

Treball Final de Grau:

**EMBARÀS, PART I POSTPART EN DONES AMB
PRESÈNCIA DE MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA.**

DOMÈNECH VILA, Maria

maria.domenech@uvic.cat

Grau en Infermeria (Grup M1)

Àmbit temàtic: Ginecologia i obstetrícia

Facultat de Ciències de la Salut – Universitat de Vic

Tutora: Serena Brigidi

Data d'entrega: Vic, 6 de Juny del 2017

Continguts

1. Resum/Abstract.....	pàg.5
2. Introducció.....	pàg.7
3. Antecedents i estat actual del tema.....	pàg.9
3.1. Mutilació Genital Femenina.....	pàg.9
3.1.1. Introducció històrica.....	pàg.9
3.1.2. Procediment i tipus.....	pàg.11
3.1.3. Motius i creences.....	pàg.14
3.1.4. Conseqüències derivades.....	pàg.15
3.1.5. Legislació.....	pàg.17
3.1.6. Actuació sanitària.....	pàg.18
3.2. Part.....	pàg.21
3.2.1. Descripció.....	pàg.21
3.2.2. Tipus de part.....	pàg.22
3.2.3. Fases i procés part normal.....	pàg.23
3.2.4. Complicacions.....	pàg.25
3.3. Violència obstètrica.....	pàg.27
3.3.1. Descripció.....	pàg.27
3.3.2. Personal sanitari.....	pàg.29
3.4. MGF en embaràs, part i postpart.....	pàg.30
3.4.1. MGF i embaràs.....	pàg.30
3.4.2. MGF i part.....	pàg.31
3.4.3. MGF i postpart.....	pàg.32

4. Justificació del tema.....	pàg.34
5. Objectius.....	pàg.36
6. Hipòtesis.....	pàg.36
7. Metodologia.....	pàg.37
7.1. Àmbit d'estudi.....	pàg.37
7.2. Disseny.....	pàg.37
7.3. Mostra.....	pàg.39
7.4. Criteris d'inclusió i exclusió.....	pàg.39
7.5. Intervenció.....	pàg.40
7.6. Recollida de dades.....	pàg.41
7.6.1. Observació semiestructurada.....	pàg.41
7.6.2. Les entrevistes.....	pàg.42
7.7. Anàlisis dels registres.....	pàg.44
7.8. Limitacions de l'estudi.....	pàg.46
7.9. Aspectes ètics.....	pàg.48
8. Utilitat pràctica dels resultats.....	pàg.50
9. Bibliografia.....	pàg.52
9.1. Bibliografia figures.....	pàg.57
9.2. Bases de dades i descriptors.....	pàg.58
10. Annexes.....	pàg.59
10.1. Annex 1. Consentiment informat.....	pàg.59
10.2. Annex 2. Full informatiu participants.....	pàg.61
10.3. Annex 3. Guió entrevistes dones.....	pàg.63
10.4. Annex 4. Guió entrevistes personal sanitari.....	pàg.65

10.5. Annex 5 Guió observació semiparticipant.....	pàg.67
11. Agraïments.....	pàg.68
12. Nota de l'autora.....	pàg.69

1. Resum

Actualment més de 200 milions de dones i nenes al món han estat exposades a patir Mutilació Genital Femenina (MGF) (OMS, 2008). Aquesta provoca greus conseqüències per a la salut física i psicològica de les dones que la pateixen. Cal preparar els professionals sanitaris per proporcionar l'atenció sanitària necessària, però en l'actualitat no apareixen gaires estudis en referència al procés d'embaràs. Objectius: (1) Conèixer quines són les possibles complicacions físiques, psíquiques i socials, que poden patir les dones amb MGF, de tipus II o III, durant el seu procés d'embaràs, part i postpart. (2) Observar l'abordatge dels professionals sanitaris, durant el procés d'embaràs, part i postpart, en dones amb MGF. Metodologia: es planteja fer ús d'un mètode qualitatiu interpretatiu i de disseny narratiu, on són les pròpies pacients les que expliquen la seva vivència personal. La obtenció de dades s'ha realitzat mitjançant l'observació semiparticipant i les entrevistes semiestructurades en profunditat. Els resultats han sigut recollits amb l'ajuda de guions i gravacions i han sigut analitzats amb el programa informàtic ATLAS.ti. Limitacions: (1) Dificultat en l'obtenció de la mostra per a l'estudi, (2) diferències culturals importants i (3) falta d'acceptació de l'estudi per part dels familiars. Paraules clau: Mutilació, Genital, Femenina, Dona, Embaràs.

Abstract

Actually more than 200 millions of women and girls in the world have been exposed to suffer FGM (OMS, 2008). This cause seriously consequence for the physical and psychological health of women who suffer. It's necessary prepare heath professionals to provide needed health care, but actually aren't many studies about the process of pregnancy. Objectives: (1) Know what the possible complication physical, mental and social, can suffer the women whit FGM, type II or III, during the process of pregnancy, childbirth and postpartum. (2) Observe the approach of health professionals during pregnancy, childbirth and postpartum process, in women with FGM. Methodology: We use a qualitative method of interpretation and narrative design where patients describe their personal experience. The data collection was performed though observation and semi-structured interviews. The results have been recollected with the help of scripts and recording, and have been analysed with the software ATLAS.ti. Limitations: (1) Difficulty in obtaining the sample for the study, (2) Significant cultural differences and (3) lack of acceptance of the study by relatives. Keywords: Mutilation, genital, female, women, pregnancy.

2. Introducció

Es calcula que actualment són mutilades 4 nenes cada minuts (Casajoana, Caravaca i Martínez, 2012), aproximadament més de 3 milions cada any (OMS, 2008). La Mutilació Genital Femenina és una brutal pràctica on els òrgans genitals femenins són extirpats, total o parcialment (OMS, 2008). Trobem 4 tipus segons el grau d'extirpació (clitoridectomia, excisió, infibulació i una combinació) (Casajoana, et al. 2012). S'origina a Egipte i actualment la major prevalença es troba al continent africà, en la península Àrabica, a l'orient mig, Amèrica del Sud, Índia, Indonèsia i Malàisia (Saiz i Sánchez, 2015). Les seves creences són difuses (control sexual, impuresa, higiene, reproducció...) i no guarden relació amb la religió. Però en general, es considera una pràctica molt important, necessària en moltes ocasions per ser acceptada per la pròpia societat (Kaplan i López, 2013). La MGF provoca un gran nombre de conseqüències tant biològiques com psicològiques per a les dones que la pateixen*, provoca problemes físics com dolor, retencions urinàries, hemorràgies, infeccions, esquinçaments, quists, etc (OMS; 2008). Així com complicacions durant el procés d'embaràs, les quals han de ser ateses pel benestar de la mare i el nadó.

L'any 2016 unes 288.265 persones, procedents del continent Africà, van immigrar a Catalunya, es calcula que actualment un 4,8% de la població resident prové d'Àfrica, en major part del Marroc (Generalitat de Catalunya, 2016). Els professionals sanitaris juguen un paper molt important, ja que seran les primeres persones en atendre'ls, encarregats de realitzar les exploracions mèdiques i protocols per assegurar la seva salut i seguretat (Kaplan i López, 2013). Per aquest motiu serà important que aquests professionals estiguin correctament formats, per així poder establir un bon contacte i realitzar una bona integració d'aquests ciutadans en la societat (Saiz i Sánchez, 2015).

En aquest estudi es buscarà poder descobrir i ampliar la informació referent a l'atenció sanitària durant el procés d'embaràs, part i postpart, en dones amb presència de MGF, de tipus II o III (excisió o infibulació) i les possibles complicacions que poden esdevindre. Amb la finalitat d'ampliar i renovar informació sobre aquest camp i la possibilitat d'adaptar un protocol específic.

(*) Faig ús del terme "patidores" sent coneixedora de la contradicció verbal tenint en compte el context cultural, on les dones no se senten "patidores", donat que són elles mateixes les que es realitzen aquesta pràctica, ja sigui per raons de creença o per pressions socials.

3. Antecedents i estat actual del tema

3.1. Mutilació Genital Femenina

Aquest estudi es centrarà en les dones que han patit Mutilació Genital Femenina, en concret aquelles de tipus II i III (excisió i infibulació), per tant s'exposarà els continguts bàsics per poder saber i entendre millor aquesta pràctica, amb la finalitat de poder relacionar-la i ampliar els coneixements a nivell sanitari relacionats amb l'embaràs, part i postpart.

3.1.1 Introducció històrica

L'OMS descriu la Mutilació Genital femenina (MGF) com *“tots els procediments consistents en la resecció parcial o total del genitals externs femenins, així com altres lesions dels òrgans genitals femenins per motius no mèdics.”*

Es calcula que cada any més de 3 milions de nenes estan exposades a patir MGF i que actualment més de 200 milions de dones i nenes vives han sigut objectes de la MGF (OMS, 2008). Es practica generalment a les nenes de 4 a 14 anys, però també es troben casos on es mutilen les dones abans de contraure matrimoni, abans del part o fins i tot després. L'edat en que es realitza varia molt segons la zona geogràfica i l'ètnia en la que es troben, algunes practiquen la MGF a les nenes amb poques setmanes de vida, tot i que el més freqüent és a la infància avanç de complir els 15 anys. En ocasions extremes es practica a dones abans del matrimoni a demanda del futur marit o sogre, perquè la dona sigui acceptada com a pura (Marchal, 2011). Es calcula que són mutilades 4 nenes cada minut (Casajoana et all, 2012).

No hi ha certesa en el seu origen. Suposadament va néixer a Egipte, on s'han trobat mòmies amb la intervenció realitzada. No hi ha coneixement de si es va originar de forma autònoma en les diferents zones o es va propagar arran d'una sola localitat.

Actualment la major prevalença en la seva pràctica recau en molts països africans, en part de la península Aràbica, a l'orient mig, Amèrica del Sud, Índia, Indonèsia i Malàisia (Saiz i Sánchez, 2015). Aquesta pràctica, per això, no només afecta a les nenes Africanes i d'orient mig, sinó que també està present en les noies i

dones que emigren i viuen a països industrialitzats (Casajoana et al., 2012).

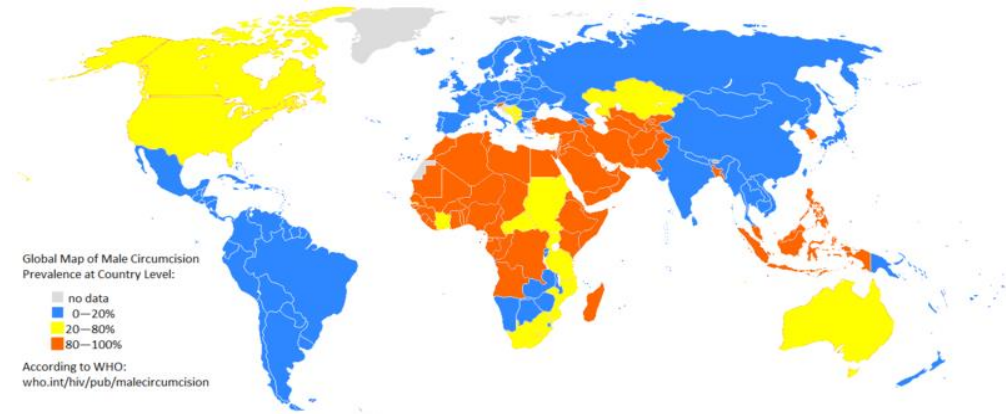


Figura 1: Mapa mundial on es mostra la prevalença en percentatges de MGF, dels diferents països en l'any 2008. Extret de "Global map of male circumcision prevalence at country level, 2008, Emilfaro, [fotografia].

Les anàlisis més recents indiquen que, actualment, uns 4 milions de noies i dones són sotmeses a algun tipus d'ablació en el continent Africà. Quasi la meitat de les afectades s'ubiquen en els països d'Egipte i Etiòpia (Casajoana et al. 2012).

