa Dicotòmica	Identificar possibles diferències en el nivell de coneixement i percepció segons si s'ha posat o no en pràctica el protocol de MGF.	Sí - No
Número de posades en pràctica del protocol	Quantitativa Discreta	Identificar possibles diferències en el nivell de coneixement i percepció segons el número de posades en pràctica del protocol de MGF.	En posades en pràctica del protocol

D. Variables dependents

A la taula 6 es presenten les variables dependents que han sigut objecte d'estudi. Aquestes variables són importants perquè permeten identificar els coneixements previs dels professionals de la infermeria pediàtrica sobre la MGF i la seva capacitat per actuar davant d'aquesta problemàtica. També permeten avaluar l'efectivitat de la intervenció educativa en l'increment dels coneixements i la millora de la percepció dels professionals en el seu paper en la prevenció i detecció de la MGF.

Taula 6: Tipus de variables dependents

Variable	Tipus	Justificació	Valor
Coneixements sobre la MGF pre i post intervenció	Quantitativa Discreta	Identificar el nivell de coneixement amb un test de coneixements de la MGF.	15 preguntes (1 punt per resposta correcta). Es puntuarà la prova sobre 10 punts. Valor de l'1-10: <5: pocs coneixements; 5-7: coneixements bàsics; 8-10: bons coneixements.
Percepció sobre el paper de la infermera davant la MGF pre i post intervenció	Qualitativa Ordinal	Identificar la percepció de la infermera sobre el seu paper en la prevenció i la detecció de la MGF segons preguntes amb tipus de resposta d'escala Likert.	2 preguntes pre-intervenció. 5 preguntes post-intervenció. Escala Likert. Valor de l'1-5: 1 (Gens); 2 (Poc); 3 (Moderadament); 4 (Bastant) i 5 (Molt).
Satisfacció de la intervenció	Qualitativa Ordinal	Identificar la satisfacció de la infermera segons una pregunta amb tipus de resposta d'escala Likert.	1 pregunta post-intervenció. Escala Likert. Valor de l'1-5: 1 (Gens); 2 (Poc); 3 (Moderadament); 4 (Bastant) i 5 (Molt).

6.6. INSTRUMENTS

El mètode de recollida de dades es realitzarà a partir de:

- Un qüestionari AD-HOC pre-intervenció (*Annex 15*)
- Un qüestionari AD-HOC post-intervenció (*Annex 16*)
- Un nou qüestionari AD-HOC post-intervenció per avaluar la retenció de coneixements als tres mesos de la intervenció (*Annex 17*)

Els qüestionaris es realitzaran amb l'autorització explícita dels participants, mitjançant una sol·licitud formal de participació com a subjectes d'estudi, tot hi havent llegit un full informatiu amb l'explicació detallada del projecte (*Annex 18*) (*Annex 19*).

Els qüestionaris es donaran en format paper a l'inici del primer dia de la sessió formativa i al final de l'últim dia d'aquesta. Els qüestionaris post 3 mesos intervenció s'enviaran per correu corporatiu aconseguit mitjançant la sol·licitud formal de participació.

El primer qüestionari utilitzat en aquesta investigació inclou preguntes que recullen informació sobre les variables sociodemogràfiques, formatives i laborals dels participants. Per garantir la privacitat dels individus i la confidencialitat de les dades, a cada participant se li assigna un codi identificador en funció la seva data de naixement i l'última lletra del seu Document Nacional d'Identitat (DNI), que facilita la recollida de dades, i a més, permet que en els següents qüestionaris no es demanin la mateixa informació novament.

D'altra banda, els qüestionaris també contenen preguntes relacionades amb la percepció del paper dels professionals d'infermeria pediàtrica en la prevenció i detecció de la MGF. Així mateix, una pregunta que avalua la satisfacció de la intervenció educativa una vegada aquesta ha estat finalitzada. Aquesta última només en els qüestionaris post-intervenció. Totes elles s'avaluen amb una escala de Likert, amb respostes d'opció múltiple graduals.

Per avaluar el coneixement sobre la MGF, tots tres qüestionaris inclouen 10 preguntes de tipus test, per tal d'avaluar l'efectivitat de la sessió. Així, aquest qüestionari personalitzat permet recollir informació detallada i precisa sobre el tema de la investigació de manera eficaç i útil.

6.7. INTERVENCIÓ

La intervenció consisteix en tres sessions educatives sobre la MGF i el protocol vigent a Catalunya en nenes i adolescents menors de 16 anys realitzada per una infermera referent en la MGF o bé una persona experta en el tema.

Aquestes sessions són repartides en tres dies diferents. Els dies, amb un marge de 3 mesos entre sessió, són pactats amb els/les caps de cada ABS i ajustats a la franja horària adient. Es valorarà fer les sessions per comarques i juntar als/a les participants en el CAP més proper per a tots/es.

Cada sessió té una durada d'una hora (1h). Els primers i els darrers 10 minuts (en el cas de la primera i última sessió, respectivament) són destinats a la realització del qüestionari. La resta del temps, a l'exposició del tema. Les sessions inclouen els continguts següents i s'aborden de la manera següent:

Sessió 1: Conceptes bàsics: Definició, tipus i conseqüències negatives de la MGF (*Annex 20*):

En aquesta sessió formativa introductòria, es fa una presentació breu i benvinguda als assistents. S'explica la importància del tema a tractar i s'assenyala que l'objectiu de la sessió és formar i actualitzar els professionals d'infermeria en relació amb la MGF i el protocol d'actuació vigent a Catalunya tant en aquesta com en les pròximes sessions. S'explica en què consisteix el projecte que es vol portar a terme i si hi ha dubtes del full informatiu que se'ls hi va adjuntar anteriorment i es completa el primer qüestionari.

En aquesta sessió es presenten els conceptes bàsics sobre la MGF, començant per la definició de la pròpia mutilació i els diferents tipus que existeixen. A continuació, es fa una anàlisi de les conseqüències negatives que aquesta pràctica té sobre la salut de les dones i nenes afectades, tant físiques com psicològiques.

Sessió 2: Etiologia, Distribució geogràfica i Marc legal (*Annex 21*):

En aquesta segona sessió formativa, es fa un breu resum sobre la sessió anterior i es presenta què es durà a terme en aquesta. S'aborden els factors socials, culturals i religiosos que propicien la MGF en diferents països i cultures del món. A continuació, es fa una anàlisi de la distribució geogràfica, així com les seves diferents formes. S'expliquen les procedències

africanes més comunes en el territori català i què tant de risc hi ha actualment que es doni aquest tipus de violència a Catalunya.

Sessió 3: Abordatge Sanitari, Protocol d'actuació davant de casos de MGF (*Annex 22*):

En aquesta tercera i última sessió formativa, es fa una anàlisi de l'abordatge sanitari i el protocol d'actuació català davant de casos de MGF. També es fa una anàlisi de casos reals de MGF, amb l'objectiu de posar en pràctica el protocol d'actuació establert i resoldre els casos pràctics que es puguin presentar. Finalment, es dedica temps a la resolució de dubtes, a la discussió dels temes tractats durant les sessions formatives anteriors i a recollir suggeriments per millorar futures intervencions.

Així, els últims 10/20 minuts, es reparteix el qüestionari post-intervenció per comprovar el grau de comprensió dels assistents i si s'han complert els objectius de la intervenció. Es donen les gràcies a totes les participants i es torna a explicar que als tres mesos rebran un correu amb el mateix qüestionari perquè es pugui comprovar com de retinguts s'han quedat aquests nous coneixements.

6.8. PROCEDIMENT

El procediment per dur a terme l'estudi quasi-experimental pre i post amb intervenció formativa consta de tres sessions, per avaluar els coneixements de les infermeres pediàtriques d'AP en relació a la MGF, és el següent:

1. Elaboració del projecte, detallant-ne els objectius, criteris d'inclusió i exclusió, i configuració del disseny de la metodologia. Inclouent l'elaboració dels instruments de recollida d'informació, la descripció de l'anàlisi de dades i les consideracions ètiques.
2. Presentació del projecte al Comitè Ètic d'Investigació (CEI) i obtenció de l'aprovació per dur a terme el projecte (*Annex 23*).
3. Petició d'entrevista personal amb la Cap d'Atenció Assistencial territorial de Girona per fer-la coneixedora d'aquest projecte, i que ella a la seva vegada ho faci saber a les diferents adjuntes de Girona.
4. Presentació del projecte a cada cap de cada ABS, amb una carta de presentació enviada per correu, per obtenir la conformitat en la realització de l'estudi (*Annex 24*).

5. Si es permet, tramitació del full informatiu i consentiment informat a les caps dels ABS per tal que s'adreçin a les possibles participants.
6. Rebutts els consentiments informats, acord amb els/les caps de cada ABS pel dia de realització de la sessió conjunta amb les infermeres pediàtriques de la mateixa comarca en el centre més proper per a tots.
7. Durant el dia acordat, presentació de l'estudi a les participants i realització del qüestionari pre-intervenció i primera sessió.
8. Als tres mesos, acord d'un nou dia i segona sessió.
9. De nou, passats tres mesos, finalització de l'última sessió i aplicació del qüestionari postintervenció per avaluació del nivell de coneixements adquirits.
10. Al cap de tres mesos de la intervenció, novament aplicació del qüestionari via mail per avaluació de retenció dels coneixements adquirits.
11. Anàlisis dels resultats obtinguts.
12. Presentació de les conclusions de l'estudi.
13. Presentació dels resultats a congressos
14. Publicació d'articles

6.9. ANÀLISIS DE DADES

Les dades recollides s'analitzaran utilitzant el programa estadístic SPSS 24.0. Es realitzarà un anàlisis estadístic descriptiu univariant de totes les variables. Es faran servir diverses tècniques estadístiques per descriure la tendència central i la dispersió de les variables numèriques, i es presentaran les variables qualitatives en freqüències i percentatges. A més, es realitzarà una anàlisi bivariada de les variables. Per les categòriques es farà servir la Khi quadrat de Pearson; per les numèriques independents la prova t de Student i per les demés la prova ANOVA. O sigui, s'utilitzarà una varietat de proves estadístiques adequades per a cada tipus de variable. En el cas de les variables numèriques que no compleixin amb una distribució normal, es faran servir diferents proves estadístiques no paramètriques (el test "U" de Man-Whitney o el de KruskalWallis). També es durà a terme una anàlisi multivariada de regressió logística per determinar la relació entre les variables d'interès. L'interval de confiança del 95% amb un nivell de significança estadística de $p < 0,05$ serà considerada com a significativa.

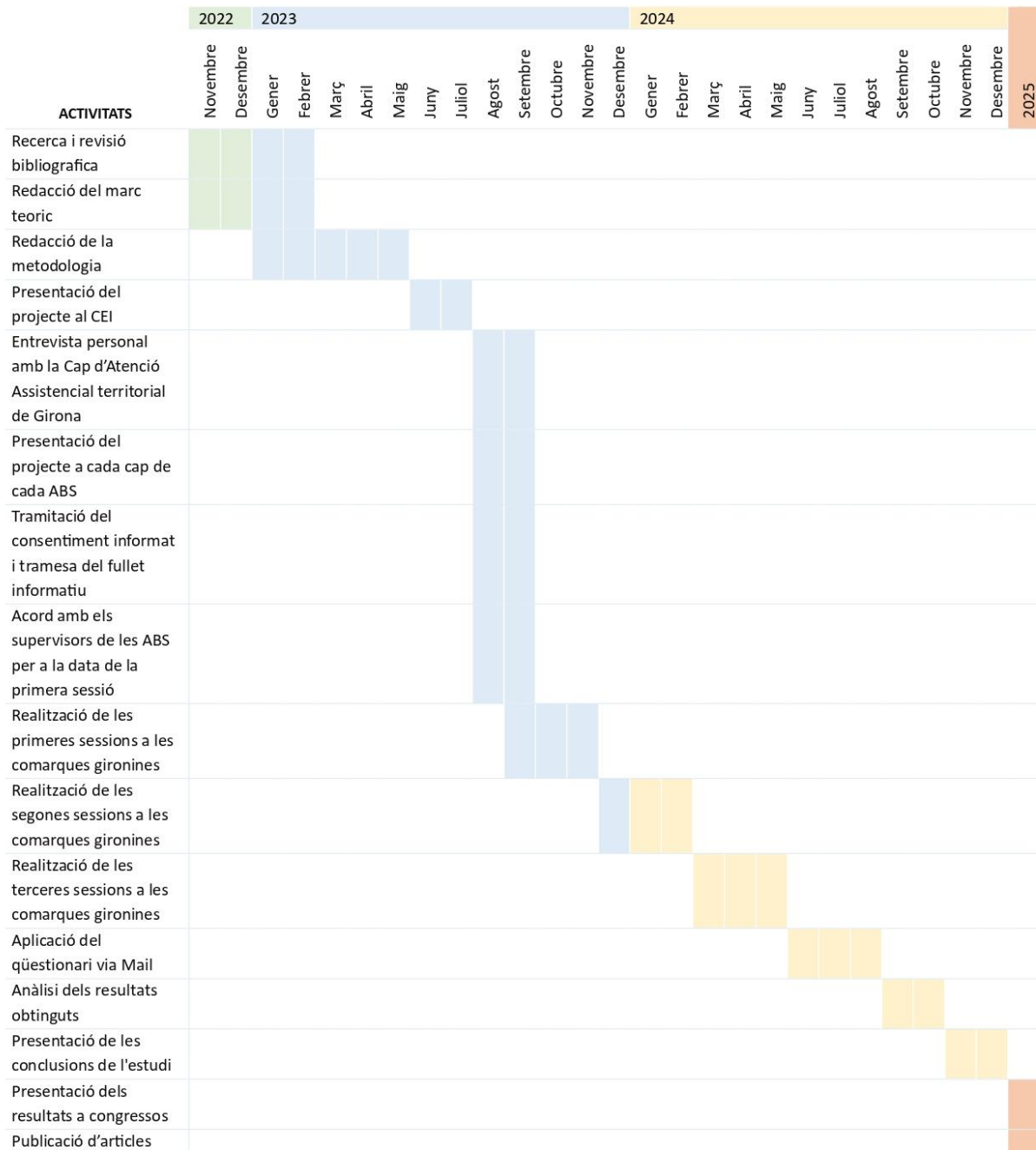
6.10. CONSIDERACIONS ÈTIQUES

L'investigació es regirà pels principis ètics establerts en la Declaració de Helsinki ⁽³⁸⁾, la qual inclou el consentiment informat dels participants (*Annex 19*), la confidencialitat i l'anonimat de les dades recollides, i la garantia que els participants no pateixin cap mena de dany durant el desenvolupament de l'estudi.

A més, es garantirà la conformitat amb la Llei Orgànica 3/2018, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals, la qual estipula la protecció dels drets i llibertats fonamentals de les persones físiques, especialment pel que fa a la seva privacitat i protecció de dades personals.

Es sol·licitarà l'aprovació del Comitè Ètic d'Investigació de l'Institut IDIAP Jordi Gol amb una carta de presentació (*Annex 23*), per tal de garantir el compliment de tots els requisits ètics i legals pertinents.

7. CRONOGRAMA



8. PRESSUPOST

El pressupost de l'estudi inclourà els costos de l'impremta dels qüestionaris AD-HOC, la realització de la sessió de formació i les despeses de la difusió dels resultats. Aquests es poden observar a la taula 7.

Taula 7: Pressupostos

Despeses materials	Quantitat	Preu / Unitat	Total
Programa estadístic SPSS versió 24.0	1	Gratuit (Llicència UdG)	0 €
Impremta Qüestionaris	Pre: 100 x 4 pàg. Post: 100 x 4 pàg.	0.04 €	32 €
Impremta Full Informatiu	100 x 1 pàg.	0.04 €	4 €
Impremta Consentiment Informat	100 x 1 pàg.	0.04 €	4 €
Bolígrafs	10	0,30 €	3 €
Subtotal			43 €

Recursos humans	Hores	Preu / Hora	Total
Persona experta en MGF per realització de formació	1h x Sessió (3 sessions x 7 comarques)	50€	1050 €
Subtotal			1050 €

Difusió dels resultats	Unitats	Preu / Unitat	Total
Inscripció a congrés	1	300 €	300 €
Traducció articles a l'anglès	1	600 €	600 €
Subtotal			900 €

RECOMPTE	
Subtotal despeses materials	43 €
Subtotal recursos humans	1050 €
Subtotal difusió dels resultats	900 €
Total	1993 €

9. LIMITACIONS

Les limitacions de l'estudi podrien incloure la possible falta de generalització dels resultats a altres àrees geogràfiques, la possible falta de participació de totes les infermeres pediàtriques de les ABS de la Regió Sanitària de Girona, així com la pèrdua de seguiment de les participants en l'enquesta post 3 mesos d'intervenció i, també, la dificultat d'establir una relació de causalitat entre la sessió de formació i els canvis en el coneixement i actituds cap a la prevenció i detecció de la MGF.

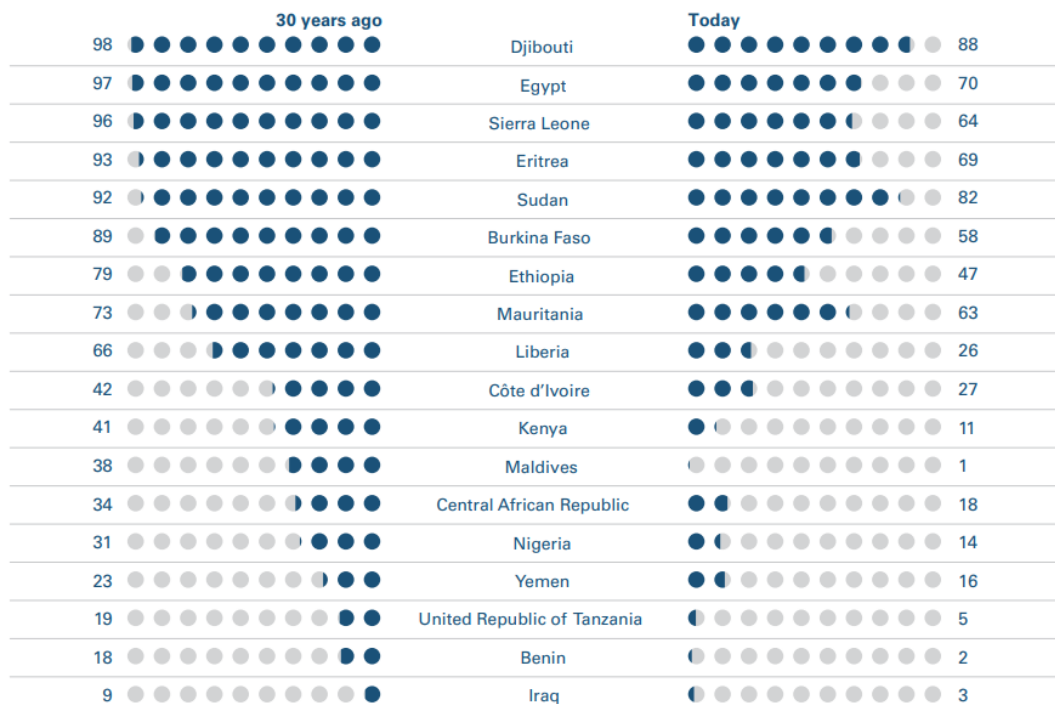
10. IMPLICACIONS CLÍNiques I SOCIALS

Els resultats de l'estudi poden contribuir a millorar el coneixement i les actituds de les infermeres pediàtriques en relació amb la prevenció i detecció de la MGF, així com en la posada en pràctica del protocol vigent a Catalunya. Això, a la seva vegada, pot tenir un impacte positiu en la salut i el benestar de les pacients femenines menors de 16 anys que estan en risc de ser sotmeses a aquesta pràctica nociva.

ANNEXOS

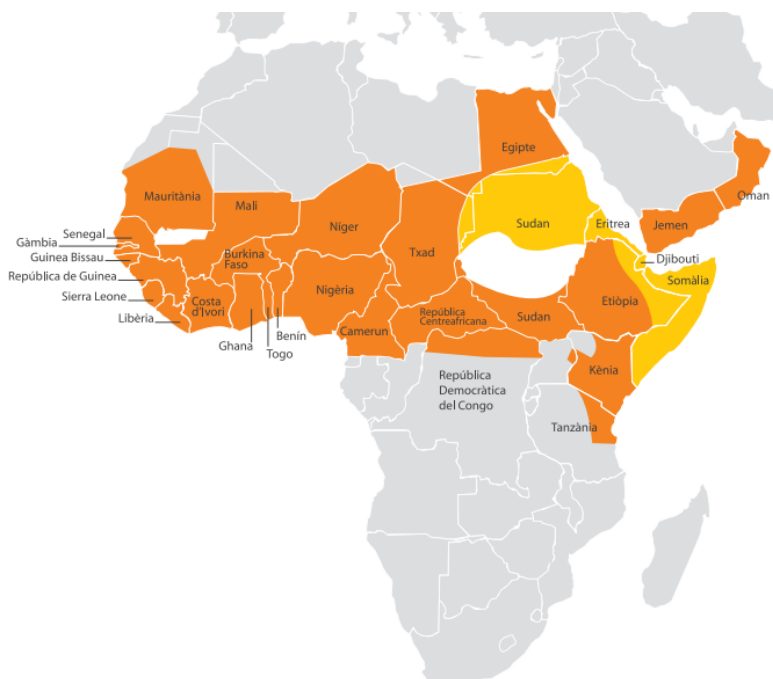
Annex 1

Percentatge d'adolescents de 15 a 19 anys que han patit MGF, en països amb un descens ⁽¹⁶⁾