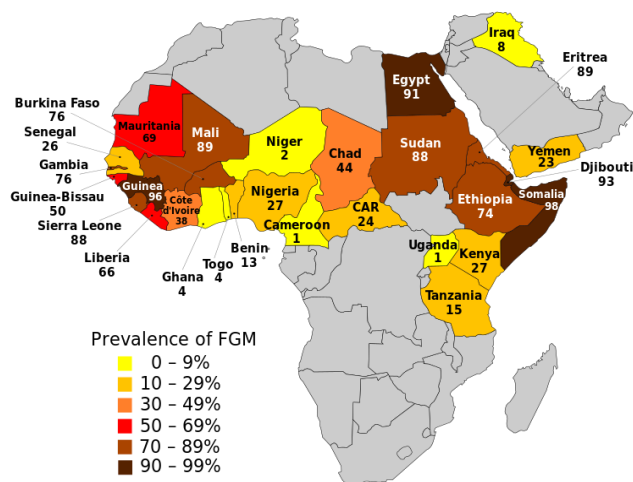


Figura 2: Mapa on es mostra la prevalença de la MGF per països, en el continent Africà a l'any 2014. Extret de: "Prevalence of female genital mutilation from UNICEF on 2013", Johnuniq, [fotografia].

La MGF també va ser practicada a Europa i als Estats Units entre els segles XVII i XIX, inclús a principis del segle XX, la clitoridectomia va ser emprada per alguns ginecòlegs, com el DR Baker (1812-1873), per tractar malalties d'origen nerviós, com la histèria, la epilèpsia, la catalèpsia, la melancolia o la cleptomania. També podien arribar a tractar-se amb el mateix mètode altres patologies com migranyes, la masturbació, la inclinació lèsbica o la hipersexualitat. Aquesta intervenció va arribar a ser recolzada pel sector eclesiàstic catòlic, ja que considerava el clítoris un òrgan de voluptuositat que no contribuïa a la reproducció (Saiz i Sánchez, 2015).

3.1.2. Procediments i tipus

Podem classificar la MGF en quatre tipus:

1. Clitoridectomia: es tracta de la resecció parcial o total del clítoris (òrgan petit, sensible i erèctil dels genitals femenins) i en casos molt infreqüents només del prepuci (plec de pell que rodeja el clítoris).
2. Excisió: Resecció parcial o total del clítoris i els llavis menors (plec intern de la vagina), amb o sense tall als llavis majors (plecs cutanis externs de la vagina) (OMS, 2016).
3. Infibulació: Resecció i cosit dels llavis menors i/o majors, produint una estenosi del orifici vaginal, amb o sense eliminació del clítoris.
4. Altres pràctiques que afecten a la integritat dels genitals femenins inclassificables:
 - Cauterització del clítoris i els teixits que el rodegen.
 - Raspat del orifici vaginal.
 - Introducció de substàncies corrosives o herbes que provoquin el sagnat i/o l'estretament del orifici vaginal (Casajoana, et al. 2012).

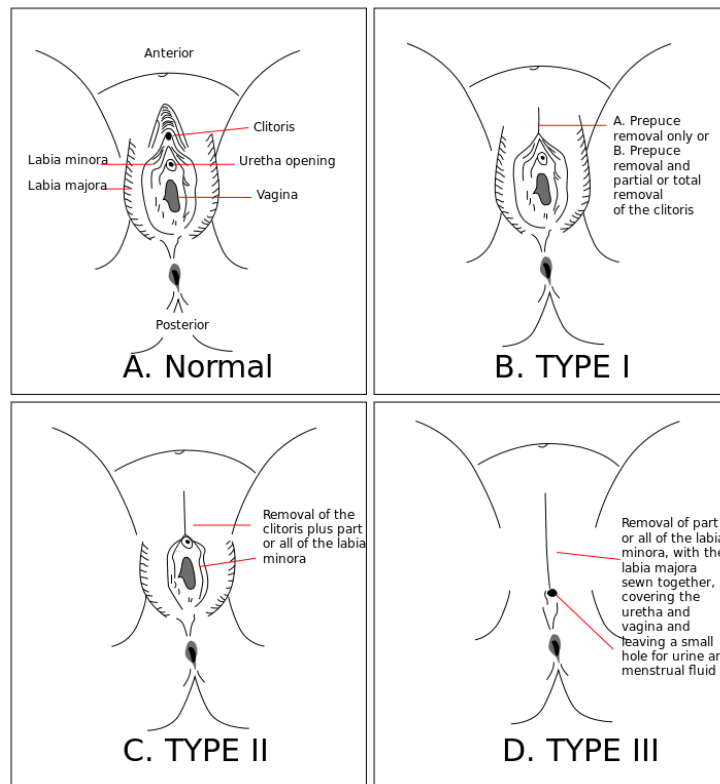


Figura 3. Classificació tipus de MGF. Extret de: “*Classification of female mutilation*”, World Health Organization, [fotografia].

La desinfibulació és la tècnica que consisteix en la pràctica d'un tall per obrir el canal vaginal tancat, d'una dona prèviament sotmesa a la infibulació. És necessari per millorar la seva salut i benestar, per fer possible el coït o facilitar el part (OMS, 2016).

La MFG es realitza generalment de manera clandestina, sobretot en països desenvolupats on, actualment, és pena de presó. Centrant-nos en el continent africà, aquesta es realitza en cases sense les condicions necessàries d'higiene, a més d'una nena, a la força i amb molta violència. Per realitzar-la utilitzen diversos materials com ganivets, estisores, ganivetes d'afaitar o trossos de vidre. En casos més extrems també utilitzen pedres esmolades, tallaungles o

inclús la tapa d'alumini d'alguna llauna (Marchal, 2011). *“Nosotras usábamos hojas afiladas, pero antes se hacía con cuchillos”* (1:17min 8). *“Usábamos agujas de pino para la sutura y no contábamos con ningún tipo de anestesia”* (0:38min, 8) La família és l'encarregada de duu la ganiveta amb que “tallaran” a la nena (Khady, 2007). En casos on es realitza la mutilació a més d'una nena s'utilitza el mateix instrument sense netejar-lo entre un procediment i l'altre (Marchal, 2011).

Mahamud, N. (n.d.) explica *“No puedes moverte durante 10 días porque te atan las piernas. No puedes moverte, solo puedes estar tumbada sin ir al baño durante tres días.”* (min 0:52- 1:11)

Khady (2005) narra:

Dos mujeres me agarraron y me arrastraron hasta la estancia. Una, detrás de mí, me sujeta la cabeza y sus rodillas aplastan mis hombros con todo su peso para que no me mueva, la otra me tiene en el regazo con las piernas abiertas (...) La dama encargada de la operación dispone de una cuchilla de afeitar por niña, que las madres han comprado para la ocasión. Tira con sus dedos, lo más posible del minúsculo pedazo de carne y corta como si se tratara de un pedazo de carne de cebú. Por desgracia, le es imposible hacerlo de una sola vez. Se ve obligada a serrar (...) La sangre salpica su rostro. Es un dolor inexplicable, que no se parece a ningún otro. (p.23-24)

Mohammed, H. (n.d.) explica:

Me hicieron la ablación con una cuchilla en mi noche de bodas. La vagina me sangraba muchísimo y tuve que tener relaciones con él. Me dolía horrores, estaba llorando y al final me escapé. Mi marido me dijo: “Tienes que acostumbrarte”. (min 2:18- 2:48)

El procediment generalment el realitza una dona encarregada especialment d'aquesta feina, l'ofici es transmet de generació en generació i són persones molt venerades i respectades a les diferents ètnies. Aquestes dones moltes vegades són d'edat avançada (Marchal, 2011).

3.1.3. Motius i creences

Aquest apartat està escrit amb la finalitat de, simplement, contextualitzar la temàtica, donat que es tracta d'un àmbit molt extens i treballat, derivo per més informació a la bibliografia citada en concret (Kaplan i López, 2013) i (Zuccalà, n.d.).

La mutilació no ve donada per la religió, no hi ha escrits on s'hi relacioni, i el Corà no la tracta, la connexió entre la infibulació i l'Islam és un mite.(Zuccalà, n.d.) Trobem informacions que afirmen que el motiu inicial i principal de la MGF recau en la creença de que l'ànima femenina de l'home es troba en el prepuci i l'ànima masculina de la dona en el clítoris, així doncs, només amb l'extirpació d'aquest es podria arribar a ser un home o una dona complerts (Kaplan i López, 2013). Però aquest és una representació entre la forta desigualtat entre homes i dones símbol del control cap a la sexualitat femenina (Zuccalà, n.d.). A les zones on es duu a terme és un motiu indispensable per casar-se o ser acceptada per la societat. Actualment existeixen diversos motius davant d'aquesta pràctica:

- Control sexual: fomenta la fidelitat, disminuint el desig sexual, control de la virginitat de la noia fins a ser casada.
- Reproducció: existeix la creença de que les noies no mutilades no podran quedar-se embarassades o en cas de part el nadó morirà al tocar el clítoris.
- Higiene: no estar mutilada és sinònim de ser "bruta" per tant se li negarà el dret a banyar-se al riu i als aliments.
- Estètiques: els genitals femenins es consideren una part grotesca i voluminosa (Casajoana, et al. 2012).

En algunes regions aquesta pràctica té un caràcter molt fort culturalment, creant una forta pressió social a les noies de la zona. Es considera una pràctica molt important, una cerimònia on la nena deixa la infantesa per entrar a l'edat adulta i convertir-se en una dona (Kaplan i López, 2013).

3.1.4. Conseqüències derivades

La MGF pot produir un gran número de complicacions, aquestes poden ser agudes, subagudes o tardanes. Aquestes també poden ser a nivell social, psicològic o físic. Centrant-nos en les conseqüències sanitàries trobem:

Agudes o subagudes: Són aquelles que apareixen momentàniament durant la pràctica o durant els primers dies.

- **Dolor:** molt fort provocat pel tall de múltiples terminacions nervioses, en escasses ocasions s'utilitza anestèsia. El dolor també esta present en tot el procés de cicatrització, en les cures, miccions, primeres relacions sexuals, parts, etc.
- **Xoc:** provocat per la pèrdua de gran quantitat de sang, s'han registrat casos de xoc sèptic.
- **Hemorràgia:** pèrdua de gran quantitat de sang.
- **Estrés traumàtic**
- **Lesions a teixits adjacents**
- **Infeccions:** per l'ús d'instruments no adequats, contaminats i instal·lacions poc higièniques.
- **Tètanus**
- **Retencions urinàries:** dificultats per orinar degut a la inflamació i el dolor.
- **Fractures**
- **Contagi Hepatitis A, B i VIH/SIDA:** Per la utilització del mateix instrument per mutilar a diverses nenes el mateix dia, incrementa les possibilitats de contraure alguna d'aquestes malalties. Tot i que apareixen contradicció entre diversos estudis (OMS, 2016).
- **Anèmia**
- **Retràs en la cicatrització de la ferida**

Tardanes: Són aquelles que apareixen amb el temps.

- **Genitourinàries:**

- . Insuficiència renal
- . Incontinència urinària
- . Dismenorrea
- . Hematocolpos
- . Salpingitis
- . Inflamació pèlvica
- **Sexuals:**
 - . Estenosis introito-vaginal
 - . Disparèunia
 - . Disminució del desig sexual
 - . Anorgàsmia
- **Reproductives:**
 - . Infertilitat
- **Obstètriques:** Seran en les que es centri l'estudi a realitzar.
 - . Dificulta durant el part (dilatació)
 - . Esquinçament de teixits
 - . Fístules
 - . Patiment fetal.
- **Salut mental:**
 - . Sentiments d'humiliació
 - . Vergonya
 - . Terrors nocturns
 - . Trastorns d'ansietat
 - . Depressió.
- **Cicatrització anòmala:**
 - . Queloides
 - . Quists dermoides
 - . Neuromes
 - . Fibrosis (OMS, 2016)

Les conseqüències no seran iguals per a totes les dones, dependrà del grau de mutilació realitzada, l'entorn, higiene, caràcter, etc.