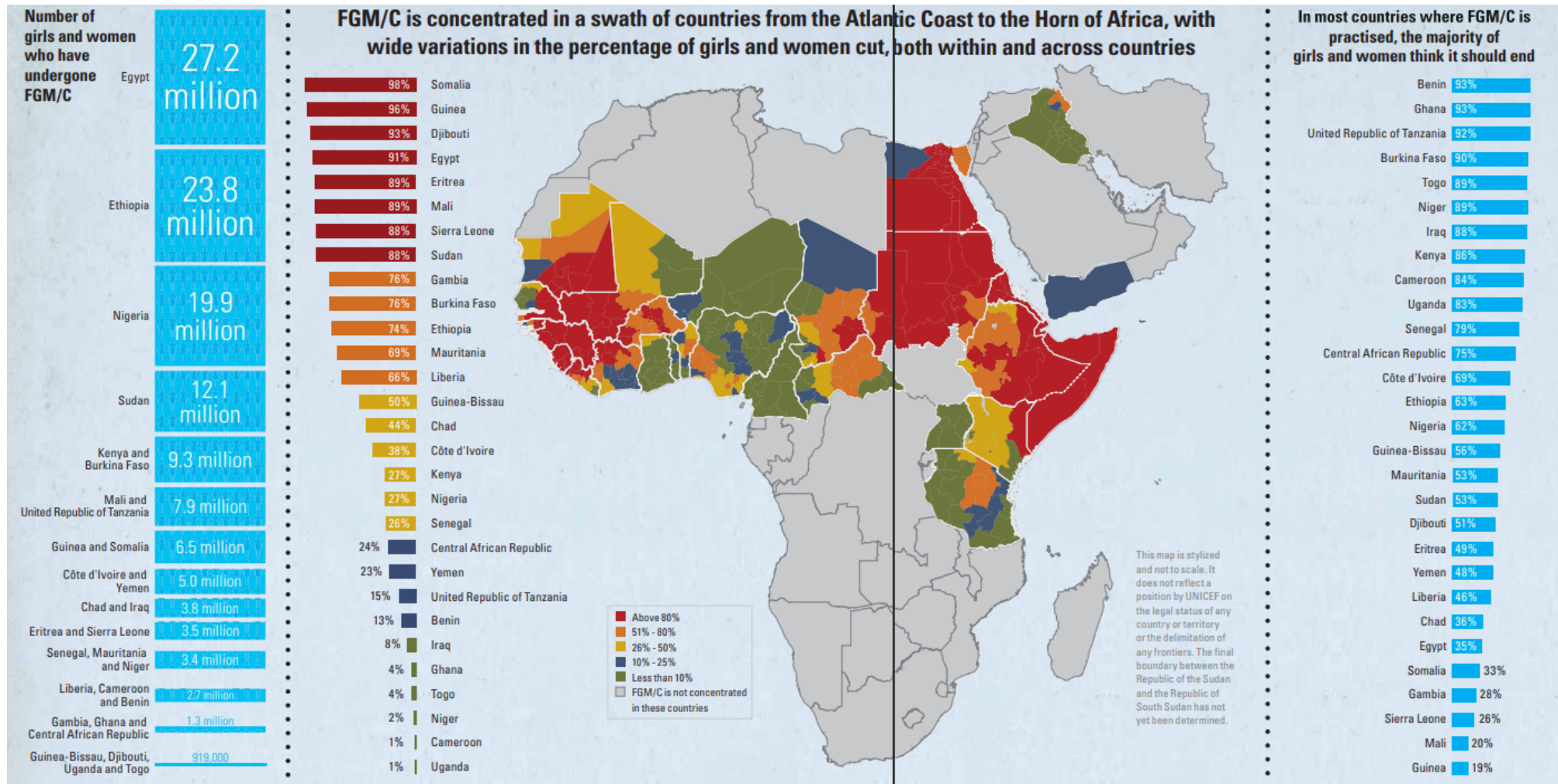
Annex 2

Tipus de MGF (taronja tipus I i II, groc tipus III) ⁽¹¹⁾



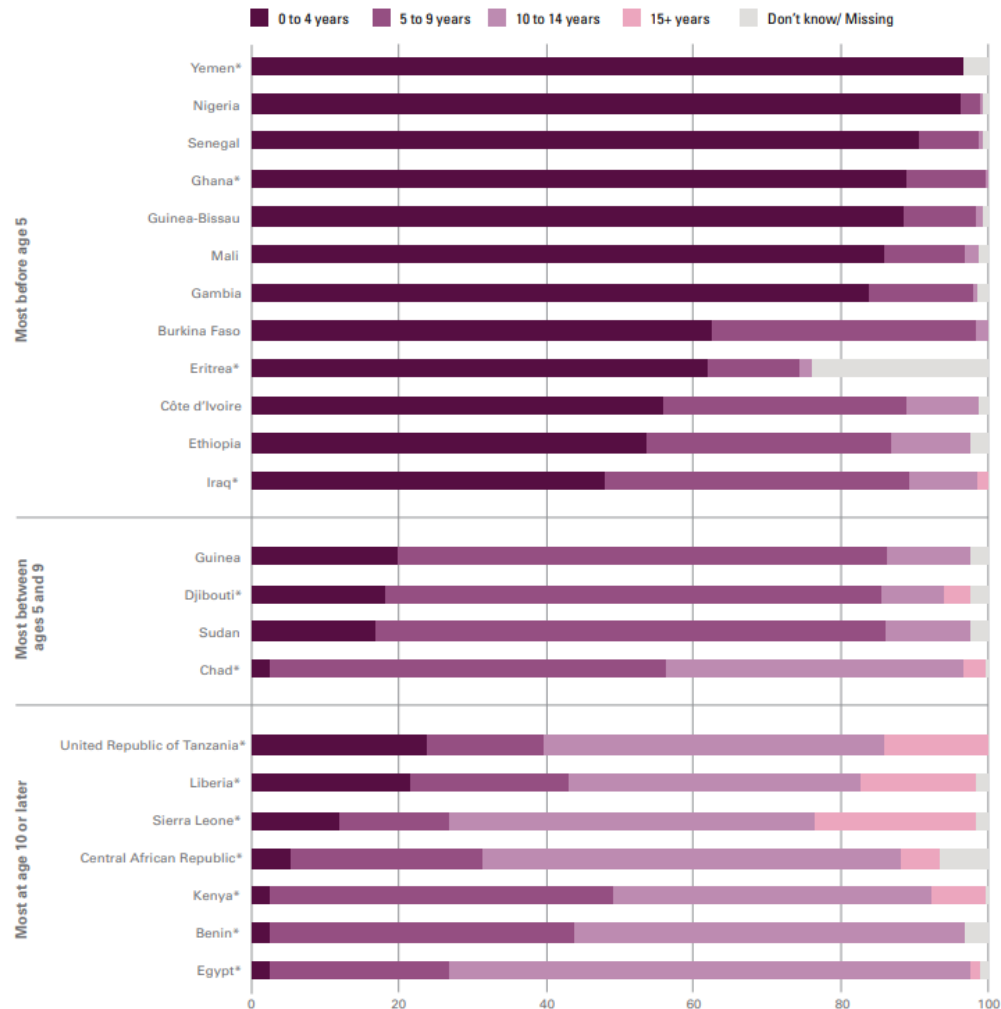
Annex 3

Percentatge de nenes de 15 a 19 anys que han patit MGF ⁽¹³⁾



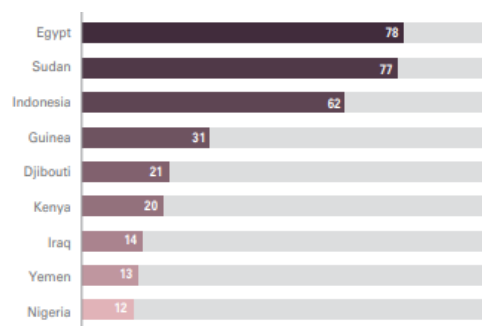
Annex 4

Percentatge de noies de 10 a 14 anys (o de 15 a 19 anys*) que s'han sotmès a MGF, per edat a la realització de la MGF ⁽¹⁶⁾



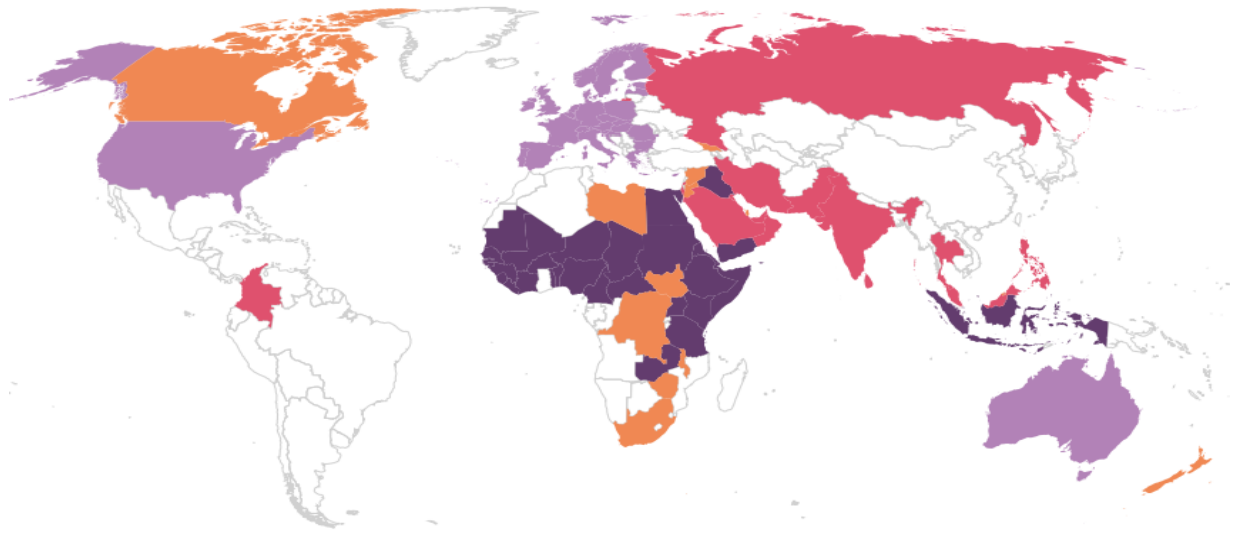
Annex 5

Els països amb el percentatge de nenes de 0 a 14 anys que es van sotmetre a MGF realitzada per professionals de la salut ⁽¹⁶⁾



Annex 6

La presència global de la MGF segons la categoria de disponibilitat de dades ⁽¹⁹⁾



Categoria 1: Països amb enquestes representatives a nivell nacional.

Categoria 3: Països amb estudis a petita escala sobre MGF.

Categoria 2: Països amb estimacions indirectes sobre MGF.

Categoria 4: Països on els informes dels mitjans de comunicació i evidència anecdòtica fan referència a l'aparició de MGF.

Annex 7

Població femenina segons comunitat autònoma de residència i país d'origen el 2021 ⁽¹⁴⁾

	Senegal	Nigèria	Ghana	Gàmbia	Malí	Guinea	Mauritània	Camèrun	Egipte	Etiòpia	Otros	Total
Cataluña	6.751	3.287	2.594	4.515	1.902	1.693	356	720	673	532	1.853	24.876
Madrid, Comunidad de	1.167	3.743	275	78	275	582	113	565	474	326	2.046	9.644
Andalucía	2.423	1.971	606	145	470	273	311	208	266	160	2.078	8.911
Comunitat Valenciana	1.264	2.022	169	111	333	314	162	232	248	151	954	5.960
País Vasco	1.167	2.496	331	57	263	161	355	345	36	71	661	5.943
Canarias	1.617	682	170	68	81	324	1.259	51	41	47	658	4.998
Aragón	1.073	475	917	679	494	530	99	149	44	28	328	4.816
Balears, Illes	1.528	1.169	143	50	198	130	82	86	49	31	242	3.708
Múrcia, Región de	541	569	382	53	226	82	33	38	27	69	218	2.238
Navarra, Comunidad de	411	858	223	9	101	92	37	86	28	18	142	2.005
Galícia	745	351	113	18	20	56	49	51	27	301	203	1.934
Castilla-La Mancha	243	636	62	29	290	71	39	82	58	73	259	1.842
Castilla y León	323	187	120	60	94	52	24	50	34	51	318	1.313
Astúries, Principado de	331	191	27	-	5	33	23	19	34	25	100	790
Cantàbria	155	117	13	-	-	13	9	116	6	35	67	536
Rioja, La	-	61	103	19	65	76	-	26	16	16	107	527
Extremadura	46	-	-	-	7	-	6	-	-	-	90	216
Ceuta y Melilla	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	14	25
Total general	19.823	18.846	6.251	5.899	4.829	4.488	2.059	2.836	2.065	1.948	10.338	80.282

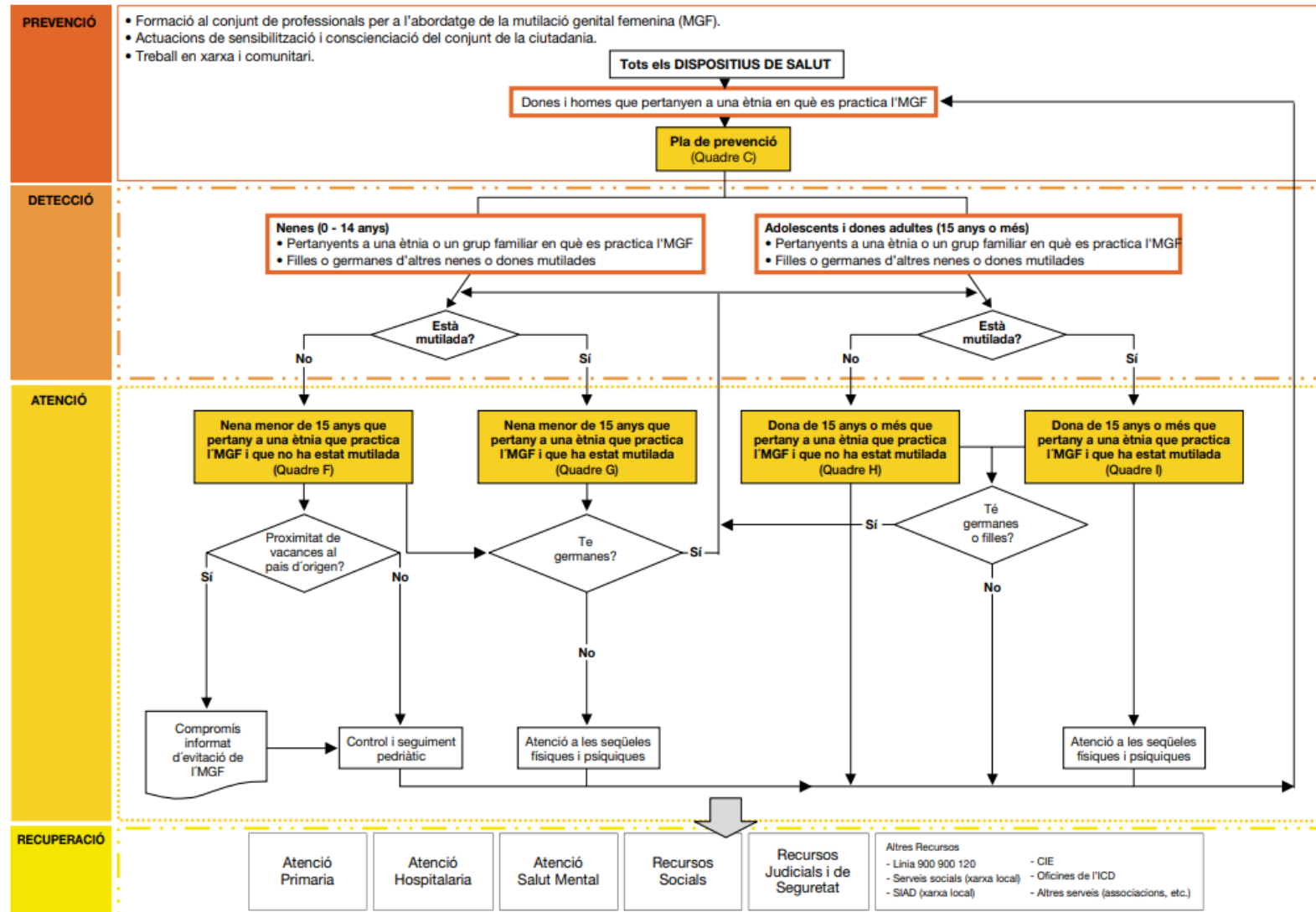
Annex 8

Municipis amb més població femenina amb MGF de 0 a 14 anys a Catalunya, 2021. Set principals països d'origens de la comunitat autònoma (municipis amb més de 25 nenes) ⁽¹⁴⁾

	Senegal	Gàmbia	Malí	Nigèria	Ghana	Guinea	Etiòpia	Otros	Total
Vic	46	-	13	95	250	-	0	8	417
Barcelona	58	6	25	111	33	24	58	97	412
Lleida	82	27	59	66	-	42	-	50	350
Salt	42	121	69	45	40	8	0	14	339
Mataró	121	85	55	-	-	19	-	7	293
Sabadell	43	48	42	36	14	45	8	26	262
Terrassa	142	7	7	14	-	-	-	6	184
Tarragona	43	6	6	53	33	-	-	13	159
Girona	34	60	15	-	15	9	-	19	159
Granollers	100	23	14	-	0	6	-	10	156
Hospitalet de Llobregat (L')	16	-	18	63	8	-	-	24	139
Martorell	22	-	7	23	56	-	0	1	113
Figueres	54	33	-	11	0	7	-	1	110
Cervera	22	14	53	0	-	-	-	13	105
Manresa	42	9	-	11	9	10	-	8	99
Manlleu	7	-	20	5	63	-	0	1	98

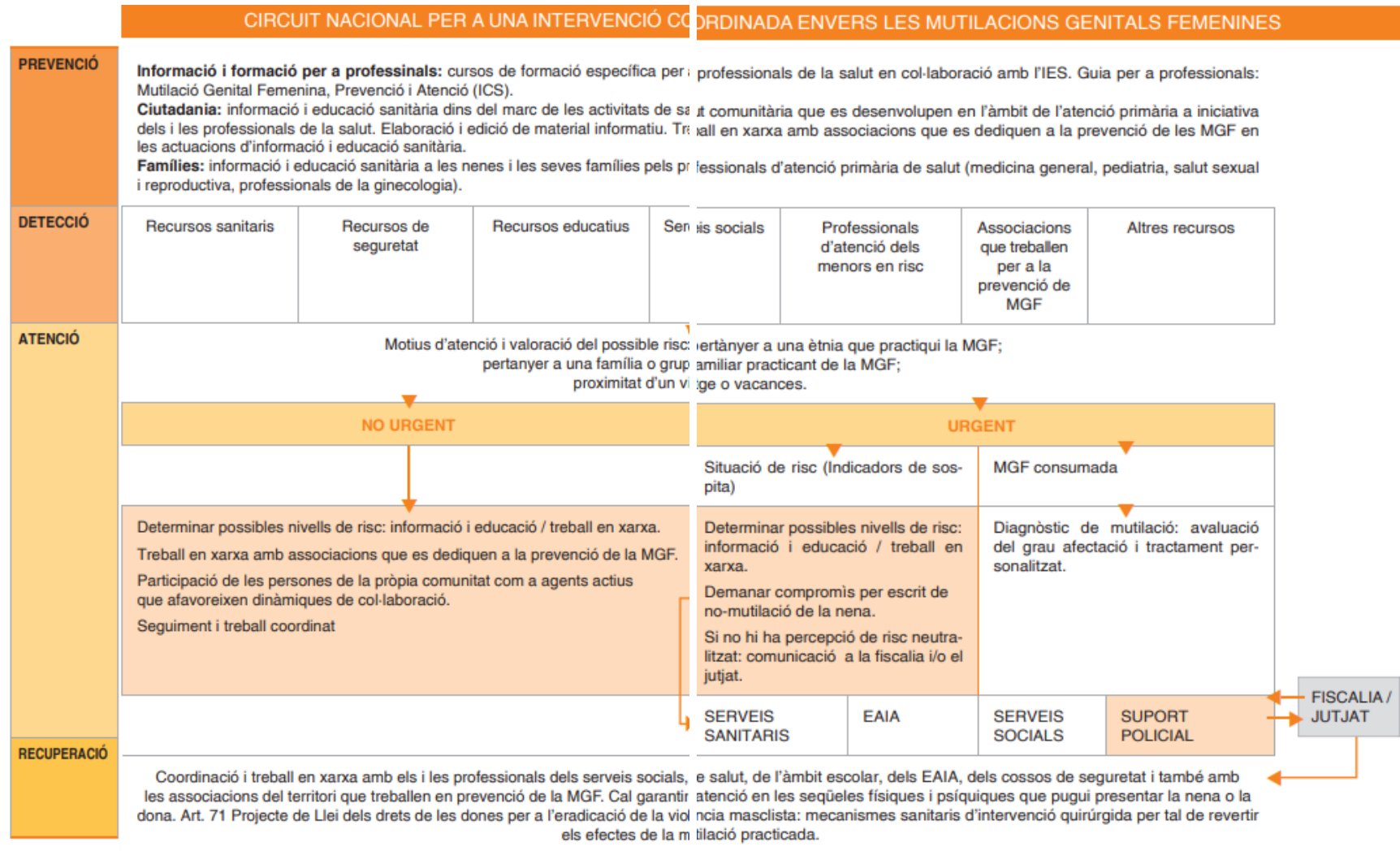
Annex 9

Diagrama d'actuació en els serveis sanitaris per a una intervenció coordinada en l'abordatge de la MGF ⁽³³⁾



Annex 10

Circuit nacional per a una intervenció coordinada envers les MGF ⁽¹¹⁾



Annex 11

Compromís preventiu:

La Carta de compromís preventiu va ser dissenyada per la Dra. Adriana Kaplan el 1998 com a eina de suport als pares i mares en els viatges als seus països d'origen. És un element de suport en la decisió de no practicar la MGF a les seves filles, descarregant a la família de les pressions de l'entorn familiar d'origen i evitant qüestionar l'autoritat dels seus ancians⁽²¹⁾.

Es tracta d'una eina més, a l'abast dels professionals d'atenció primària, en el procés d'abordatge de la MGF i ha de gaudir del mateix grau de protecció i confidencialitat que la resta de documentació que forma part de la Història Clínica⁽⁸⁾.

La signatura d'un compromís preventiu no ha de ser mai el primer element de contacte entre el personal sanitari i les famílies de nenes en risc de patir una MGF. L'obtenció d'aquest compromís serà la culminació d'un procés que garanteixi que els pares i mares han rebut la informació que els permeti prendre una decisió i posicionar-se en relació al problema, amb respecte, autonomia i coneixement de l'entorn legal del país d'acollida i del d'origen. Aquest procés ha d'assegurar la presència dels següents elements⁽⁸⁾:

1. Identificació, per part dels sanitaris, d'una situació de risc.
2. Coneixement de l'entorn familiar de les nenes.
3. Aproximació als aspectes culturals i ètnics.
4. Identificació d'actituds del pare i/o la mare (almenys un d'ells) front les MGF.
5. Assegurar una bona comprensió idiomàtica.
6. Informació als pares i/o mares de:
 - a. Riscos i problemes físics, psico-afectius i legals associats a la pràctica d'una MGF
 - b. Alternatives possibles a la MGF
 - c. Pla d'intervenció abans i després del viatge al país d'origen
7. S'elaborarà un registre que permeti identificar el nombre d'intervencions realitzades i el resultat, amb un seguiment periòdic del cas.

L'obtenció del compromís preventiu no exclou ni substitueix les altres mesures judicials a prendre en cas d'existir una situació d'elevat risc, amb un posicionament ferm de la família a realitzar la MGF a les filles⁽⁸⁾.

Compromís informat d'evitació de la mutilació genital femenina

Dades de la nena

Cognoms i nom	NIF /passaport	Edat
Data de naixement	Lloc de naixement	Nacionalitat
Adreça		
Codi Postal	Població	Telèfon

Dades de la persona responsable de la nena

Cognoms i nom	NIF	Vinculació pare <input type="checkbox"/> mare <input type="checkbox"/> tutor legal <input type="checkbox"/>
Data de naixement	Lloc de naixement	Nacionalitat
Adreça		
Codi Postal	Població	Telèfon

Dades del/de la metge/metgessa que atén a la nena

Cognoms i nom	NIF
Núm. de col·legiat/ada	Centre

Marc legal de la mutilació genital femenina a l'Estat espanyol

La mutilació genital femenina es considera un atemptat contra els Drets humans i està associada a riscos socio-sanitaris i psicològics.

A l'Estat espanyol, aquesta intervenció es considera un delictes de lesions en l'article 149.2 del Codi penal, encara que l'operació s'hagi dut a terme fora del país (per exemple a Gàmbia, Senegal, Mali, etc.), segons la modificació de la Llei orgànica del poder judicial 3/2005.

La pena de presó és de 6 anys a 12 anys per als pares o responsables, la retirada de la pàtria potestat i la possibilitat de l'ingrés de la nena en un centre de protecció de menors.

Associacions contra la mutilació genital femenina en els països en què es practica

País	Nom de l'associació	Telèfon

Declaracions

Certificació del/de la metge/metgessa sobre les dades mèdiques de la nena

Certifico que la nena referida a la pàgina anterior és una nena sana, que ha seguit els controls establerts en el "Protocol del nen sa" i que se li han administrat les vacunes corresponents per a la seva edat.

He comprovat que els seus genitals estan íntegres i no presenten cap lesió.

Declaració del/de la metge/metgessa quant a la informació a la persona responsable de la nena

Declaro haver informat la persona responsable de la nena referida a la pàgina anterior, dels aspectes següents relatius a la mutilació genital femenina i a la cura de la seva salut.

- Marc legal de la mutilació genital femenina a l'estat espanyol (segons l'apartat referit en la pàgina anterior).
 - Associacions contra la mutilació genital femenina en els països en què es practica (segons l'apartat referit en la pàgina anterior).
 - Compromís de demanar hora per a una revisió general de salut, immediatament després de la tornada de les vacances que es facin en el país d'origen de la família.
 - Compromís de facilitar a la nena la medicació que se li ha subministrat per prevenir la malària durant les vacances en el país d'origen de la família i quantitats importants d'aigua, bullida prèviament o embotellada.
-

Compromís informat de la persona responsable de la nena

Declaro haver estat informat, pel metge o la metgessa que atén la meua filla/la nena de qui sóc responsable, dels diversos aspectes relatius a la mutilació genital femenina i a la cura de la seva salut, especificats a l'apartat anterior.

Considero que he entès el propòsit, l'abast i les conseqüències legals d'aquestes explicacions.

Em comprometo a tenir la cura de la salut de la meua filla/de la nena de qui sóc responsable a evitar la seva mutilació genital.

I perquè consti llegeixo i signo l'original d'aquest compromís informat, per duplicat, del qual em quedo una còpia.