3.1.5. Legislació

A continuació redactaré una pinzellada sobre la història i l'actualitat legal al voltant de la MGF, amb la finalitat de mostrar-la i contextualitzar-la. Per un aprofundiment major, consultar la bibliografia, en concret (Casellas, Mayoral i Ruiz, 2006), (Kaplan i López, 2013) i (Ministerio de Sanidad, 2015).

L'Organització Mundial per la Salut (OMS), el Fons de les Nacions Unides per la Infància (UNICEF) i el Fons de Població per les Nacions Unides (UNFPA) declaren que “ *la MGF atenta contra els drets humans i és una pràctica desproporcionada que atenta contra els drets de la nena i la dona*”.

La lluita contra aquesta pràctica s'inicia el 1948, les Nacions Unides adopten la Declaració Universal pels Drets Humans, on “ *es prohibeixen totes les formes de discriminació basades en el sexe i s'assegura el dret a la vida, la llibertat i la seguretat de les persones, així com el dret a la protecció entre qualsevol violació de la declaració*” (NNUU, 1948).

Durant l'any 1997 es va publicar una declaració contra la pràctica de la MGF. Des de llavors s'han fet molts esforços, investigació, treball a les comunitats i canvis en les polítiques per aconseguir la disminució d'aquesta pràctica.

Més tard, l'any 2007 UNICEF i UNFPA van iniciar el “ *Programa conjunt sobre la Mutilación/ablación genital femenina*”.

En 2008 l'OMS amb 9 organismes més de les Nacions Unides, fa una declaració titulada “ *La eliminación de la Mutilación genital femenina: declaración institucional*”.

Al 2010 grans organismes de les Nacions Unides col·laborant amb l'OMS publiquen una estratègia a nivell mundial per evitar que els serveis sanitaris puguin duu a terme la mutilació.

Recentment, al 2016 l'OMS va fer una publicació dirigida al sector sanitari, mostrant un protocol on mostra com atendre les complicacions derivades de la Mutilació

Genital Femenina. (OMS, 2016)

A Espanya la MGF està penada per la llei, és un delictes sancionable en els articles 147, 148, 149 i 150 del codi penal 28. Articles 142-228 del codi penal Espanyol

“El que causara a otro mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años. Si la víctima fuera menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento por tiempo de 4 a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz” (BOE, 1995).

3.1.6. Actuació sanitària a Espanya

Introducció

Fonts d'informació afirmen que la prohibició completa d'aquesta pràctica en els seus països d'origen només promouria una major pràctica d'aquesta, en resposta al que seria un atac contra la seva cultura i les seves costums (Saiz i Sánchez, 2015). Per aquest motiu és convenient que l'eradicació d'aquesta es faci des de la informació i conscienciació de la població que la practica. Aquesta tasca recau en gran major part a professionals sanitaris i/o ONGs.

Durant la dècada dels 90 l'augment d'immigració cap a Espanya puja fins l'any 2012, als 6 milions d'habitants d'origen estranger. Gran percentatge d'aquests van tenir i tenen origen Africà, actualment s'ha superat la xifra de 1,1 milions d'immigrants que provenen d'aquest país. Les primeres persones en contacte amb aquest col·lectius solen ser els professionals sanitaris encarregats de realitzar les exploracions mèdiques i protocols per assegurar la salut i seguretat d'aquests (Kaplan i López, 2013). Serà important que aquests professionals estiguin correctament formats per així poder establir un bon contacte i realitzar una bona integració d'aquests ciutadans immigrants en la societat (Saiz i Sánchez, 2015).

Protocols MGF

El protocol vigent actualment a Espanya, aprovat el 14 de gener del 2015 pel *“Ministerio de Salud y Igualdad”* és l'amonenat *“Protocolo Común para la Actuación Sanitaria en relación con la mutilación genital femenina.”* (Kaplan i López, 2013).

“En 2001, el Parlamento de Cataluña aprobó la Resolución 832/VI, de 20 de junio, de adopción de medidas contra la MGF.”

L'àmbit on es detectaran els possibles casos de MGF i es posaran en marxa els protocols són:

- *“Programa de Salud Infantil (PSI)/ Programa de Salud Adolescencia-Juventud.*
- *Programa d'Activitats Preventives en Salut Sexual i Reproductiva.*
- *Programa de la Dona*
- *Programa de Prevenció de Càncer de Cèrvix*
- *Programa de Vacunació Internacional”* (Ministerio de Sanidad, 2015)

Protocols a Catalunya

“El 2002 se presentó el Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina de la Generalitat de Cataluña (Departament d'Acció Social i Ciutadania, Secretaria per la Immigració), dirigido a los profesionales de la salud, los servicios sociales de atención primaria, las escuelas, la policía y otras asociaciones de prevención” (Kaplan i López, 2013).

Actuació

Des del sector sanitari serà necessari poder identificar els factors de risc per tal de poder iniciar el protocol de prevenció i/o intervenció:

- Pertinença a una ètnia practicant de mutilació.
- Familiars majors que l'hagin patit.
- Pertànyer a una família amb intencions de retornar al país d'origen.

Caldrà informar a les famílies sobre les conseqüències tant físiques, psíquiques com legals de la pràctica de la Mutilació Genital Femenina, serà necessari tractar la mutilació amb naturalitat, realitzar controls i prendre mesures en cas de possible ablació, on es prohibirà a la família la sortida del país, s'acordarà controls de comprovació i s'obrirà un informe de seguiment (Casellas et al. 2006).

Segons la valoració del professional es podrà determinar la situació en la que es troba l'infant i iniciar una de les intervencions previstes. Els principals motius de sospita de MGF són viatges al país d'origen, caminar de forma estranya, pal·lidesa cutaneomucosa, pèrdua de vitalitat, etc.

- Circuit preventiu: Ens mostra com des de l'escola, associacions d'immigrants i el CAP, casos de joves en risc han de ser detectats i derivats a l'Equip Bàsic d'Atenció Social Primària (EBASP) i l'Equip d'Atenció a la Infància i Adolescència (EAIA).
- Circuit de sospita: Des de l'escola, CAP, associacions d'immigrants, l'EBASP, l'EAIA i d'altres es detecta la sospita, aquesta es deriva als Mossos d'Esquadra o al Servei d'Atenció a la infància i adolescència, aquests realitzen l'assessorament i duen el cas als Jutjats.
- Circuit MGF realitzada: Aquest es detectada en CAP, Serveis social, escola o altres, pot ser denunciada a Mossos d'Esquadra o realitzar un informe judicial i finalment acabar al jutjat (Casellas et al. 2006).

3.2. El part

M'agradaria introduir els conceptes bàsics referents al part per tal de poder observar com es duu a terme un procés de part eutòcic (Europeu) en una dona sense Mutilació Genital Femenina practicada, observar com es desenvolupa el procés i quines dificultats poden aparèixer tant en l'embaràs com en el part. Amb la finalitat de poder comparar més endavant amb els processos de part de les dones Africanes mutilades.

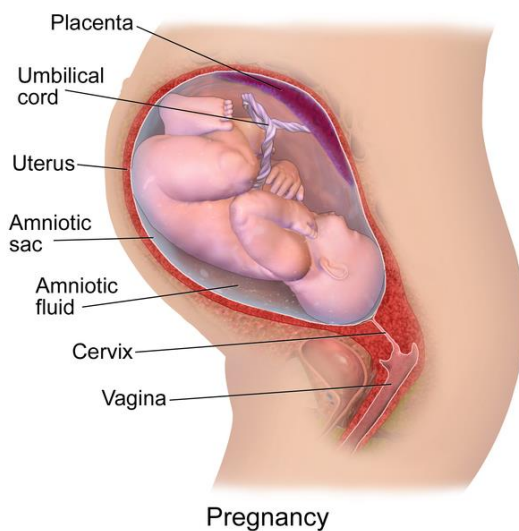


Figura 4: Anatomia general d'un embaràs. Extret de: "Wikiversity Journal of Medicine", Blausen gallery, (2014). [Fotografia]

3.2.1. Descripció

La FAME (Federación de Asociaciones de Matronas de España) defineix el part com *"el proceso fisiológico único con el que la mujer finaliza su gestación a término, en el que están implicados factores psicológicos y socioculturales. Su inicio es espontaneo, se desarrolla y termina sin complicaciones, culmina con el nacimiento y no implica más intervención que el apoyo integral y respetuoso del mismo."* (FAME, 2006)

El part és un procés molt esperat, cultural i socialment molt divers. Es tracta d'un procediment complex on el desig perquè aquest finalitzi amb el naixement d'un nen/a sa i una bona salut de la mare, és tant elevat, que les tècniques mèdiques al seu voltant han augmentant molt i han pres una gran importància en el procés durant els últims anys. És tant, que durant les últimes dècades a Espanya s'ha incrementat notablement l'ús de pràctiques per controlar, monitoritzar, augmentar, medicalitzar i iniciar el procés de part, en dones sanes sense complicacions durant el procés. Agafant aquetes pràctiques com a rutina habitual en tots els processos (OSTEBA, 2010).

3.2.2. Tipus de parts

Entenem que hi ha diverses classificacions entorn als tipus de parts, aquests es poden classificar segons la posició fetal de sortida (cefàlica, de natges, de peus...), segons les setmanes de gestació (terme, preterme o postmadur), segons l'inici del part o segons els mecanismes sanitaris i/o tècniques emprades durant el procés o finalització d'aquest:

1. Tipus segons l'inici:
 - Esponatani: L'inici del part comença espontàniament, de manera natural sense ajudes externes (López, 2015).
 - Provocat o induït: aquest part es dona en situacions on existeix un risc vital per al nen o la mare, quan el part no s'ha provocat de manera espontània. Consisteix en la inducció d'aquest artificialment amb l'ajuda de medicació o diverses maniobres, aquestes ajuden a l'aparició i augment de les contraccions uterines que desemboquen a canvis fisiològic que iniciaran el procés de part. Aquest tipus de part és més dolorós, donat que les contraccions tenen una major intensitat i regularitat (DGSPP, 2006).
2. Tipus segons la seva finalització:

- Eutòcic o normal: es dona quant el nadó i la placenta surten exclusivament amb els pujos materns per la via vaginal. Aquest pot ser amb l'ús d'analgèsia (epidural), sense l'ús d'analgèsia (part natural), en cadira o en medi aquàtic ("piscina" o banyera) (López, 2015).
- Distòcic: és aquell on és necessari l'ajut amb instrumentació per poder retirar i/o facilitar la sortida del fetus. Fa referència a problemes pels quals el nadó no pot néixer per part eutòcic, aquests poden ser de dos tipus (López, 2015):
 - . Instrumental: Són parts vaginals complicats on el fetus te dificultats en sortir pel canal de part o la mare pateix esgotament. S'utilitzen instruments com els fòrceps, la ventosa o les espàtules per ajudar a reconduir el nadó i permetre el part (DGSPP, 2006).
 - . Cesària: Es realitza en casos on existeix un risc vital pel nadó o la mare si es realitza el part per via vaginal. Consisteix en una operació quirúrgica amb anestèsia general o parcial (epidural), on *"es realitza una incisió en el ventre de la mare per extreure el nadó i la placenta"* (López, 2015).

3.2.3. Fases i procés del part normal

No sabem amb exactitud les causes que inicien el part, aquest es dona en situacions de normalitat entre la setmana 38 i 42 aprox. Els símptomes identificables d'aquest inici del procés són presència de contraccions, pèrdua de líquid o sang per la vagina (trençar aigües), expulsió del tap mucós, dolor en la zona lumbar i/o calmants abdominals (INSIDH, 2016).

El part està diferenciat en tres etapes:

1. **Dilatació:** és la primera etapa del procés de part, aquesta es caracteritza per l'inici de les contraccions uterines i canvis cervicals. Aquesta primera etapa engloba des del començament del part, fins a la dilatació complerta i està dividida en dos parts, fase latent i fase activa.
- Fase latent: trobem un esborrament cervical i una lleu dilatació fins als 2cm o

4cm, en aquesta s'inicien les contraccions, variables tant en intensitat com en temps.