Signatures

Signatura dels pares/de la persona responsable de la nena

Signatura del/de la metge/ metgessa que l'atén

Lloc i data, _____

Annex 12

Actuació policial. Dades de violència masclista en els àmbits social o comunitari relacionats amb la MGF. Unitat de Suport a l'atenció de Víctimes ⁽²¹⁾

Regions policials	Nenes ateses											Total
	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	
Girona	89	27	15	8	13	9	6	8	8	3	3	189
Central	2	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	4
Ponent	2	0	6	1	1	2	1	3	1	1	1	19
Pirineu Occidental	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	3
Metropolitana Nord	17	18	3	18	15	22	14	6	3	2	5	123
Metropolitana Sud	1	8	1	9	1	1	1	0	0	1	1	24
Metropolitana Barcelona	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	3
Camp de Tarragona	0	0	1	0	0	0	2	5	1	0	2	11
Les Terres de l'Ebre	0	2	0	0	0	0	0	0	1	1	0	4
Total	114	55	28	36	31	35	24	22	14	9	12	380

Annex 13

Casos de MGF reals que han arribat a sentència judicial a Catalunya ⁽²¹⁾ :

El 2012 a Premià de Mar, el 2013 a Vilanova i la Geltrú, el 2014 a Lloret de Mar, el 2015 a Valls i el 2018 a Tortosa. Pel que fa al cas de Vilanova i la Geltrú, es dona així:

Aquest és un cas de MGF que fa referència a la detecció de mutilació en dues nenes residents a Espanya i nascudes a Gàmbia. Els pares, originaris de Gàmbia, van ser condemnats a 12 anys de presó cadascun per la realització de la MGF a les seves filles en el supòsit de fer-ho en territori espanyol entre el 5 de juliol de 2010 i el 20 de gener de 2011.

La mare va ser informada sobre la il·legalitat de la MGF i l'obligació d'informar a les autoritats si les nenes surtien d'Espanya, però no ho va fer. El 2007 viatgen a Gàmbia amb les seves filles i es queden fins al 2009.

El 2010, les menors van ser revisades per professionals de la salut i es van declarar íntegres, encara que les professionals van notar resistència de la mare i gran rebuig de les nenes a ser revisades. Sis mesos després, es va detectar l'alteració dels genitals externs en una altra visita amb diferents professionals. La sentència es va basar en l'informe dels pèrits mèdics, que van determinar que la mutilació havia passat a territori espanyol i no a Gàmbia. Si s'hi hagués sentenciat amb base en les afirmacions del pare i la mare de la família, que sempre van sostenir que la pràctica de la MGF es va dur a terme al país d'origen, hauria estat difícil provar l'autoria dels fets i possiblement s'hauria absolt el cas. Però no va ser així i el 14 de desembre del 2012 se suprimeix l'exercici de la potestat i els drets inherents dels pares.

La filla gran va explicar posteriorment que la MGF havia estat realitzada a Gàmbia (tal com havien afirmat els seus pares a la sentència) i volia saber què li havien fet, ja que durant totes les revisions i el procés judicial, li havien dit coses diferents i desconeixia la tipologia i les conseqüències que podia arribar a tenir.

Aquest cas evidencia que la menor és doblement víctima: de la tradició i de la llei, a més de visibilitzar que el protocol tampoc no actua en el nivell de «recuperació». A més, evidencia que la detecció de la MGF va resultar complicada per als professionals a causa de la manca de formació en el tema. Això destaca la importància de la formació de MGF per als professionals de la salut i la necessitat d'implementar mesures de prevenció i detecció primerenca en la lluita contra aquesta pràctica.

Annex 14

Comarques Gironines	ABS	CAP i CL	Infermes pediàtriques
Alt Empordà	Bàscara	CAP Bàscara	1
		CL Garrigàs	0
		CL Palau de Santa Eulàlia	0
		CL Pontós	0
		CL Sant Miquel de Fluvià	0
		CL Camallera	0
	Equip d'AP Penitenciari Figueres		0
	Figueres	CAP Ernest Lluch	0
		CAP Josep Masdevall Terrades	7
		CL Marca de l'Ham	0
		CL Vilatenim	0
		CL Fortià	0
		CL Riumors	0
		CL El Far d'Empordà	0
		CL Vila-Sacra	0
	La Jonquera	CAP Doctor Subirós	1
		CL Agullana	0
		CL Biure d'Empordà	0
		CL Boadella d'Empordà	0
		CL Cantallops	0
		CL Capmany	0
		CL Darnius	0
		CL Les Escaules	0
		CL Maçanet de Cabrenys	0
		CL Pont de Molins	0
		CL la Vajol	0
	Llançà	CAP Llançà	1
		CL Port de la Selva	0
		CL Portbou	0

		CL La Selva de Mar	0
		CL Colera	0
	Roses	CAP Roses	3
		CAP Cadaqués	1
		CAP Castelló	2
		CL Empuriabrava	0
		CL Palau Saverdera	0
		CL Pau	0
	Vilafant	CAP Vilafant	2
		CL Vilafant poble	0
		CL Albanyà	0
		CL Avinyonet de Puigventós	0
		CL Borrassà	0
		CL Cistella	0
		CL Lladó	0
		CL Llers	0
		CL Navata	0
		CL Ordis	0
		CL St. Llorenç de la Muga	0
		CL Santa Llogaia d'Àlguema	0
		CL Siurana	0
		CL Terrades	0
		CL Vilamalla	0
		CL Vilanant	0
Baix Empordà	Sant Feliu de Guíxols	CAP Sant Feliu de Guíxols	3
		CAP Platja d'Aro	1
		CL Castell d'Aro	0
		CL Santa Cristina d'Aro	1
Garrotxa	Besalú	CAP Besalú	1
		CL Argelaguer	0
		CL Maià de Montcal	0
		CL Montagut	0
		CL Sant Jaume Llierca	0

		CL Tortellà	0
	Olot	CAP Garrotxa	5
		CL Olot Nord	0
		CL Les Preses	0
		CL Santa Pau	0
		CL Can Blanch	0
Gironès	Cassà de la Selva	CAP Cassà de la Selva	3
		CAP Dr. Gerard Masllorens	2
		CL Llagostera	0
		CL Campllong	0
		CL Lambilles	0
		CL Quart	0
		CL Riudellots de la Selva	0
	Can Gibert del Pla	CAP Can Gibert del Pla	5
	Celrà	CAP Celrà	2
		CL Bordils	0
		CL Madremanya	0
		CL Flacà	0
		CL La Pera	0
		CL Sant Joan de Mollet	0
	Montilivi/Vila-Roja	CAP Montilivi	3
		CAP Vila-Roja	1
	Salt	CAP Jordi Nadal i Fàbregas	3
		CAP Alfons Moré i Paretas	3
		CL Aiguaviva	0
		CL Bescanó	1
		CL Fornells de la Selva	1
		CL Vilablareix	0
	Santa Clara	CAP Santa Clara	3
	Sarrià de Ter	CAP Sarrià de Ter	2
		CL Pont Major	0
		CL Medinyà	0
		CL Cervià de Ter	0
		CL Sant Jordi Desvalls	0

		CL Viladesens	0
		CL Colomers	0
	Taialà	CAP Joan Vilaplana	2
		CL Llémèna de Sant Gregori	0
		CL Canet d'Adri	0
		CL Sant Esteve de Llémèna	0
Pla de l'Estany	Banyoles	CAP Banyoles	5
		CL Porqueres	0
		CL Fontcoberta	0
		CL Serinyà	0
		CL Mieres	0
		CL Conellà del Terri	0
		CL Crespià	0
		CL Palol de Revardit	0
		CL Esponellà	0
Ripollès	Camprodón	CAP Camprodon	1
		CL Molló	0
		CL Setcases	0
		CL Lanars	0
		CL Sant Pau de Segúries	0
		CL Vilallonga de Ter	0
	Ripoll	CAP Ripoll	2
		CL Sant Joan de les Abadesses	0
		CL Vallfonga	0
		CL Ogassa	0
Selva	Anglés	CAP Dr. Ramon Vinyes	2
		CL Amer	0
		CL Osor	0
		CL La Celler de Ter	0
		CL Bonmatí	0
	Arbúcies i Sant Hilari	CAP Arbúcies	1
		CAP Sant Hilari Sacalm	1
	Breda i Hostalric	CAP Breda	1

	CAP Hostalric	1
	CL Riells i Viabrea	0
	CL Massanes	0
Blanes	CAP Blanes centre	2
	CAP Blanes 2	3
Canet de Mar	CAP Canet de Mar	2
	CL Sant Pol de Mar	1
	CL Sant Iscle de Vallalta	0
	CL Sant Cebrià de Vallata	0
Pineda de Mar	CAP Pineda de Mar	0
	CL Poblenou	4
	CL Santa Susana	0
Santa Coloma de Farners	CAP La Selva Santa Coloma de Farners	2
	CL Vilobí d'Onyar	1
Sils/Vidreres/Maçanet de la Selva	CAP Sils	1
	CAP Vidreres	1
	CL Riudarenes	0
	CAP Maçanet de la Selva	1
Tordera	CAP Tordera	3
	CL Fogars de la Selva	0
TOTAL		93

Annex 15

MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA (PRE-INTERVENCIÓ)

IDENTIFICADOR

(data de naixement + última lletra de DNI): 00 / 00 / 0000 Z

SEXE: Masculí Femení Intersexe

GÈNERE: Home Dona No binari

EDAT: _____ anys

CAP/CL: _____

FORMACIÓ: Diplomant/Graduat en Infermeria Màster de: _____ Postgrau de: _____ Altres: _____

Has tingut algun tipus de formació en MGF abans d'aquests últims 6 mesos? Sí Quina? _____
 No

Quants anys d'experiència tens com a infermera pediàtrica d'AP? _____ anys

T'has trobat mai en la situació d'atendre a una nena que li han efectuat MGF? Sí Quants cops? _____
 No

Has sospitat mai d'una possible futura MGF a una nena que hagi atés? Sí Quantes vegades? _____
 No

Has posat mai en pràctica el Protocol d'Actuació per Prevenir la MGF? Sí Quants cops? _____
 No

Com descriuries el teu nivell de coneixement sobre la MGF?

1 Molt baix 2 Baix 3 Mitjà 4 Alt 5 Molt alt

En quina mesura et sents capacitada per prevenir, detectar i atendre casos de mutilació genital femenina a la teva pràctica com a infermera pediàtrica?

1 Gens capacitada 2 Poc capacitada 3 Moderadament capacitada 4 Bastant capacitada 5 Molt capacitada

MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA (PRE-INTERVENCIÓ)

TEST DE CONEIXEMENTS

(1p per pregunta)

1. Quina és la definició de la MGF?

- Qualsevol procediment que involucri l'eliminació parcial o total dels genitals externs femenins
- Qualsevol procediment que involucri l'eliminació parcial o total dels genitals interns femenins
- Qualsevol procediment que involucri l'eliminació total dels genitals externs femenins
- Qualsevol procediment que involucri l'eliminació parcial o total dels genitals externs i interns femenins

2. Quin és el principal factor que porta a la MGF?

- Motius culturals
- Motius religiosos
- Motius econòmics
- Motius sexuals

3. Quin tipus de MGF és la resecció del clítoris amb prepuci (clitoridectomia)?

- Tipus I
- Tipus II
- Tipus III
- Tipus IV

4. Quines són les complicacions més comunes de la MGF?

- Infeccions, hemorràgies, dolor, la mort
- Infertilitat, problemes urinaris i ginecològics i complicacions en el part
- Disfunció sexual i problemes psicològics
- Totes les anteriors

5. Quin dels països africans, d'entre els més comuns en la migració cap a Espanya, té la taxa més alta de prevalença de la MGF?

- Senegal
- Gambia
- Guinea
- Mali

MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA (PRE-INTERVENCIÓ)

TEST DE CONEIXEMENTS (1p per pregunta)

6. Quina llei catalana prohibeix la MGF?

- La Llei Orgànica 11/2003, de Mesures Concretes en Matèria de Seguretat Ciutadana, Violència Domèstica i Integració Social dels Estrangers
- La Llei 17/2020, del 22 de desembre, del dret de les dones a eradicar la violència masclista
- La Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència
- Cap de les anteriors

7. És la MGF una forma de violència masclista?

- Sí
- No

8. Quin és el protocol d'actuació a Catalunya en cas de sospita de MGF?

- Determinar el nivell de risc, sensibilitzar a la família, fer seguiment, demanar compromís informat i comunicar el cas als Mossos d'Esquadra
- Determinar el nivell de risc, sensibilitzar a la família, fer seguiment, demanar compromís informat i notificar-ho a serveis sanitaris i EAIA
- Determinar el nivell de risc, sensibilitzar a la família, fer seguiment, demanar compromís informat i notificar-ho a serveis socials.
- No es pot fer res si encara no ha estat consumada la MGF.

9. Qui està obligat a denunciar la MGF a Catalunya?

- Els professionals sanitaris
- Els professionals de serveis socials
- Els docents
- Tots els anteriors

10. Quina és la pena per als responsables de la MGF segons la llei espanyola?

- De 6 a 12 mesos de presó
- D'1 a 2 anys de presó
- De 2 a 6 anys de presó
- De 6 a 12 anys de presó

11. Quin dels següents NO és un efecte físic immediat de la MGF a les nenes?

- Dolor intens i hemorràgia abundant
- Septicèmia
- Risc d'infeccions urinàries recurrents.
- Esquinços i fístules

12. Segons el Protocol de MGF de Catalunya, quins NO són indicis de sospita de risc de MGF?

- Planificació d'un viatge al país d'origen.
- Pertànyer a una família o ètnia que practica la MGF
- Filla o germana d'altres nenes o dones mutilades
- Blaus i senyals pel cos de la nena

13. A quin nivell d'actuació del protocol de MGF es recomana als professionals l'utilització del compromís preventiu?

- Nivell 1: Prevenció
- Nivell 2: Detecció
- Nivell 3: No Urgent
- Nivell 4: Urgent

14. Quin dels següents enfocaments és utilitzat sovint per justificar la MGF des d'una perspectiva cultural?

- Protecció de la salut i la higiene femenina.
- Promoció de la igualtat de gènere i l'empoderament
- Preservació de la identitat cultural i la tradició.
- Tots els anteriors

15. Quin és un dels efectes adversos a llarg termini de la MGF a les dones?

- Major probabilitat de desenvolupar càncer de mama
- Augment de la resistència a malalties infeccioses
- Major risc de complicacions durant el part
- Alteració de la funció endocrina i hormonal

Annex 16

MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA (POST-INTERVENCIÓ)

IDENTIFICADOR

(data de naixement + última lletra de DNI): 00 / 00 / 0000 Z

A continuació, hi han 6 preguntes en relació a la intervenció realitzada durant aquestes últimes setmanes. Es valoraran els coneixements rebuts, la teva percepció davant la MGF i la teva satisfacció amb la intervenció educativa. Posteriorment, se't presenta de nou el test de coneixements.

Què has après sobre la MGF a través de la intervenció educativa?

- | | | | | |
|------------|-------------------------|----------------------|--|--------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Res de nou | He après coses bàsiques | He après coses útils | He après coses interessants i molt útils | He après coses avançades |

Creus que la intervenció educativa ha millorat el teu nivell de coneixement sobre la MGF?

- | | | | | |
|----|----------|---------|------|------------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| No | Una mica | Bastant | Molt | Ha millorat enormament |

Després de la intervenció, com descriuries el teu nivell de coneixement sobre la MGF?

- | | | | | |
|-----------|------|-------|-----|----------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Molt baix | Baix | Mitjà | Alt | Molt alt |

Creus que la intervenció educativa ha millorat la teva percepció sobre el teu paper en la prevenció i detecció de la MGF?

- | | | | | |
|----|----------|---------|------|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| No | Una mica | Bastant | Molt | He tingut una gran presa de consciència sobre el meu paper en la prevenció i detecció |

Després de la intervenció, en quina mesura et sents capacitat/da per prevenir, detectar i atendre casos de MGF a la teva pràctica com a infermer/a pediàtric/a?

- | | | | | |
|-------------------|------------------|---------------------------|----------------------|-------------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Gens capacitat/da | Poc capacitat/da | Moderadament capacitat/da | Bastant capacitat/da | Molt capacitat/da |

Com ha estat la teva satisfacció global amb la intervenció educativa sobre la MGF?

- | | | | | |
|-----------------|------------|------------|----------|---------------|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Molt insatisfet | Insatisfet | Indiferent | Satisfet | Molt satisfet |

MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA (POST-INTERVENCIÓ)

TEST DE CONEIXEMENTS

(1p per pregunta)

1. Quina és la definició de la MGF?

- Qualsevol procediment que involucri l'eliminació parcial o total dels genitals externs femenins
- Qualsevol procediment que involucri l'eliminació parcial o total dels genitals interns femenins
- Qualsevol procediment que involucri l'eliminació total dels genitals externs femenins
- Qualsevol procediment que involucri l'eliminació parcial o total dels genitals externs i interns femenins

2. Quin és el principal factor que porta a la MGF?

- Motius culturals
- Motius religiosos
- Motius econòmics
- Motius sexuals

3. Quin tipus de MGF és la resecció del clítoris amb prepuci (clitoridectomia)?

- Tipus I
- Tipus II
- Tipus III
- Tipus IV

4. Quines són les complicacions més comunes de la MGF?

- Infeccions, hemorràgies, dolor, la mort
- Infertilitat, problemes urinaris i ginecològics i complicacions en el part
- Disfunció sexual i problemes psicològics
- Totes les anteriors

5. Quin dels països africans, d'entre els més comuns en la migració cap a Espanya, té la taxa més alta de prevalença de la MGF?

- Senegal
- Gambia
- Guinea
- Mali

MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA (POST-INTERVENCIÓ)

TEST DE CONEIXEMENTS

(1p per pregunta)

6. Quina llei catalana prohibeix la MGF?

- La Llei Orgànica 11/2003, de Mesures Concretes en Matèria de Seguretat Ciutadana, Violència Domèstica i Integració Social dels Estrangers
- La Llei 17/2020, del 22 de desembre, del dret de les dones a eradicar la violència masclista
- La Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència
- Cap de les anteriors

7. És la MGF una forma de violència masclista?

- Sí
- No

8. Quin és el protocol d'actuació a Catalunya en cas de sospita de MGF?

- Determinar el nivell de risc, sensibilitzar a la família, fer seguiment, demanar compromís informat i comunicar el cas als Mossos d'Esquadra
- Determinar el nivell de risc, sensibilitzar a la família, fer seguiment, demanar compromís informat i notificar-ho a serveis sanitaris i EAIA
- Determinar el nivell de risc, sensibilitzar a la família, fer seguiment, demanar compromís informat i notificar-ho a serveis socials.
- No es pot fer res si encara no ha estat consumada la MGF.

9. Qui està obligat a denunciar la MGF a Catalunya?

- Els professionals sanitaris
- Els professionals de serveis socials
- Els docents
- Tots els anteriors

10. Quina és la pena per als responsables de la MGF segons la llei espanyola?

- De 6 a 12 mesos de presó
- D'1 a 2 anys de presó
- De 2 a 6 anys de presó
- De 6 a 12 anys de presó

11. Quin dels següents NO és un efecte físic immediat de la MGF a les nenes?

- Dolor intens i hemorràgia abundant
- Septicèmia
- Risc d'infeccions urinàries recurrents.
- Esquinços i fístules

12. Segons el Protocol de MGF de Catalunya, quins NO són indicis de sospita de risc de MGF?

- Planificació d'un viatge al país d'origen.
- Pertànyer a una família o ètnia que practica la MGF
- Filla o germana d'altres nenes o dones mutilades
- Blaus i senyals pel cos de la nena

13. A quin nivell d'actuació del protocol de MGF es recomana als professionals l'utilització del compromís preventiu?

- Nivell 1: Prevenció
- Nivell 2: Detecció
- Nivell 3: No Urgent
- Nivell 4: Urgent

14. Quin dels següents enfocaments és utilitzat sovint per justificar la MGF des d'una perspectiva cultural?

- Protecció de la salut i la higiene femenina.
- Promoció de la igualtat de gènere i l'empoderament
- Preservació de la identitat cultural i la tradició.
- Tots els anteriors

15. Quin és un dels efectes adversos a llarg termini de la MGF a les dones?

- Major probabilitat de desenvolupar càncer de mama
- Augment de la resistència a malalties infeccioses
- Major risc de complicacions durant el part
- Alteració de la funció endocrina i hormonal

Annex 17

MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA (POST 3m INTERVENCIÓ)

IDENTIFICADOR

(data de naixement + última lletra de DNI): 00 / 00 / 0000 Z

Per finalitzar l'estudi sobre els coneixements dels/de les infermers/es pediàtrics/ques sobre la MGF, se't presentarà de nou el test de coneixements per tal de valorar la retenció de coneixements adquirits a les sessions passades. Moltíssimes gràcies per participar i voler millorar el benestar de les que més ho necessiten.

TEST DE CONEIXEMENTS

(1p per pregunta)

1. Quina és la definició de la MGF?

- Qualsevol procediment que involucri l'eliminació parcial o total dels genitals externs femenins
- Qualsevol procediment que involucri l'eliminació parcial o total dels genitals interns femenins
- Qualsevol procediment que involucri l'eliminació total dels genitals externs femenins
- Qualsevol procediment que involucri l'eliminació parcial o total dels genitals externs i interns femenins

2. Quin és el principal factor que porta a la MGF?

- Motius culturals
- Motius religiosos
- Motius econòmics
- Motius sexuals

3. Quin tipus de MGF és la resecció del clítoris amb prepuci (clitoridectomia)?

- Tipus I
- Tipus II
- Tipus III
- Tipus IV

4. Quines són les complicacions més comunes de la MGF?

- Infeccions, hemorràgies, dolor, la mort
- Infertilitat, problemes urinaris i ginecològics i complicacions en el part
- Disfunció sexual i problemes psicològics
- Totes les anteriors

5. Quin dels països africans, d'entre els més comuns en la migració cap a Espanya, té la taxa més alta de prevalença de la MGF?

- Senegal
- Gambia
- Guínea
- Mali

6. Quina llei catalana prohibeix la MGF?

- La Llei Orgànica 11/2003, de Mesures Concretes en Matèria de Seguretat Ciutadana, Violència Domèstica i Integració Social dels Estrangers
- La Llei 17/2020, del 22 de desembre, del dret de les dones a eradicar la violència masclista
- La Llei 14/2010, del 27 de maig, dels drets i les oportunitats en la infància i l'adolescència
- Cap de les anteriors

7. És la MGF una forma de violència masclista?

- Sí
- No

8. Quin és el protocol d'actuació a Catalunya en cas de sospita de MGF?

- Determinar el nivell de risc, sensibilitzar a la família, fer seguiment, demanar compromís informat i comunicar el cas als Mossos d'Esquadra
- Determinar el nivell de risc, sensibilitzar a la família, fer seguiment, demanar compromís informat i notificar-ho a serveis sanitaris i EAIA
- Determinar el nivell de risc, sensibilitzar a la família, fer seguiment, demanar compromís informat i notificar-ho a serveis socials.
- No es pot fer res si encara no ha estat consumada la MGF.

9. Qui està obligat a denunciar la MGF a Catalunya?

- Els professionals sanitaris
- Els professionals de serveis socials
- Els docents
- Tots els anteriors

10. Quina és la pena per als responsables de la MGF segons la llei espanyola?

- De 6 a 12 mesos de presó
- D'1 a 2 anys de presó
- De 2 a 6 anys de presó
- De 6 a 12 anys de presó

11. Quin dels següents NO és un efecte físic immediat de la MGF a les nenes?

- Dolor intens i hemorràgia abundant
- Septicèmia
- Risc d'infeccions urinàries recurrents.
- Esquinços i fístules

12. Segons el Protocol de MGF de Catalunya, quins NO són indicis de sospita de risc de MGF?

- Planificació d'un viatge al país d'origen.
- Pertànyer a una família o ètnia que practica la MGF
- Filla o germana d'altres nenes o dones mutilades
- Blaus i senyals pel cos de la nena

13. A quin nivell d'actuació del protocol de MGF es recomana als professionals l'utilització del compromís preventiu?

- Nivell 1: Prevenció
- Nivell 2: Detecció
- Nivell 3: No Urgent
- Nivell 4: Urgent

14. Quin dels següents enfocaments és utilitzat sovint per justificar la MGF des d'una perspectiva cultural?

- Protecció de la salut i la higiene femenina.
- Promoció de la igualtat de gènere i l'empoderament
- Preservació de la identitat cultural i la tradició.
- Tots els anteriors

15. Quin és un dels efectes adversos a llarg termini de la MGF a les dones?

- Major probabilitat de desenvolupar càncer de mama
- Augment de la resistència a malalties infeccioses
- Major risc de complicacions durant el part
- Alteració de la funció endocrina i hormonal

Annex 18

FULL INFORMATIU

Sóc la Paula Pérez Rebollo, estudiant de quart d'Infermeria de la Universitat de Girona.

Em dirigeixo a vostès, infermers/es pediàtrics/ques, per informar-vos sobre un estudi sobre la Mutilació Genital Femenina (MGF) que vull portar a terme en els Centres d'Atenció Primària i Consultoris Locals que pertanyin a l'Institut Català de la Salut i Institut d'Assistència Sanitària de la Regió Sanitària de Girona.