- Fase activa: en aquesta la dilatació és més ràpida, arriba fins a 10 cm, les contraccions augmenten en força, l'espai entre elles es cada vegada menor i apareixen amb regularitat preparant a la dona per al període expulsiu.

El temps de duració d'aquesta fase va molt lligat al numero de parts anteriors i de l'ús d'analgèsia (epidural) utilitzada. Les mares nul·líparees i/o les que utilitzen analgèsia tenen un temps de dilatació més llarg, a diferència de les que ja han tingut parts anteriors o no utilitzen epidural. Tot i així el temps va de les 8 a 18h en nul·líparees i de 5 a 12 hores en múltiples.

2. **Expulsió**: Aquesta etapa comença amb la dilatació cervical completa i acaba amb l'expulsió del fetus. Trobem dos fases diferenciades:

- Període expulsiu passiu: hi ha present una dilatació completa del coll del úter però no apareixen contraccions involuntàries d'expulsió.
- Període expulsiu actiu: Aquesta es dona quan el fetus és visible, quan hi ha contraccions involuntàries d'expulsió amb dilatació completa o quan no hi ha contraccions d'expulsió però amb presència de pujos materns amb dilatació completa (OSTEBA, 2010).

La seva duració depèn de molts factors, va de 30 min en mares múltiples a 1 hora en mares nul·líparees, el temps però, es pot allargar fins a 2 hores sent encara normal.

Durant aquesta etapa les contraccions són més fortes i efectives, gràcies a l'ajuda d'aquestes el fetus descendeix pel canal de part, girant sobre si mateix per poder superar el pas pels ossos del maluc. Un cop el cap és visible, amb la força de les contraccions rítmiques i la força d'empenyiment de la mare, podrà sortir el cap del fetus i seguidament la resta del cos. Finalment es procedirà al pinçament del cordó umbilical (DGSP, 2006).

És en aquesta fase on molts professionals sanitaris apliquen la episiotomia, aquesta és molt comuna en la medicina occidental. Consisteix en un tall quirúrgic transvers i controlat a la zona perineal amb la finalitat d'ampliar el forat vaginal i

així evitar un possible esquinçament, aquest es realitza quan és visible el cap del fetus. Podem observar opinions diverses sobre l'ús o abús d'aquesta pràctica i de com influència en el procés de dilatació i d'expulsió. L'article *Episiotomía selectiva frente la episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas* (Juste, Luque, Sabater, Sanz, Viñerta i Cruz, 2007) mostra un recull d'informació actualitzada i un estudi acurat sobre el tema.

3. **Deslliurament:** És l'última etapa, aquesta va des del moment del naixement del nadó fins a la expulsió de la placenta. No trobem criteris universals sobre la duració d'aquesta última fase, però sí és important comentar que és de gran importància la brevetat d'aquesta, ja que va estretament lligada amb l'hemorràgia postpart (HPP), quarta causa de mort materna en el món (OSTEBA, 2010).

Durant aquesta fase gràcies a les contraccions (que apareixen amb més intensitat) la placenta es desenganxa de les parts de l'úter i es desplaça pel canal de part fins a l'exterior. El cordó umbilical és pinçat i tallat per poder donar el nadó a la seva mare. Un cop s'ha expulsat la placenta, aquesta es revisarà i explorarà per verificar la seva expulsió completa, es cosirà la episiotomia en cas de realitzar-se i haurà finalitzat el procés de part (DGSPP, 2006).

3.2.4. Complicacions

1. Primera meitat embaràs:

- Hiperemesi gravídica: vòmits persistents.
- Avort: interrupció de l'embaràs, aquest pot derivar a altres complicacions com sinèquies uterines (trastorn no inflamatori del tracte uterí), esterilitat, problemes d'isoimmunització, insuficiència cervical, hemorràgia i infecció.
- Embaràs ectòpic: l'embrió no s'implanta a la cavitat uterina.
- Mola hidatiforme: Gestació anormal, no i sol haver embrió, apareix una degeneració de la placenta.

2. Segona meitat de l'embaràs:

- Amenaça i/o part preterme: part que s'inicia abans de les 36 setmanes.
- Embaràs prolongat: embaràs que dura més de 42 setmanes, aquest pot desencadenar complicacions com mortalitat perinatal, pèrdua de benestar fetal, macrosomia fetal, oligoamnis, malformacions fetals i fetus postmadurs.
- DPPNI (Abruptio Placentae): Despreniment de placenta, aquesta provoca complicacions com hemorràgia, úter Couvalaire (infiltració hemàtica), insuficiència renal, xoc, etc.
- PP (Placenta Prèvia): implantació de la placenta en el segment inferior de l'úter.
- HTA: Una tensió descontrolada durant l'embaràs pot provocar preeclàmpsia lleu o greu i fins i tot eclàmpsia (quadre convulsiu, xoc, etc.)
- Diabetis gestacional: aquesta pot generar malaltia hipertensiva a l'embaràs, icterícia neonatal, macrosomia fetal, hipoglucèmia neonatal, hipocalcèmia (Turón, 2015).

3. Part:

- Distòcia d'hombros: es dona quan el diàmetre bicrominal del fetus és major al diàmetre de la pelvis, el part es para un cop a sortit el cap del nadó i l'espatlla queda encallada.
- Volta de cordó: el cordó umbilical queda enrotllat al voltant del coll del fetus, pot provocar descens de la freqüència cardíaca fetal.
- Prolapse de cordó: es dona quant el cordó queda situat davant del fetus un cop la bossa de les aigües ha estat trencada.
- Presentació podàlica: la part del fetus que queda encaixada a la pelvis és la part pelviana o caudal (INGRS, n.d.).

3.3. Violència obstètrica

M'agradaria introduir el tema de violència obstètrica, no només amb la finalitat de poder fer una comparativa i estudi sobre aquesta durant els parts de les dones africanes mutilades, sinó també amb l'objectiu de promoure i donar a conèixer aquest concepte molt poc visible encara en la nostra societat.

3.3.1. Descripció

La llei nacional 25929 "*ley de parto humanizado*", va ser la primera llei on es recull el concepte de violència obstètrica. En ella es recullen els següents drets:

- La dona té dret a tenir tota la informació referent a processos i/o intervencions mèdiques, per poder així formar part en la presa de decisions.
- Ha de ser tractada individualment, amb respecte, tenint en compte la seva cultura, creences i mantenint la seva intimitat.
- La partera ha de ser protagonista del seu part, ha de ser tractada com a persona possibilitada per duu a terme el seu part, no com a malalta.
- Respectar els temps del part biològic, evitant medicació i pràctiques no necessàries per al transcurs del procés.
- A de ser informada del procés de part, evolució i pràctiques dutes a terme.
- No ser sotmesa, a menys que es disposi d'un consentiment informat, a cap treball d'investigació.
- Té dret a ser acompanyada per a una persona de la seva elecció.
- A tenir al seu fill o filla amb ella durant la seva estància hospitalària, a menys que necessiti cures especialitzades (Medina, 2009).

La violència obstètrica fa referència a totes les pràctiques impartides durant l'embaràs, part i postpart, efectuades pels professionals sanitaris, on aquests drets recollits en la llei de part humanitzat, no són respectats.

Són, per tant, actes que ataquen els drets de les dones i la seva capacitat per duu a terme un part. On aquesta queda qüestionada al centrar la màxima atenció a

l'úter i el procés mèdic i no a les necessitats de la pròpia dona, preparada fisiològicament per poder realitzar un part en perfectes condicions.

En l'actualitat el servei sanitari aplica aquestes pràctiques, on els parts s'han deixat de intervindre en cas d'urgència, ja no es fomenta el procés de part com quelcom fisiològic sinó com un procés patològic, on el seu resultat, el seu productes, és un nadó (Olza i Sadler, 2016).

Algunes de les actituds i formes de violència obstètrica més comunes són:

- No informar sobre la possibilitat de realitzar un pla de part.
- Realitzar el treball de dilatació i part en una cadira obstètrica, no afavoreix el descens i encaix del nadó.
- Falta d'intimitat, examinacions vaginals sense permís, falta de coneixement del personal sanitari assistent.
- Falta d'informació sobre les diverses opcions, sobre les tècniques i medicació utilitzada i sobre l'estat del procés de part.
- Impersonalitzar a la mare, tractar a la paridora com a úter i persona no capacitada.
- Realització de l'episiotomia per rutina no per necessitat.
- Alt percentatge de cesàries no justificades.

Un procés de part on no s'ha tingut en compte la mare, on se l'ha menyspreat fent creure-la que no és capaç de parir sola, pot afectar a l'autoestima i per tant al postpart. Creant depressió i inseguretats que podran afectar al inici d'aquest nou nucli familiar.

Algunes de les dones que passen per un procés de part amb violència obstètrica afirmen sentir-se "violades", tocades sense permís, sense opció a manifestar els seus sentiments de dolor o incomoditat, brutes al ser observades sense permís, etc (Tovar, 2016).

Tot hi així les associacions en lluita contra la violència obstètrica, són conscients i recolzen els processos mèdics i el personals sanitari en cas de complicacions

durant el part. Recolzar la idea de tenir un part lliure no eximeix de tenir-lo amb seguretat.

3.3.2. Personal sanitari

Diverses enquestes demostren que el personal sanitari és coneixedor de la violència obstètrica, un alt percentatge reconeix haver presenciat casos tant per part de metges, infermeres i altres professionals. Aproximadament una mica més de la meitat és conscient de l'existència d'una llei on es recull aquesta violència com a delictes, per tant els drets de la partera i reconeixen no respectar-la sempre. No obstant l'atenció als parts segueix sent mecànica, molt medicalitzada i amb el punt de mira rentable i econòmic (Fainete, Leo i Toro, 2012).

Un altre estudi realitzat a diverses llevadores (les quals són coneixedores d'aquest fet que ens ocupa), ens mostra com han observat conductes de violència obstètrica i comenten no haver pogut actuar en contra d'aquestes al ser pressionades pel centre. Expliquen les pautes mecanitzades i la dificultat que hi ha en enfrontar-se contra elles i els diversos companys que actuen a favor d'aquests protocols. Moltes d'elles pateixen depressions, sentiments de remordiment i culpa, que les condicionen a deixar els seu lloc de treball (Olza i Saldler, 2016).

3.4. MGF en l'embaràs part i postpart

Degut a la dificultat en la cerca, sobre articles on apareguin la MGF relacionada amb l'embaràs, la informació obtinguda i exposada ve donada per un nombre reduït d'estudis antics. D'aquests en puc destacar l'article del "*International Journal of Gynecology & Obstetrics*", on es tracta el procés i les complicacions patides en un entorn més medicalitzat i la revisió bibliogràfica "*Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the presence of female genital mutilation*", on s'observen aquestes alteracions en un entorn més rural. Entre d'altres articles, he fet una recollida centrada especialment en les complicacions que es poden destacar durant el procés d'embaràs, part i postpart, en noies ateses en centres sanitaris, per així poder fer una aproximació a l'estudi a realitzar:

3.4.1. MGF i l'embaràs

Aquests estudis van demostrar que les noies mutilades tenen major dificultat per a quedar-se embarassades i un major risc de patir complicacions durant l'embaràs (WHO, 1997). Degut a un augment de la circulació sanguínia a nivell dels òrgans genitals, trobem que hi ha un augment de la sensibilitat i per tant poden augmentar les molèsties o dolor per a aquestes dones. Aquest augment del flux sanguini provocarà un creixement de la vagina i el seu conducte, per tant augmentaran les possibilitats de patir una infecció del tracte urinari (ITU). El conducte urinari també queda anormalment més dilatat, deixant així la zona vaginal sempre humida, afavorint les infeccions bacterianes. Aquestes infeccions poden complicar-se fins a provocar febres i dolor.

Una altra de les complicacions derivades de la Mutilació Genital Femenina són els quists, formats per pell, productes rebutjats, greixos, cabell, etc. Aquest es solen intervenir quirúrgicament per a la seva extirpació, però, durant l'embaràs, aquest tipus d'intervenció comporta un gran risc d'hemorràgies importants. Els quists augmentaran el seu tamany durant l'embaràs, degut al major flux de

sang. Cal informar sobre aquesta inflamació, és normal i benigna i no ocasionarà cap problema al fetus.