A Catalunya, la MGF continua sent un problema greu i preocupant, tot i que no sigui una pràctica comuna al territori. Això és degut a la presència de comunitats d'immigrants que provenen de països on la mutilació genital femenina sí és una pràctica comuna i la segueixen practicant a Catalunya.

S'ha vist que tot i que el Protocol d'Actuació per Prevenir la MGF de Catalunya és una eina útil i necessària, no acaba de funcionar en la seva aplicació. Sovint s'utilitza de forma reactiva, en lloc de proactiva, cosa que significa que s'activa només quan es detecta un alt risc de MGF, que condueix a una solució punitiva en lloc de cercar la prevenció.

Per aquest motiu, l'objectiu d'aquest projecte és elaborar, implementar i avaluar l'efectivitat d'una intervenció formativa sobre la MGF que pretén millorar els coneixements dels/de les infermers/es que tenen sobre aquesta pràctica. Es vol demostrar que és crucial s'estigui ben format i actualitzat sobre el protocol per a un bon seguiment i una bona atenció a les dones i nenes que són víctimes d'aquesta violència.

L'estudi serà un estudi quasi-experimental pre-post i es durà a terme mitjançant un qüestionari que es realitzarà abans i després de la implementació de la intervenció educativa. A més, d'un qüestionari als 3 mesos de l'última sessió per tal de reconèixer la retenció dels coneixements.

En la intervenció formativa hi constaran 3 sessions educatives, amb un marge de 3 mesos entre una i l'altre on es realitzaran diverses presentacions sobre el tema.

Aquest estudi ha rebut el vist-i-plau del CEIC. En el cas d'acceptar la participació es concretaria una data per començar a realitzar la primera sessió.

Gràcies per la seva atenció

Annex 19

CONSENTIMENT INFORMAT

Nom:

Cognoms:

Amb la meua signatura, confirmo que:

- *Se m'ha proporcionat informació sobre el projecte "Efectivitat d'un programa d'intervenció sobre la Mutilació Genital Femenina a l'Atenció Primària" amb el fulllet informatiu annexat a aquest consentiment.*
- *He comprès el significat i s'han resolt tots els dubtes que he tingut sobre la investigació.*
- *M'han informat que totes les dades que proporcioni durant la investigació seran totalment confidencials i no seran utilitzades per a cap altre propòsit sense el meu consentiment.*
- *Sóc coneixedor de tots els aspectes relacionats amb la confidencialitat i la protecció de dades en compliment de la Llei Orgànica 3/2018, del 5 de desembre, sobre la protecció de dades personals i garantia dels drets digitals.*
- *Estic informat/da que se'm lliurarà una còpia del consentiment i que tinc dret a sol·licitar informació sobre els resultats de l'estudi una vegada aquest hagi finalitzat.*
- *Otorgo el meu consentiment per participar voluntàriament en aquesta investigació i tinc el dret de retirar-me en qualsevol moment sense conseqüències negatives.*

Lloc i data: , d'/de del 20 .

Signatura del/de la participant:

Adreça de correu electrònic:

L'adreça de correu electrònic corporatiu és necessària perquè es pugui enviar l'últim qüestionari a través d'aquesta via. Si us plau, assegureu-vos que l'adreça de correu electrònic que proporcioneu sigui correcta i estigui actualitzada per completar l'estudi de manera adequada.

Annex 20

Sessió 1: Conceptes bàsics



Introducció

UNIVERSITAT DE GIRONA

INTERVENCIÓ SOBRE MGF:
3 SESSIONS

OBJECTIU:
Millorar els coneixements dels/de les infermers/res pediàtrics/ques d'Atenció Primària en relació a la MGF i els protocols d'actuació

QÜESTIONARI

UNIVERSITAT DE GIRONA

15 MINUTS

Índex

UNIVERSITAT DE GIRONA

SESSIÓ 1	SESSIÓ 2	SESSIÓ 3
Definició de MGF	Etiologia de la MGF	Abordatge sanitari
Tipus de MGF	Distribució geogràfica i prevalença	Protocol d'actuació
Conseqüències negatives	Marc legal	Casos de MGF

Índex

UNIVERSITAT DE GIRONA

SESSIÓ 1: CONCEPTES BÀSICS

- Definició de MGF
- Tipus de MGF
- Conseqüències negatives

¿Què és?

UNIVERSITAT DE GIRONA

La Mutilació Genital Feminina (MGF) es defineix per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) com "tots els procediments que impliquen l'extirpació parcial o total dels genitals externs, així com altres lesions als òrgans genitals femenins per raons culturals, religioses o d'altres amb finalitat no terapèutica"

TIPUS:

¿Què és?

UNIVERSITAT DE GIRONA

La Mutilació Genital Feminina (MGF) es defineix per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) com "tots els procediments que impliquen l'extirpació parcial o total dels genitals externs, així com altres lesions als òrgans genitals femenins per raons culturals, religioses o d'altres amb finalitat no terapèutica"

Ressecció parcial (circumcisó) o total (clitoridectomia) del clitoris i/o del prepuç.

¿Què és?

UNIVERSITAT DE GIRONA

La Mutilació Genital Feminina (MGF) es defineix per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) com "tots els procediments que impliquen l'extirpació parcial o total dels genitals externs, així com altres lesions als òrgans genitals femenins per raons culturals, religioses o d'altres amb finalitat no terapèutica"


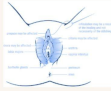
Ressecció parcial o total del clitoris i llavis menors, que pot incloure el tall dels llavis majors (escissió).

¿Què és?

UNIVERSITAT DE GIRONA

La Mutllació Genital Femenina (MGF) es defineix per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) com "tots els procediments que impliquen l'extirpació parcial o total dels genitals externs, així com altres lesions als òrgans genitals femenins per raons culturals, religioses o d'altres amb finalitat no terapèutica"

Estrenyiment o segellat de l'obertura vaginal, mitjançant el tall i recol·locació dels llavis menors i, de vegades, dels llavis majors, amb o sense resecació del clitoris (infibulació)


III.A  III.B 

¿Què és?

UNIVERSITAT DE GIRONA

La Mutllació Genital Femenina (MGF) es defineix per l'Organització Mundial de la Salut (OMS) com "tots els procediments que impliquen l'extirpació parcial o total dels genitals externs, així com altres lesions als òrgans genitals femenins per raons culturals, religioses o d'altres amb finalitat no terapèutica"

Procediments lesius dels genitals femenins, de severitat variable i sense finalitat mèdica. Ex: puncions, pircings, incisió al clitoris o llavis, elongació del teixit, etc..

IV 

CONSEQÜÈNCIES NEGATIVES

UNIVERSITAT DE GIRONA

La MGF no té beneficis per a la salut coneguts, i les nenes i dones que s'han sotmes al procediment corren un gran risc de patir les seves complicacions al llarg de la seva vida.

El grau de mutllació condiciona el tipus de complicació que es pot presentar.

Sempre hi ha més grans danys en el cas de les dones infibulades.

IMEDIATES	MIG I LLARG TERMINI
DOLOR INTENS	SEQUELES GINECOLÒGIQUES
POR I ANGOIXA	Esterilitat i infertilitat Hep, VIH, tètanus.
HEMORRÀGIA	ANÈMIES SEVERES
RAO	TRANSFORMES PSICOLÒGICS
ITU	Esquinços, fistules, patiment fetal
INFECCIONS	DISMINUCIÓ DE LA SENSIBILITAT COIT DOLORÓS
SEPTICÈMICA	
LA MORT	

Pròximament...

UNIVERSITAT DE GIRONA

SESSIÓ 1	SESSIÓ 2	SESSIÓ 3
✓ Definició de MGF	Etiologia de la MGF	Abordatge sanitari
✓ Tipus de MGF	Distribució geogràfica i prevalença	Protocol d'actuació
✓ Conseqüències negatives	Marc legal	Casos de MGF

UNIVERSITAT DE GIRONA



GRÀCIES!

FINS LA PROPERA

Annex 21

Sessió 2: Etiologia, Distribució geogràfica i Marc legal

MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA
TREBALL DE FI DE GRAU
Paula Pérez Rebollo

Índex

SESSIÓ 1	SESSIÓ 2	SESSIÓ 3
✓ Definició de MGF	Etologia de la MGF	Abordatge sanitari
✓ Tipus de MGF	Distribució geogràfica i prevalença	Protocol d'actuació
✓ Conseqüències negatives	Marc legal	Casos de MGF

Índex

SESSIÓ 2: ETIOLOGIA, DISTRIBUCIÓ GEogràFICA I MARC LEGAL

- Etologia de la MGF
- Distribució geogràfica i prevalença
- Marc legal

Etiologia

ORIGEN? Procedència incerta:

- Des de fa milers d'anys.
- Es creu que es practicava a l'Àfrica, Orient Mitjà i d'altres.
- Hi ha versions que afirmen que és originari a l'antic Egipte. Prèvi al naixement de l'Islam. A partir d'allà s'esten a la resta d'Àfrica

RAONS PERQUÈ ES PRÀCTICA?

- Motius socioculturals
- Control de la sexualitat i foment de castedat
- Creències reproductives
- Creències higiènico-estètiques
- Creències religio-espirituals
- Motius econòmics

Acceptació social

- sacrifici i superació
- Identitat ètnica/rol de la dona
- rebutj familiar i comunitari

Motius socioculturals

- Pressió social
- impura, infertilitat i sense honor
- costum i tradició de comunitat
- circumcisió masculina

Control de la sexualitat i foment de castedat

- Limitar demanda sexual femenina
- Disminuir libido femenina
- Por masculina de criar fills no seus
- Evitar solter i promiscuïtat
- concepte d'honor(valor familiar)
- Mantenir virginitat de la dona
- Pleia de l'home
- Creença de satisfer a totes les dones

Creències religio-espirituals

- creences reproductives
- Part complicat
- Perill de la vida del nadó si està en contacte amb el clitoris

Creències higiènico-estètiques

- Proc atractius
- Bruts
- Masculins
- Pot esdevenir un penis

Motius econòmics

- Benefici econòmic directe pel circumcidat/ria com a la família
- Elle comerciantes i les figures religioses del lloc obtenen beneficis de la compra d'aliments i materials per a la celebració.

CREENCES REPRODUCTIVES

- Proc complicat
- Perill de la vida del nadó si està en contacte amb el clitoris

CREENCES HIGIÈNICO-ESTÈTIQUES

- Proc atractius
- Bruts
- Masculins
- Pot esdevenir un penis

CREENCES RELIGIOSO-ESPIRITUALS

Ni a la Bíblia ni a l'Alcorà es fa referència.

- Si defen la pràctica per: "Allah Toposents va crear el desig sexual en dos parts: va donar nou parts a la dona i una a l'home..."
- Referenciant la necessitat de la pràctica per controlar aquesta libido sexual femenina superior al de l'home

MOTIUS ECONÒMICS

- Benefici econòmic directe pel circumcidat/ria com a la família
- Elle comerciantes i les figures religioses del lloc obtenen beneficis de la compra d'aliments i materials per a la celebració.

La pràctica l'acostuma a dues terme dones grans molt respectades a la comunitat, en condicions higièniques deficientes: instruments tallants, com ganivets, llanes o vidres trencats. Apliquen unguents, herbes, llet, cendra, etc. Cusen amb espines d'acàcia.

Distribució geogràfica

31 països d'Àfrica, Àsia i Orient Mitjà

Gairebé universal a Somàlia, Guinea i Djibouti (més del 90%)

Distribució geogràfica

- Més de 200.000.000 de nenes i dones viuen amb els efectes de la MGF
- 3.000.000 de nenes són en risc de la seva realització
- 1 de cada 3 noies entre 15 i 19 anys al dia se li realitza la MGF en aquests 31 països
- La proporció de nenes de 15 a 19 anys ha ↓41% al 24% i s'ha reduït l'extensió anatómica (cap al tipus I)
- Ha ↑ rebut de la tècnica. Però s'ha generat una resposta protectora

Distribució geogràfica

UNIVERSITAT DE GIRONA

PREVALENCIA A EUROPA, ESPANYA I CATALUNYA?

Europa	Espanya	Catalunya
Segons, l'ACNUR: 600.000 dones i nenes viuen a Europa amb MGF	Segons dades del padró: Hi habiten 80.282 dones i nenes de països practicants i 18.836 nenes entres 0 i 14	Hi habiten 24.876 dones i 6.433 nenes de 0 a 14
60.000 dones i nenes de països on s'acostuma realitzar la pràctica busquen asil cada any.	Segons una estimació de la Fundació Wassu-UAB: S'estima que 3.652 nenes corren perill de ser mutilades.	1.600 nenes corren el risc de ser mutilades Vic, el municipi amb el major nombre de nenes de 0 a 14 anys (417), Barcelona (412), Lleida (350) i Salt (339).

Distribució geogràfica

UNIVERSITAT DE GIRONA

Destaquen les procedències **guineana, mallà, gambiana, senegalesa, nigeriana i ghanesa**
Girona és la segona província de tota Espanya amb el nombre estimat de nenes amb risc més elevat de patir una mutilació genital: hi ha **504 nenes en risc**.

Marc legal

UNIVERSITAT DE GIRONA

La MGF atenta contra:

- ELS DRETS HUMANS
- ELS DRETS DE LA INFÀNCIA
- ELS DRETS A LA SALUT, LA SEGURETAT I LA INTEGRITAT FÍSICA
- EL DRET DE NO SER SOTMES A TORTURES I TRACTES CRUELS, INHUMANES O DEGRADANTS
- EL DRET A LA VIDA EN ELS CASOS EN QUÈ EL PROCEDIMENT ACABA PRODUINT LA MORT

Tots els estats membres de la UE criminalitzen aquesta pràctica. Però només 18 tenen lleis específiques per a aquest crim concret.

A Espanya, la **Llei Orgànica 11/2003 de Mesures Concretes en Matèria de Seguretat, Custòdia, Violència Domèstica i Integració Social dels Estrangers**, fa referència a l'article 149 una disposició específica sobre la MGF. S'aplica una **pena de presó de 6-12 anys** per a la realització de la pràctica i la **inhabilitació de la patria potestat, tutela, curatela, guarda o acolliment per temps de 4 a 10 anys**.

A Catalunya, s'aproba la **Llei 17/2020**, del 22 de desembre, modificació de la Llei 5/2008, del dret a les dones a eradicar la violència masclista.

On es considera aquesta pràctica un tipus de **violència masclista en l'àmbit social o comunitari** i **que hi hagi consentiment exorçat o tàct de la dona**.

CONCLUSIÓ

UNIVERSITAT DE GIRONA

Constitueix una forma extrema de discriminació de la dona i les nenes

En aquest sentit, la MGF és una manifestació de la **violència i la desigualtat de gènere**, basada en una sèrie de **conviccions i percepcions profundament arrelades** a les estructures **socials, econòmiques, polítiques** i, de vegades, **religioses**, d'algunes comunitats

Pròximament...

UNIVERSITAT DE GIRONA

SESSIÓ 1	SESSIÓ 2	SESSIÓ 3
✓ Definició de MGF	✓ Etiologia de la MGF	● Abordatge sanitari
✓ tipus de MGF	✓ Distribució geogràfica i prevalença	● Protocol d'actuació
✓ Conseqüències negatives	✓ Marc legal	● Casos de MGF

UNIVERSITAT DE GIRONA

GRÀCIES!
FINS LA PROPERA

Annex 22

Sessió 3: Abordatge Sanitari, Protocol d'actuació davant de casos de MGF



Índex

SESSIÓ 1	SESSIÓ 2	SESSIÓ 3
✓ Definició de MGF	✓ Etiologia de la MGF	Abordatge sanitari
✓ Tipus de MGF	✓ Distribució geogràfica i prevalença	Protocol d'actuació
✓ Conseqüències negatives	✓ Marc legal	Casos de MGF

Abordatge sanitari

El Protocol d'actuacions per prevenir la MGF a Catalunya estableix **quatre nivells d'actuació**:

- PREVENCIÓ (NIVELL 1)**
INFORMAR I SENSIBILITZAR

- Informar i fer educació sanitària a la ciutadania i a les famílies i nenes.
- Escolta activa i assumir una actitud activa.
- Mostrar respecte per la persona i pel que està vivint.
- Animar la persona a expressar-se.
- Respectar una rigorosa confidencialitat.
- Proporcionar informació que pugui ser compresa.
- Proporcionar suport emocional: implica reconèixer explícitament i clarament els sentiments manifestats, parlar sobre el problema i oferir ajuda.

CONGRUÈNCIA ACCEPTACIÓ
VALORACIÓ-POSITIVA EMPÀTIA

Abordatge sanitari

El Protocol d'actuacions per prevenir la MGF a Catalunya estableix **quatre nivells d'actuació**:

- DETECCIÓ (NIVELL 2)**
INDICIS DE SOSPITA

- Quan la nena pertany a una família en la comunitat de la qual es practica.
- Proximitat de viatge al país d'origen.
- Canvi de comportament a la tornada de vacances, distanciament, tristesa
- Absentisme escolar al llegat motius de salut
- Segons el risc, es determinen accions, urgents o no urgents, per prevenir la pràctica o per atendre la nena si s'ha consumat.
- L'exploració genital s'ha de fer en la primera visita, a l'any de vida, als 2-4-6-8 i 10 anys, o segons la pauta de visites que s'emmarquin dins del protocol del nen sa.

Abordatge sanitari

El Protocol d'actuacions per prevenir la MGF a Catalunya estableix **quatre nivells d'actuació**:

- ATENCIÓ NO URGENT (NIVELL 3)**

- Segons els possibles nivells de risc: informar i educar sobre la situació.
- Valorar realitzar treball en xarxa amb associacions que es dediquen a la prevenció de la MGF i mostrar la participació de les persones de la pròpia comunitat com a agents actius.
- Realitzar un seguiment i treball coordinat amb la resta de l'equip multidisciplinari, escoles, serveis socials, etc.
- Consultar, demanar informació i suport als serveis socials

Abordatge sanitari

El Protocol d'actuacions per prevenir la MGF a Catalunya estableix **quatre nivells d'actuació**:

- ATENCIÓ URGENT (NIVELL 4)**

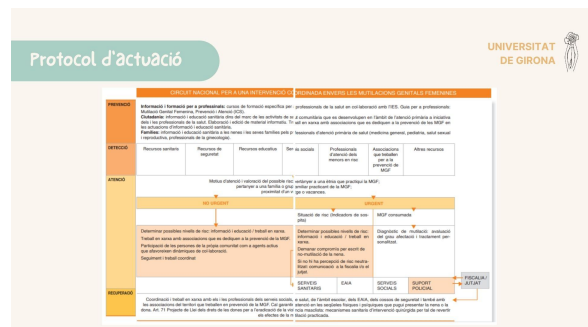
- Si van al país d'origen cal fer una exploració abans del viatge i una visita de revisió a la tornada. S'ha d'informar sobre la il·legalitat de la pràctica de la MGF, encara que es faci fora del territori espanyol.
- Es recomana als professionals l'utilització de la carta-compromís. S'ha comprovat que funciona com a eina dissuasiva que permet als pares justificar la seva decisió de no mutilar la nena, davant de la seva gent gran a l'Àfrica.
- No aïllar, culpar ni estigmatitzar les famílies.
- Si no hi ha la percepció de risc neutralitzat, comunicar a la fiscalia i/o el jutjat (Equips d'Atenció a la Infància i l'Adolescència (EAI/A)).

Abordatge sanitari

El Protocol d'actuacions per prevenir la MGF a Catalunya estableix **quatre nivells d'actuació**:

- RECUPERACIÓ (NIVELL 5)**

- Si la MGF ha estat practicada, comunicar a Serveis Socials i demanar suport policial com a últim esglaió.
- Valorar les seqüeles físiques i psicològiques i procurar l'atenció personalitzada i continua i, eventualment, la realització d'una intervenció quirúrgica per revertir les seqüeles, segons ho estipula l'article 71.2 de la Llei 17/2020.



UNIVERSITAT DE GIRONA 

CASOS REALS

CAS A LLORET DE MAR - 2014 - GIRONA

Escenari del cas	Niña nacida en Cataluña viaja a Gambia de vacaciones 2 meses y vuelve con una MGF practicada. Se detecta la MGF 5 años después en una revisión que realiza el CAP ante la programación de otro viaje a Gambia. El padre y la madre (los dos nacidos en Gambia) tienen nacionalidad española, el padre llevaba 22 años en España y la mujer 17 (vino por reagrupación familiar). Tienen 4 hijos, 2 niños y 2 niñas (nacidas en Cataluña, una de 13 y la otra de 11).
Profesionales que intervienen	Profesionales del Centro de Atención Primaria que atienden a las niñas.
Condena	6 años de prisión para los padres (el caso termina en la absolución del padre y la madre).

UNIVERSITAT DE GIRONA 

CASOS REALS

CAS A VALLS - 2015 - TARRAGONA

Escenari del cas	Niña nacida en Gambia que llega a España con una MGF practicada. Se detecta 6 años después en una revisión pediátrica por un viaje al país de origen. Los padres son nacidos en Gambia, ambos con nacionalidad española. El padre lleva años residiendo en España y la madre vino por reagrupación. Tienen tres hijos (dos niños y una niña nacida en Gambia).
Profesionales que intervienen	Pediatra del Centro de Atención Primaria que atiende a las niñas.
Condena	9 años y 1 día de pena de prisión y la indemnización de 90.000 euros por las lesiones y las secuelas.

UNIVERSITAT DE GIRONA 

PREGUNTES?

SESSIÓ 1	SESSIÓ 2	SESSIÓ 3
<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Definició de MGF <input checked="" type="checkbox"/> Tipus de MGF <input checked="" type="checkbox"/> Conseqüències negatives 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Etiologia de la MGF <input checked="" type="checkbox"/> Distribució geogràfica i prevalença <input checked="" type="checkbox"/> Marc legal 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Abordatge sanitari <input checked="" type="checkbox"/> Protocol d'actuació <input checked="" type="checkbox"/> Casos de MGF

UNIVERSITAT DE GIRONA 



GRÀCIES!

Annex 23

SOL·LICITUD Comitè d'Ètica de Recerca Clínica

Paula Pérez Rebollo estudiant de 4t d'Infermeria de la Universitat de Girona.

EXPOSO:

La meva intenció en iniciar un projecte de investigació sobre l'efectivitat d'un programa d'intervenció sobre la Mutilació Genital Femenina a l'Atenció Primària durant el període d'un any (2023-2024).

SOL·LICITO:

La vostra revisió per la propera reunió mensual al CEI de l'Institut IDIAP Jordi Gol.

Atentament,

Girona, 9 de maig de 2023.

Annex 24

CARTA DE PRESENTACIÓ

Benvolgut/da Adjunt/a de Direcció de l'ABS (nom en qüestió),

Em dirigeixo a vostè per tal de sol·licitar la seva ajuda i aprovació en el meu projecte que em dispo a explicar-li a continuació:

Sóc una alumna d'Infermeria de 4t any que estic fent el meu treball de fi de Grau.

Es tracta d'un estudi ja aprovat pel CEI de l'Institut IDIAP Jordi Gol sobre l'efectivitat d'un programa d'intervenció sobre la Mutilació Genital Femenina (MGF) a l'Atenció Primària, i així poder evitar que es produeixi aquesta pràctica en nenes filles d'immigrants o ja nascudes aquí però a qui se'ls practica aquesta tècnica ancestral en els seus països d'origen, quan hi poden tornar per exemple en un viatge de vacances.

M'he entrevistat amb la Cap d'Atenció Assistencial provincial de Girona qui els ha informat recentment sobre aquest projecte i m'ha donat el seu vist-i-plau.

La meva intenció és realitzar 3 sessions o xerrades informatives a la infermeres pediàtriques, a qui se'ls passarà un qüestionari pre-post coneixements. Abans de passar aquest qüestionari, tot i que és confidencial, hauran de signar un consentiment informat perquè jo pugui fer servir aquestes dades pel meu estudi. Entre sessió i sessió han de passar 3 mesos. La primera sessió l'hauríem de fer durant el mes de setembre.

Com que en el seu centre són X infermeres de pediatria, es tractaria de concentrar totes les infermeres de pediatria de la comarca i fer la sessió conjuntament.

Em tornaré a posar en contacte amb vostè per concretar la data exacte. L'horari ja em va dir l'Adjunta territorial que haurà de ser de 14 a 15h que és just la franja horària que no hi ha activitat assistencial als centres. Li faré arribar el document informatiu i els consentiments per tal que les infermeres que vulguin participar els puguin signar.

Moltes gràcies per endavant.

La saluda cordialment,

Paula Pérez Rebollo
Estudiant Grau Infermeria UDG
Telèf: xxxxxxxx