Per altre banda trobem els queloides, aquests són el resultat d'una infecció de les ferides, que posteriorment, provoca un enduriment del teixit. Poden causar alguna complicació durant el part, tampoc es poden intervenir durant l'embaràs. S'han de controlar amb molta atenció ja que el seu esquinçament i/o tall podria esdevindre una forta hemorràgia (Rushwan, 2000)

També apareixen complicacions en les diverses exploracions, on en moltes ocasions cal anestesià la zona per desinfibular i així poder realitzar el control. Aquestes avaluacions poden comprometre inclús el benestar o la vida del fill i la mare. En alguns casos serà necessari el consentiment del marit per a la exploració (WHO, 1997).

3.4.2. MGF i el part

Les complicacions a l'hora del part van estretament lligades amb el grau de mutilació que pateix la dona, a major mutilació majors seran les possibles complicacions que podrà experimentar durant el part (Rushwan, 2000).

Les dones a les que se les ha practicat una excisió o infibulació (tipu II i III) solen tenir parts de risc. La seva exploració pot ser dificultosa o impossible, degut a la tensió i la poca obertura vaginal. En molts casos és necessari realitzar una desinfibulació, per tal de poder avaluar l'evolució i poder facilitar el procés de part. En alguns estudis es mostra que amb la realització d'una episiotomia aquestes dificultats queden solucionades (WHO, 1997).

En les cesàries programades o d'urgència, poden aparèixer complicacions a l'hora de realitzar el sondatge de la pacient. En aquests casos la desinfibulació es realitza un cop induïda l'anestèsia, juntament amb el sondatge.

Les dones amb excisió o infibulació no poden realitzar un part sense ajuda, ja que

l'enduriment de les cicatrius vaginals no permeten la sortida del nadó pel canal de part. Es per aquesta raó que es practica sovint la desinfibulació més l'episiotomia. Tot i així en molts casos les dones pateixen estrips de fins un 3º grau, que poden arribar a recte. Aquests poden afectar el canal rectal o la bufeta, provocant posteriorment incontinència, generalment les dones incontinents són rebutjades per la seva família i comunitat (Rushwan, 2000). Els estrips i episiotomies són les complicacions més comuns, està demostrat que les dones mutilades pateixen un dolor major perineal, aquest dolor pot provocar un alentiment a la primera fase del part (dilatació) i derivar a l'anomenada "*inèrcia secundària*", negació de la mare a empènyer degut al dolor, durant la segona fase del part. L'episiotomia es realitza durant la segona etapa del part, aquesta no pot estendre's més de la uretra (WHO, 1997). L'hemorràgia provocada per aquests estrips pot ser de gravetat i necessitar intervenció quirúrgica.

Quant el treball de part es veu perllongat poden aparèixer complicacions degudes a la pressió exercida pel nadó als òrgans adjacents (bufeta i recte), pot causar necrosi a la paret vaginal, que podran esdevenir a fístules vesicovaginals i/o fístules recte-vagina. Aquesta prolongació del part també pot generar una hipòxia pel nadó i ser resultat de problemes cerebrals o a la mort del fetus (Rushwan, 2000).

La MGF és la causant de l'augment del percentatge de mort d'aquestes dones durant el part, en especial en els seus països d'origen, on hi manquen els recursos (WHO, 1997).

3.4.3. MFG i el postpart

Un cop finalitzat el part serà necessari la sutura dels estrips i/o episiotomia que s'hagi pogut realitzar per tal de facilitar el procés. Hi ha d'haver una especial cura per tal d'evitar una possible infecció, ja que aquesta, podria desencadenar a una

hemorràgia secundària. S'haurà de realitzar una bona profilaxi antibiòtica i controlar els nivells d'hemoglobina, l'anèmia és una de les complicacions més habituals degut a la pèrdua de sang durant el procés de part (Rushwan, 2000).

Els nens/es nascuts de mares mutilades solen tenir, durant els primer minuts de vida, un APGAR menor degut al esforç durant el treball de part i generalment, a la prolongació d'aquest (Hakym, 1997).

La reinfibulació és un procés comú després del part. Aquesta duu totes les complicacions que comporta una mutilació, més futurs problemes ginecològics, s'ha de fer tot el possible perquè la parella rebutgi aquesta idea (WHO, 1997). Actualment a Espanya no està permesa aquesta pràctica, metges i llevadores han d'informar i educar a la pacient i família, del risc i el gran nombre de complicacions que pot patir si és mutilada de nou. Quan aquesta reinfibulació és practicada sense els materials i condicions d'higiene necessaris, poden aparèixer complicacions com infecció, degut al contacte amb orina i/o femta, tètanus, gangrena derivada d'espores de *Clostridium welchii*, VIH, hepatitis B, etc. Un cop tornades a mutilar la micció pot ser molt difícil o impossible, pot quedar el canal urinari totalment obstruït i generant un gran dolor durant la micció (Rushwan, 2000). La ferida també pot complicar-se amb un edema, granulació o fibrosi, obstruint més el canal vaginal i uretral, en moltes ocasions desencadenant també una infecció per la retenció d'orina (WHO, 1997).

Les mares no només queden afectades a nivell físic, apareixen gran nombre de mares amb estrés posttraumàtic, problemes psíquics (trastorn afectiu) i trastorn d'ansietat derivats del procés de part (Elnashar i Abdelhady, 2007).

4. Justificació del tema

Actualment la gran majoria d'estudis relacionats amb Mutilació Genital Femenina, han estat enfocats cap a la seva història, pràctica, creences, motius, legalitat, etc. S'ha donat un enfocament molt més social i legal a la qüestió. Amb un cert morbo a les qüestions de creences i motivació de la pràctica. A nivell sanitari, però, es poden observar alguns treballs i documents sobre com tractar aquestes dones, estudis on s'observen si els professionals sanitaris tenen prou coneixement sobre el camp, protocols d'actuació davant la prevenció de la mutilació a les nenes i estudis sobre com abordar les cures, promoció i prevenció (Ministerio de Sanidad, 2015). En quant a estudis on es tractin les complicacions i dificultats que aquesta pràctica pot derivar en dones embarassades, són molt escassos i difícils de trobar. Actualment a l'estat Espanyol la informació referent a la dona mutilada durant l'embaràs és pràcticament nul·la, trobant algun estudi on es parla sobre la visió de les llevadores referent a aquesta pràctica (Casajoana, 2012). Altres estudis trobats a nivell internacional, on sí que s'aborden aquestes temes, són articles desactualitzats, on el seu focus d'atenció principal, va encarat als parts del seu país d'origen, realitzats en un ambient no medicalitzat. Encara en menor proporció, podem trobar estudis on es relacionin els parts de les dones mutilades, amb l'atenció sanitària i la possible violència obstètrica practicada.

És un fet que la immigració va en augment des de la dècada dels 90, (Kaplan i López, 2013). On actualment el 4,8% de la població catalana és d'origen africà (Generalitat de Catalunya, 2016). Per tant l'atenció sanitària a dones africanes també augmentarà.

Els professionals sanitaris hem d'estar preparats per treballar amb la societat que ens envolta, amb innovacions tecnològiques, canvis en protocols, nous estudis, diversitat cultural, diferències econòmiques i canvis polítics. Adaptar-se dia a dia i enriquir-se d'aquest procés d'evolució, per això és necessari l'estudi i comprensió d'altres cultures. Per poder, des de la infermeria, donar una atenció

bio-psico-social, on s'inclouin les necessitats de l'usuari, on es respectin les seves creences i desitjos, per així millorar l'ambient i facilitar la seva recuperació.

He volgut dissenyar aquest estudi, perquè penso que la MGF és un tema amb poca visibilitat en la nostra societat, un fet que atempta contra la integritat de les dones, per motius merament culturals. Com he anomenat anteriorment, els estudis actuals sobre el tema són escassos, penso que seria molt interessant obrir una nova línia d'investigació on s'uneixin el procés d'embaràs, part i postpart, amb la MGF i amb la atenció adequada, mantenint una mirada holística. Per això com a futura infermera m'agradaria poder actuar i ajudar a les dones africanes mutilades, a tractar-les segons les seves necessitats i amb respecte cap a la seva cultura. Proporcionant les cures que siguin necessàries i l'educació pertinent per evitar aquesta pràctica des de l'arrel.

Finalment concretar la meua limitació de l'estudi a les dones amb MGF de tipus II o III, degut a la informació prèvia analitzada, on s'ha observat que les dones amb clitoridectomia (tipus I), no solen patir complicacions durant el procés de part, en canvi les dones mutilades de excisió o infibulació (tipus II o III), necessiten ajuda per poder donar a llum (Rushwan, 2000). Entenent que els possibles resultats obtinguts en l'estudi poden ser aplicats en complicacions aparegudes en mutilades de tipus I.

5. Objectius

1. Conèixer quines són les possibles complicacions físiques, psíquiques i socials, que poden patir les dones amb MGF, de tipus II o III, durant el seu procés d'embaràs, part i postpart.
 - Observar com la MGF, pot afectar a la salut sexual i reproductiva de la mare.
 - Descobrir com viuen les dones africanes el seu procés d'embaràs, part i postpart.
 - Entendre els motius culturals que condueixen a aquesta pràctica.
 - Comparar quines complicacions són més abundants en les dones mutilades, de les no mutilades.
 - Observar quines possibles complicacions derivades de la MGF poden afectar al nadó.

2. Observar l'abordatge dels professionals sanitaris (llevadores i infermeres), durant el procés d'embaràs, part i postpart, de les dones amb MGF.
 - Observar el recolzament ofert pels professionals sanitaris.
 - Analitzar possibles conductes dràstiques durant el part (violència obstètrica).
 - Estudiar quines possibles intervencions serien adequades per tractar amb aquest col·lectiu.
 - Analitzar les conductes dels professionals sanitaris dirigides cap al col·lectiu de dones amb MGF.
 - Valorar la necessitat de creació d'un protocol d'actuació per a personal sanitari davant casos de "Dones patidores de MGF en embaràs, part i postpart".

6. Hipòtesis

Les dones amb Mutilació Genital Femenina, de tipus II o III (excisió o infibulació), pateixen un major nombre de complicacions durant el procés d'embaràs, part i postpart.

7. Metodologia

7.1. Àmbit d'estudi

L'estudi que hem plantejo es realitzarà a l'àrea d'obstetrícia i ginecologia de l'hospital del Mar. Aquest forma part del Consorci MAR Parc de Salut de Barcelona (aprovada la seva creació el gener del 2010), es tracta d'una organització integral de serveis que formen un Parc de Salut en el litoral de Barcelona. La població de referència de l'hospital són els districtes marítics de Ciutat vella i Sant Martí.

He escollit aquest hospital perquè els percentatges d'immigració de la zona de referència de l'hospital dels últims 6-7 anys són d'uns 280.000 habitants. Més del 38% a Ciutat Vella i gairebé del 15% a Sant Martí. Actualment el 25% dels casos atesos a urgències són de població immigrant. Per aquest motiu l'hospital conta amb un servei de Mediació Cultural, que facilita la comunicació entre aquests col·lectius i el personal sanitari (PSMAR, 2012). Així doncs segons els percentatges hi haurà una major probabilitat de casos, d'aconseguir mostreig de dones patidores de MGF.

La població en estudi seran aquelles dones africanes que pateixin Mutilació Genital Femenina, embarassades i que acudeixin a l'hospital per realitzar controls, per parir i/o per complicacions durant l'embaràs. Han d'haver sigut mutilades de tipus II o III (escissió o infibulació) i han de complir els criteris d'inclusió i exclusió.

7.2. Disseny

Per tal de poder observar quines complicacions pateixen les dones mutilades a l'hora de parir, realitzarem un estudi qualitatiu. Es tracta d'un estudi qualitatiu interpretatiu, on es fa ús de les dades obtingudes per il·lustrar i generar teories o conceptes i de disseny narratiu, on es té en compte les persones en si mateixes i el seu entorn. Els seus descobriments podran ser útils per a la

orientació i resolució d'un problema (Salgado, 2007).

He escollit l'ús d'un disseny qualitatiu perquè:

- **Aporta una informació més propera i detallada:**

Les entrevistes en profunditat permeten obtenir un clima de confiança entre entrevistador i entrevistat, que permetrà una major recopilació d'informació, molt més pròxima al entrevistat i un major nombre de detalls que no podrien ser apreciats, ni recollits en un mètode quantitatiu.

- **Es té en compte les experiències, sensacions i sentiments del entrevistat:**

Degut a la finalitat de l'estudi, de poder elaborar un protocol on es tinguin en compte les necessitats espirituals i sentimentals de les dones mutilades, és necessari poder obtenir informació personal de com han viscut elles el procés i quins aspectes psicològics les han pogut afectar.

- **Possibilitat d'arribar a un enfocament més subjectiu i pròxim:**

El mètode qualitatiu permet personalitzar la informació recollida. Permet fer partícip a l'investigador, prèviament format sobre el tema, en la recollida de dades, interpretant expressions i llenguatge corporal del entrevistat.

- **Visió més holística i bio-psico-social:**

Els estudis qualitatius ens permeten poder obtenir resultats i conclusions on es contemplin i es tingui en compte a la persona en tots els seus aspectes, psicològic, biològic i social. Obtenint així una mirada holística, model amb el que es treballa des de infermeria.

- **Possibilitat d'interpretar resultats inesperats:**

Les entrevistes permeten al entrevistador poder abordar tots els temes possibles que puguin aparèixer durant el transcurs de l'entrevista. Les preguntes solen ser generals per deixar expressar a l'entrevistat i així poder conduir l'entrevista cap

on aquest es vulgui expressar.

- **Reducció de la mostra necessària:**

Donada la dificultat en la recollida de la mostra d'estudi, per manca de casos, és necessari l'ús d'un estudi on la mostra pugui ser petita. Amb el mètode qualitatiu es permet a partir d'una mostra reduïda obtenir validesa científica i una gran aportació de dades.

7.3. Població i mostra participants

La població d'estudi seran dones d'origen africà, patidores de mutilació genital femenina (Tipus II o III), que siguin residents actualment a Espanya. Les participants seran dones embarassades, entrevistades durant els controls i /o durant el procés de part i postpart. L'edat de les participants no estarà limitada, l'estudi es realitzarà amb totes aquelles dones amb edat i característiques adequades per quedar-se embarassades.

La mostra serà d'un màxim de 15 participants, que segueixin aquest perfil i compleixin els criteris d'inclusió. La cerca de la mostra es realitzarà durant els 12 mesos de durada de l'estudi. Les participants seran seleccionades durant el primer trimestre d'embaràs, on serà la mateixa professional (llevadora), la que realitzarà el seguiment, control i la encarregada d'observar si la pacient compleix els criteris d'inclusió. En cas afirmatiu, s'informarà sobre l'estudi, la seva finalitat, els objectius, els controls que es realitzaran i l'entrevista final.

7.4. Criteris inclusió i exclusió

Criteris inclusió:

- Alfabetització: la usuària ha de poder comunicar-se en català i/o castellà. En cas negatiu, caldrà que disposi d'un familiar, amic o intèrpret del programa

Mediació Cultural del Hospital del Mar que l'hi pugui fer d'interpret.

- Donada d'alta a la seguretat social.
- Pacient de l'Hospital del Mar.
- Dona d'origen africà.
- Embarassada.
- Presència de MGF: Mutilació genital femenina realitzada al seu país d'origen, cal que aquesta sigui tipus II o III (escissió o infibulació).

Criteris d'exclusió:

- Dones amb malalties mentals que dificultin el procés de comunicació.
- No possibilitat de realitzar un procés d'embaràs complet.
- Dones no patidores de mutilació genital femenina o mutilades només de tipus I (clitoridectomia).
- Dones que no siguin d'origen africà.

7.5. Intervenció

La intervenció a realitzar tractarà d'un estudi qualitatiu narratiu (Salgado, 2007) on es volen observar les possibles dificultats i complicacions durant el procés d'embaràs, part i postpart, existents entre les dones que han patit una mutilació genital femenina (tipus II o III). Es centrarà en observar quines possibles complicacions físiques, psicològiques i socials poden aparèixer durant el procés, també en descobrir les necessitats espirituals i/o desitjos. Un cop finalitzada la recollida de dades i l'anàlisi d'aquestes, s'elaborarà un protocol sanitari on es tingui en compte les necessitats biològiques, psicològiques i socials d'aquest col·lectiu.

Iniciarem la intervenció formant els professionals que ens ajudaran en el nostre estudi. Aquests seran els i les llevadores de l'hospital del Mar, ja que tindran un contacte directe amb les participants i seran les encarregades del seguiment i control durant l'embaràs. Es realitzarà una xerrada formativa on s'explicarà

l'estudi, objectius, finalitat, mostra necessària i paper dels professionals implicats. Al final de la xerrada es repartirà un dossier on estarà resumit l'estudi i el seu funcionament.

Un cop formats els professionals implicats, aquests s'encarregaran de buscar dones que encaixin en el perfil desitjat durant els 12 mesos establerts.

Aquestes dones seran informades pels professionals sobre l'estudi, el seu desenvolupament i la seva finalitat. Si es mostren col·laboradores, seran incloses dins l'estudi, se'ls entregarà el full informatiu sobre l'estudi (Annex2) i se'ls farà signar el consentiment informat (Annex1).

7.6. Recollida de dades

La recollida de dades es realitzarà a través d'entrevistes semiestructurades en profunditat, realitzades a totes aquelles dones amb MGF localitzades, que compleixin els criteris d'inclusió i als o les llevadores del Hospital del Mar, que hagin tingut contacte o seguiment amb algun dels casos. També es recolliran dades mitjançant l'observació semiestructurada del propi investigador i amb l'ajut de les fulles de control de l'embaràs del centre.

7.6.1. Observació semiestructurada i semiparticipant:

Es tracta d'un procés d'observació bàsic, caracteritzat per ser intencionada, il·lustrada, selectiva i interpretativa (Campos, 2012). Serà realitzada pel propi investigador, durant les consultes i si hi ha la possibilitat, durant el procés de part de la usuària. L'investigador estarà present en les situacions descrites, sense participar, anotant en un diari totes les observacions i pensaments generats. És de gran importància, donat que gràcies a ella es podran recollir dades externes sobre el procés i sobre les intervencions, tant del personal sanitari, com familiars, com de la usuària. Seran els propis professionals, prèviament formats, qui es posaran en contacte amb l'investigador per informar sobre

horaris de visites concertades amb les dones participants i en el moment de l'inici del part, així aquest/a podrà acudir a la cita i realitzar l'observació.

La seva finalitat és poder observar tots aquells comportaments, actituds, comentaris expressats o fets per part dels professionals de la salut. Poder estar present durant els protocols sanitaris establerts, les exploracions, proves diagnòstiques, informació facilitada, urgències... Posant l'accent en l'observació de temes com la privacitat, el respecte, la possible violència obstètrica, la comprensió per la cultura, protocols realitzats i l'expressió. L'investigador observarà des d'una posició externa a la situació i amb el criteri d'una persona formada amb anterioritat sobre la MGF. També serà important observar a les dones: com actuen, com s'expressen, com comenten la seva mutilació i com la viuen. Deixaran constància de quins sentiments es poden observar, si es mostren actituds de por, tristesa, ràbia, indiferència i/o felicitat. Per últim, s'haurà d'observar el paper de la família i/o el marit en un context sanitari com aquest.

Per facilitar la recollida durant l'observació, l'investigador/a serà portador d'un guió d'observació (Annex 5), una pauta estructurada però flexible (Campos, 2012) on estaran presents els principals aspectes a valorar. La informació serà recollida amb l'ajuda d'una llibreta o ordinador i una gravadora, per evitar la pèrdua de dades.

7.6.2. Entrevistes semiestructurades en profunditat:

L'entrevista és la tècnica mitjançant la qual l'investigador/a, busca obtenir informació per part del participant de manera oral i corporal, aquesta estarà relacionada amb vivències i pensaments subjectius de l'entrevistat. Són bidireccionals, és a dir, hi ha una integració i comunicació entre l'entrevistador i l'entrevistat. L'investigador serà l'encarregat de dirigir i portar el fil conductor, per orientar l'entrevista en la direcció desitjada, així com recollir la informació objectiva a primera vista i la subjectiva expressada en forma d'emocions (García, Martínez, Martín & Sánchez, n.d.).

Les entrevistes en profunditat es realitzaran sempre en un entorn tranquil que afavoreixi la comunicació i expressió de sentiments per part de la participant. Les entrevistes a les dones es realitzaran pocs dies després del part, en un entorn segur i còmode per a elles, com podria ser el seu domicili. Seran concertades prèviament i en només hi serà present l'investigador, l'entrevistada i en cas de dificultat amb la llengua, el familiar o traductor que faci d'interpret. La seva durada serà d'uns 60 minuts aproximadament, tenint present la possibilitat d'allargar el temps a criteri de l'investigador. Donat que en les entrevistes es busca la màxima expressió de l'entrevistat, en molts casos, serà necessari l'augment del temps per facilitar l'expressió d'aquest i captar el major nombre d'informació facilitada.

L'entrevistador serà portador d'un guió (Annex3), aquest servirà com a eina per organitzar, per descriure les qüestions necessàries a abordar i per a una recollida de les dades bàsiques de les participants. Les preguntes seran el més obertes possibles, deixant així la major expressió de la dona entrevistada. L'entrevista es podrà modificar o canviar el seu rumb en funció dels temes expressats per part de la participant, igualment les preguntes podran variar a criteri del investigador/a per tal d'aconseguir una major informació sobre un tema determinat.

La finalitat de l'entrevista serà l'obtenció d'informació detallada i personal, referent a sentiments, experiències i opinions sobre com la dona mutilada ha viscut el seu procés d'embaràs, part i postpart, a nivell biològic, psicològic i social. Es buscarà la seva opinió sobre possibles canvis en comportaments, comentaris o accions experimentades per part dels professionals de la salut cap a ella.

En quant a les entrevistes amb els/les llevadores, aquestes seran concretades un cop finalitzada la recollida de dades de gran part de la mostra obtinguda, cap al final de l'estudi, per així poder obtenir el major grau d'informació i poder contrastar entre els diversos casos vistos durant l'estudi. Les entrevistes també tindran

una durada d'uns 60 minuts amb possibilitat d'ampliació a criteri del investigador. L'ambient on es realitzaran serà tranquil, si s'escau en una sala de reunions cedida pel centre, on només estaran presents el o la llevadora entrevistada i l'investigador.

Durant l'entrevista es seguirà un guió (Annex 4), per tal d'abordar els temes més importants, les preguntes, també seran obertes, per tal d'aconseguir el menor acotament de les respostes dels professionals. Durant l'entrevista es disposarà de les fulles de control d'embaràs i part de les participants, per poder observar juntament amb els professionals, les complicacions biològiques i físiques que podran haver patit les dones participants en l'estudi. La finalitat de l'entrevista és poder observar quines dificultats i complicacions, han sigut observades per part dels professionals sanitaris, en dones patidores de MGF tipus II i III, que no s'observin en dones no mutilades. També es busca obtenir la seva opinió i aportació a l'hora d'elaborar un protocol sobre com actuar en casos de MGF durant l'embaràs, part i postpart.

Les entrevistes seran gravades per evitar la pèrdua d'informació i facilitar la feina de recollida de dades a l'investigador/a. S'informarà a l'entrevistada a l'inici de la sessió de la necessitat d'enregistrar la conversa, es recordaran els seus drets i s'informarà sobre la confidencialitat i la privacitat.

7.7. Anàlisi dels registres

Un cop finalitzat el període de recollida de dades (12 mesos), l'investigador farà una valoració sobre el nombre de casos detectats i entrevistats, si aquests són inferiors a 15 dones, o superiors però d'escassa informació, es podrà valorar la possibilitat d'allargar el període de recollida 6 mesos més. Si el nombre de casos és inferior a 15 dones, però la informació obtinguda es creu suficient per a l'elaboració de conclusions i del protocol, es tancarà el període de recollida de dades.

Per tal de protegir les dades personals de les usuàries, l'investigador farà ús d'un mètode de codificació per lletres. A cada participant se li designarà una lletra del abecedari en ordre creixent (A,B,C...) segons el seu inici en l'estudi. Aquesta lletra serà emprada per l'investigador/a per a poder classificar i ordenar totes les dades recollides sobre aquella usuària. Potenciarà l'anonimat de les dades utilitzant la lletra designada per expressar comentaris i idees, a l'hora de redactar les conclusions. (Ex: "*Mentre que C va patir dolor en l'exploració..., F va comentar que no creia correcte l'actitud de...*")

L'anàlisi de les dades obtingudes es farà mitjançant la teoria de Huberman & Miles (2000), basada en 3 processos relacionats entre sí:

1. **Reducció de les dades:** es reduiran i compactaran totes les dades, simplificant expressions repetides, agrupant conceptes, enllaçant idees, seleccionant participants, ús de resums, etc. De manera que totes les dades obtingudes quedin estructurades i ordenades en categories.
2. **Presentació de les dades:** es mostraran les dades de forma clara i ordenada, amb l'ús de sinopsis, diagrames, resums i/o croquis, per a facilitar la visió crítica del investigador. D'aquesta manera les dades quedaran exposades de forma clara, per facilitar el procés de reflexió i treball alhora d'extreure possibles conclusions.
3. **Elaboració i verificació de conclusions:** l'investigador extraurà les conclusions del seu estudi mitjançant eines comparatives, la triangulació, contrastos, etc.

Per realitzar els apartats de reducció de dades i presentació de les dades, es farà ús del programa informàtic ATLAS.ti. Es tracta d'un "*programa d'anàlisi qualitativa assistit per ordinador (QDA) que permet a l'investigador/a: (a) associar codis o etiquetes amb fragments de textos, sons, imatges, dibuixos, vídeos i altres formats digitals que poden ser analitzats significativament amb un enfocament formal i estadístic; (b) buscar codis de patrons ; i (c) classificar-los*" (E. Gallardo, 2014).

Posteriorment es realitzaran les conclusions, l'investigador/a podrà comparar, investigar i extreure idees, gràcies a la presentació ordenada de les dades obtingudes i els seus coneixements previs de la cultura africana, la MGF i procés d'embaràs. Les conclusions seran redactades fent ús del sistema d'assignació de lletres, comentat anteriorment, per mantenir una coherència en la redacció de les conclusions i l'anonimat de les participants.

Un cop realitzat l'últim apartat d'elaboració i verificació de les conclusions, si s'escau, s'iniciarà juntament amb la col·laboració d'un grup de professionals sanitaris en el camp de la ginecologia i l'obstetrícia, el procés d'elaboració d'un protocol d'actuació per a personal sanitari davant casos de "Dones amb presència de MGF en embaràs, part i postpart". En ell, es tindran en compte els resultats obtinguts gràcies a l'estudi, inclourà les possibles complicacions biològiques i psicològiques observades en dones mutilades de tipus II o III i l'actuació aconsellada durant els controls i exploracions. També inclourà un protocol a seguir durant el part i en situació d'urgència. Finalment s'inclourà el postpart, on seria necessari fer èmfasis en l'educació sanitària, els perills i la situació legal actual sobre la reinfibulació. El protocol adoptarà les propostes de millora manifestades per les dones africanes, amb la finalitat de millorar l'atenció i tracte, tenir en compte l'ètica i el respecte cap a la cultura i prevenir conductes violentes o parts on es pateixi violència obstètrica.

7.8. Limitacions de l'estudi

Les possibles limitacions i dificultats que poden aparèixer durant el procés d'estudi han sigut recollides en una taula, on es mostra la possible repercussió sobre els resultats obtinguts i on es plantegen propostes de millora per minimitzar l'impacte d'aquestes:

	Limitació	Afectació en el resultat	Proposta millora
1	Dificultat en l'obtenció de la mostra pel estudi.	Reducció de dades i la informació obtinguda, poca variabilitat de casos.	Ús d'un estudi qualitatiu, per obtenir una major riquesa de detalls i major informació a partir d'una mostra menor. Ampliació del període de busca i recollida de dades.
2	No obtenció d'un clima que evocui a la confiança durant l'entrevista.	Dificultat en l'expressió de sentiments per part de la entrevistada. Obtenció de poca informació, o molt generalitzada.	Sol·licitar una segona entrevista transcorregudes unes setmanes i escollir un espai còmode per a la dona entrevistada.
3	Diferències culturals importants	Dificultat en la comprensió de costums i normes socials, aquestes poden no quedar correctament anotades o abocar a dubtes. Menor expressió d'informació per a la defensa de la seva tradició cultural. Negació d'afectació derivada de MGF.	Prèvia formació de l'investigador en temes relacionat en cultura africana, MGF i en el procés d'embaràs, part i postpart.
4	L'investigador/a pot ser avisat en qualsevol moment per a la	Pèrdua de dades en cas de no poder assistir a la cita o arribar amb retard.	Mobilització de l'investigador/a, durant el període de recollida

	observació semiestructurada i semiparticipant, durant un part iniciat i/o una urgència.		de dades, a la zona de Barcelona o rodalies.
5	Falta d'acceptació de l'estudi per part dels familiars.	Possibles dificultats en la recollida de dades. Perill d'abandonament de l'estudi per pressió.	Comptar amb l'ajut del servei de Mediació Cultural de l'hospital per tal de comunicar-se amb la família i arribar a possibles acords pel benestar de tothom.

7.9. Aspectes ètics

Previ a l'inici de l'estudi, aquest serà presentat davant del Comitè d'ètica de Catalunya.

El comitè s'encarregarà de realitzar la revisió, valoració i aprovació, garantint que es respecti la dignitat i drets de les persones que participin en ell.

Un cop aprovat, aquest serà presentat al comitè d'ètica i al director/a de l'Hospital del Mar, per demanar els permisos pertinents per a poder assistir a les consultes, quiròfans, parts i urgències, de l'hospital durant el període d'estudi.

Per altra banda, les participants en l'estudi, seran informades a l'inici de les sessions i sempre que sorgeixin dubtes al llarg del recorregut. Se'ls farà entrega de dos documents el consentiment informat (Annex 1) i el full informatiu sobre l'estudi (Annex 2).

- **Consentiment informat:** es tracta d'un document que signarà la participant

lliurement i sobre el seu criteri, un cop hagi sigut informada degudament sobre l'estudi a realitzar i l'ús que se'n derivarà de la informació obtinguda. En ell es té en compte la Llei Orgànica 41/2002, del 14 de novembre, "*Básica reguladora de la autonomía del paciente y derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica*" (BOE, 2002), permet al participant l'accés lliure, modificació i/o cancel·lació de les dades referides a ell. Serà necessari la seva firma per tal de poder fer ús de les dades proporcionades i participar en l'estudi.

- **Full informatiu sobre l'estudi:** Es tracta d'un document on es recollirà tota la informació necessària per a les participants, sobre objectius d'estudi, procediments a seguir, drets, protecció de dades i finalitat de l'estudi. En ell apareixerà la informació bàsica de l'investigador/a per facilitar la posada en contacte tant de professionals com de dones participants i la seva signatura en compromís ètic i d'ús responsable de les dades obtingudes.

Previ a les entrevistes, es recordarà a les participants que les seves dades i informació personal quedaran protegides, com dictamina la llei L.O. 15/1999 de 14 de Desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (article 3, punt 6 del Reial Decret 223/2004). L'entrevista quedarà codificada mitjançant lletres, on només l'investigador/a tindrà la seva correlació (veure anàlisi de registres). També, es recordarà que la participant és lliure de no contestar preguntes d'incomoditat per a ella i la possibilitat de l'abandonament de l'entrevista o finalització de la seva participació en l'estudi, sota el seu criteri.

L'investigador/a seguirà un estudi on es tindrà en compte la no violació de la intimitat de les participants i l'anonimat de les dades en tot moment. Les valoracions realitzades seguiran criteris de màxim respecte, tenint present les diferències culturals, les diversos costums i la diferència d'opinions. No es violaran els drets de les dones durant el procés d'investigació, en cas d'incomoditat per part de la participant l'investigador/a finalitzarà la seva tasca d'immediat.

8. Utilitat pràctica dels resultats

Els resultats permetran:

- Descobrir les possibles complicacions físiques que poden aparèixer, en un entorn desenvolupat, durant un procés d'embaràs, part i postpart en dones que han sigut mutilades de tipus II o III.
- Avaluar el risc vital present durant aquest procés i estudiar possibles estratègies de prevenció i control.
- Comprendre millor les necessitats físiques, psicològiques i socials presents en dones amb MGF durant el seu procés d'embaràs, part i postpart.
- Esbrinar quina és la percepció de violència obstètrica durant els parts en dones mutilades i quines alternatives en proposarien.

Innovació en l'estudi:

- Estudis quasi inexistent a Catalunya i la resta de l'Estat. Els estudis realitzats al nostre país es centren en la prevenció de la MGF des de l'Àrea Bàsica de Salut, en la defensa dels drets de la menor i sobre els protocols establerts. Apareix molt poca informació sobre l'àrea obstètrica de la dona mutilada.
- La violència obstètrica és un tema en expansió al nostre país, de la mà de la lluita feminista creixent, on es defensen els drets de les dones i la igualtat de gènere. La violència obstètrica es dona a conèixer i és recolzada cada vegada per més associacions com "*El parto es nuestro*" o "*OVO*". Aquest any es realitzarà la primera convenció sobre violència obstètrica a Espanya.

Possibles beneficis per al col·lectiu de dones amb MGF i professionals sanitaris del sector:

- L'estudi aportarà millores en la comprensió i tracte de les dones amb MGF. Aquestes podran ser tractades i ateses de forma més acurada a les seves necessitats espirituals i culturals, on es valoraran els seus drets i la preservació

de la seva intimitat.

- Podrà haver-hi una millora en la percepció de l'atenció rebuda durant el procés.
- Permetrà controlar amb previsió, les possibles complicacions físiques descobertes, de forma que, gràcies a l'anticipació, les conseqüències d'aquestes siguin minimitzades.
- Es podrà fer una aproximació pels professionals de la salut, de les necessitats tant físiques com psicològiques, de les dones que, a més de patir una MGF, es troben en un procés d'embaràs, part o postpart.
- Augment de la informació rebuda per a professionals de la salut, sobre un tema poc tractat i explorat al país, que els permetrà un major control del pacient durant el procés.

Propostes de futurs estudis:

- La realització d'un "protocol d'actuació per a personal sanitari en casos de Dones amb presència de MGF durant l'embaràs, part i postpart", és un dels objectius en el que orbita l'estudi plantejat. Amb els resultats obtinguts mitjançant aquest estudi, es podria desenvolupar, amb l'ajuda de professionals sanitaris del sector, un protocol on s'incloguin totes aquestes possibles complicacions, necessitats durant les exploracions, demandes durant el procés de part i necessitats informatives i de prevenció en el postpart.
- Realització de futurs estudis centrats en les complicacions durant l'embaràs part i postpart, de les dones amb MGF, en el seu país d'origen, en un entorn no desenvolupat on els parts són atesos a les cases i no als hospitals. Aquests estudis es poden centrar en l'actuació de les llevadores i en l'augment de nous coneixements destinats a la seva formació.

9. Bibliografia

Balogun, O. Hirayama, F. Wariki, W. Koyanagi, A. i Mori, R. (2013). *Interventions for improving outcomes for pregnant women who have experienced genital cutting (Review)*. Extret de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23450610>

Ballesteros, C. Almansa, P. i Pastor, M. (17 de Febrero 2014). *La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la región de Murcia*. Extret de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112014004400005

Campos, G. Lule, N. (Gener-Juny del 2012). *La observación un método para el estudio de la realidad*. Universidad La Salle Pachuca. Revista Xihmai VII(13), p.45-60. Extret de: <file:///C:/Users/Maria/Downloads/DialneLaObservacionUnMetodoParaElEstudioDeLaRealidad-3979972.pdf>

Casajoana, M. Caravaca, E. i Martínez, M^{al}. (2012). Una visión global de la mutilación genital femenina, Matronas de Sala de Partos. *Revista Matronas Prof*,13(3-4), p.76-82. Extret de: <file:///C:/Users/Maria/Downloads/76-82-revision-biblio-vision-global-vol-13-3-4.pdf>

Casellas, S. Mayoral, J. i Ruiz,R. (Febrer de 2006). *Protocol de prevenció de la MUTILACIÓ GENITAL FEMENINA a la demarcació de Girona*, p.8-14. Extret de: http://administraciojusticia.gencat.cat/web/.content/documents/arxius/protocol_mut.pdf

Departament de comunicació Corporativa PSMAR. (07 de Març del 2012). *Servei de medició cultural*. Hospital del Mar. Extret de: <http://www.parcdesalutmar.cat/hospitals/hospital-del-mar/seveimediacioncultural.html>

Dirección General de Salud Pública y Participación (DGSP). (2006). *EMBARAZO*,

parto y puerperio: recomendaciones para madres y padres. (#2a ed), Sevilla: Andalucía. Extret de:

http://www.juntadeandalucia.es/salud/sites/csalud/galerias/documentos/c_3_c_1_vida_sana/embarazo_y_salud/lactancia_materna/embarazo_parto_puerperio.pdf

Elnashar, A. i Abdelhady, R. (18 abril, 2007). *The impact of female genital cutting on health of newly married women.* Extret de:

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17445819#>

Faneite, J., Feo, A., i Toro, J. (2012). *Grado de conocimiento de violencia obstétrica por el personal de salud.* *Rev Obstet Ginecol Venez.* 72 (1), p.4-12. Extret de:

http://s3.amazonaws.com/academia.edu.documents/40386853/PROTECCION_ONCOLOGICA2012Vol72N1_1.pdf?AWSAccessKeyId=AKIAJ56TQJRTWSMTNPEA&Expires=1482947039&Signature=QwnM4vSaGXEKEmpshGj0wa2SQ20%3D&response-content-disposition=inline%3B%20filename%3DGonadal_protection_in_patients_with_hema.pdf#page=8

Federación de Asociaciones de Matronas de España, FAME. (Junio de 2006).

Definición de parto normal. Extret de: <http://www.federacion-matronas.org/ipn/definicion-de-parto-normal>

Gallardo, E. (12 juny de 2014). *Utilización del programa de anàlisis cualitativo ATLAS.ti para gestionar y analizar datos.* Extret de:

<http://atlasti.com/2014/06/12/utilizacion-del-programa-de-analisis-cualitativo-atlas-ti-para-gestionar-y-analizar-datos/>

García, M. Martínez, C. Martín, N. i Sánchez, L. (n.d.). *Metodología de Investigación Avanzada, "La entrevista"*. Máster en tecnología de la Información y Comunicación en Educación, p.6. Extret de:

[https://uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Presentaciones/Entrevista_\(trabajo\).pdf](https://uam.es/personal_pdi/stmaria/jmurillo/Met_Inves_Avan/Presentaciones/Entrevista_(trabajo).pdf)

Generalitat de Catalunya. (2016). *Població estrangera per continents. 2016 Catalunya*. Idescat. Extret de: <http://www.idescat.cat/poblacioestrangera/?b=11>

Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre atención al parto normal. Guía de Práctica Clínica sobre la atención al parto normal. Plan de Calidad para el Sistema Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Política Social. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias del País Vasco (OSTEBA). Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (Avalia-t). (2010). *Guías de Práctica Clínica en el SNS: OSTEBA Nº 2009/01*. Extret de: <http://www.federacion-matronas.org/documentos/profesionales/i/15490/124/guia-de-practica-clinica-sobre-la-atencion-al-parto-normal-completa>

Hakim, L. (1997). *Impact of female genital mutilation on maternal and neonatal outcomes during parturition*. Extret de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12002086>

Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (INGGS). (n.d.). *Manual básica de obstetricia y ginecología*. (2ª edició) en Castellà. © Instituto Nacional de Gestión Sanitaria Subdirección General de Gestión Económica y Recursos Humanos Servicio de Recursos Documentales y Apoyo Institucional Alcalá: 56 28014 Madrid. Extret de: http://www.ingesa.msssi.gob.es/estadEstudios/documPublica/internet/pdf/Manual_obstetricia_ginecologia.pdf

Instituto Nacional de Salud Infantil y Desarrollo Humano (INSIDH). (25 de noviembre del 2016). Parto, *Medline Plus información de salud para usted*. Extret de: <https://medlineplus.gov/spanish/childbirth.html>

Juste, A. Luque, R. Sabater, B. Sanz, E. Viñerta, E. i Cruz, E. (2007). Episiotomía selectiva frente a episiotomía rutinaria en nulíparas con parto vaginal realizado por matronas. *Revista Matronas Prof.* 8 (3-4), 5-11. Extret de: <http://www.federacion-matronas.org/resourceserver/197/d112d6ad-54ec-438b-9358-4483f9e98868/247/rjlang/es-ES/filename/vol8n3-4pag5-11.pdf>

- Kaplan, A. y López, A. (2013). *Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012 Antropología Aplicada 2*. Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra. Extret de: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/MGF_definitivo.pdf
- Khady. (2007). *Mutilada: un testimonio estremecedor sobre la mutilación genital femenina*, (5ª ed.) en castellà. RBA Coleccionables, S.A.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, para las garantías penales y de la aplicación de la Ley penal, BOE núm. 281. (24 de Noviembre de 1995).
- Ley Orgánica 41/2002, de 14 de noviembre, para la básica reguladora de la autonomía del paciente y de los derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, BOE núm. 274 de (15 de Noviembre de 2002).
- Lopéz, D. (6 març de 2015). *Matterna, tipos de parto*. Extret de: <http://www.matterna.es/el-parto/tipos-de-partos/>
- Marchal, N. (2011). *Mutilación genital femenina y violència de gènere*. Actos del I Congreso internacional sobre migraciones en Andalucía. Instituto de Migraciones. Universidad de Granada.
- Medina, A. Orozco, A. Rodríguez, C. Vildosola, N. i Basurto, D. (Octubre del 2009). *Diseños cualitativos*. UAB Facultad de Medicina y Psicología. Extret de: <https://es.slideshare.net/guest8937b2/diseos-de-investigacin-cualitativos>
- Medina, G. (2009). Violencia obstétrica. *Revista de Derecho y Familia de las Personas*, p.1-4. Extret de: <http://coebioetica.salud-oaxaca.gob.mx/biblioteca/libros/ceboax-0670.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (14 enero de 2015). *Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF)*. Extret de: <http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protoco>

[lo_MGF_vers5feb2015.pdf](#)

Naciones Unidas, Diciembre 1948. (accés 16 Junio 2012). *Declaración Universal de los Derechos Humanos*, 10. Extret de: [http:// www.un.org/es/documents/udhr/](http://www.un.org/es/documents/udhr/)

Olza, I. i Sadler, M. (16 de novembre 2016). *Seminario Violencia Obstetricia subt. Español*, [Video]. Consultat 27 de desembre de 2016, des de: <https://www.youtube.com/watch?v=T1GfUOqPef8>

Organización Mundial de la Salud (OMS). (Febrer de 2016). *Mutilación Genital Femenina*. Extret de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>

Rushwan, H. (2000). *Female genital mutilation (FGM) management during pregnancy, childbirth and the postpartum period*. International Journal of Gynecology & Obstetrics 70.1 pag.99-104. Extret de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S002072920000237X>

Saiz, M. i Sánchez, A. (2015). Mutilación Genital Femenina: ¿ Estamos preparados los profesionales de Enfermería? *Revista Nuberos Científica*, 2 (16). Extret de: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/130/125>

Salgado, A. (2007). *Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos*. *Liberabit*, 13(13), 71-78. Extret de: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272007000100009

Tovar, V. (30 de maig de 2016). *Violencia Obstetrica. El parto es nuestro*. [Video]. Consultat 27 de desembre de 2016, des de: <https://www.youtube.com/watch?v=dxapPnXt1mg>

Turón, P. (2015). *Infermeria maternal i salut reproductiva*. Manuscrit no publicat, Facultat de ciències de la Salut i Benestar, Universitat de Vic, Vic, Catalunya.

World Health Organization Reproductive Health and Research, World Health Organization Department of Gender Women and Health (15-17 Octubre, 1997). *Management of pregnancy, childbirth and the postpartum period in the*

presence of female genital mutilation. Extret de: http://apps.who.int/gender/other_health/en/manageofpregnan.pdf

Zuccalà, E. (n.d.), *UNCUT, La lucha de las mujeres contra la Mutilación Genital Femenina*. El País, Planeta Futuro. Extret de: <http://elpais.com/especiales/2016/planeta-futuro/mutilacion-genital-femenina/>

9.1. Bibliografia de figures

Figura 4: Blausen gallery, (2014), *Wikiversity Journal of Medicina* DOI:10.15347/wjm/2014.010.ISSN20018762

Figura 1: Emilfaro, (8 Agost del 2008), *Global map of male circumcision prevalence at country level, as of December 2006*, extret de: [https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Global Map of Male Circumcision Prevalence at Country Level.png](https://commons.wikimedia.org/wiki/File:Global_Map_of_Male_Circumcision_Prevalence_at_Country_Level.png).

Figura 2: Johnuniq, (17 Agost del 2014), *Prevalence of female genital mutilation from UNICEF 2013*, extret de: http://commons.wikimeia.org/wiki/File:FGM_prevalence_UNICEF_2013_svg

Figura 3: World Health Organization,(2014), *Classification of female genital mutilation*, extret de: https://en.wikipedia.org/wiki/Female_genital_mutilation#/media/File:FGC_Types.svg

9.2. Bases de dades i descriptors

La recerca bibliogràfica s'ha realitzat durant els mesos de setembre a juny dels anys 2016-2017. La informació s'ha obtingut a través de llibres consultats de la biblioteca de la UVic, vídeos, diaris i articles. Els articles consultats s'han extret de bases de dades com: SCOPUS, Google acadèmics, Pubmed, Medline, etc. Aquests han sigut cercats en català, castellà i anglès.

Les paraules claus emprades per a la recerca han sigut:

Català	Castellà	Anglès
Mutilació Genital Femenina	Mutilación Genital Femenina	Female Genital Mutilation
Dona	Mujer	Women
Embaràs	Embarazo	Pregnancy
Part	Parto	Childbirth
Postpart	Postparto	Postpartum
Infibulació	Infibulación	Infibulations
Violència obstètrica	Violencia obstétrica	Obstetric Violence
Cures	Curas	Cares
Infermeria	Enfermería	Nursery

10. Annexes

10.1. Annex 1 Consentiment informat

Títol de l'estudi: Embaràs, part i postpart en dones amb presència de MGF?

L'entrega d'aquest document es realitza amb la finalitat de la seva participació en aquest estudi de recerca clínica, el qual es marca com a objectiu (1) descobrir quines són les possibles complicacions físiques, psíquiques i socials, que poden patir les dones amb MGF, de tipus II o III, durant el seu procés d'embaràs, part i postpart i (2) observar l'abordatge dels professionals sanitaris (llevadores i infermeres), durant el procés d'embaràs, part i postpart, de les dones amb MGF.

Abans de la seva acceptació, l'hi fem entrega d'aquest document "Consentiment Informat", on es farà constar que, després de la informació rebuda sobre l'estudi, vostè prendrà una decisió lliure de coerció sobre la seva participació en ell.

Finalment si accepta els procediments que es realitzaran i l'objectiu de l'estudi, se li demanarà la signatura d'aquest consentiment informat, per poder participar en l'estudi. Un cop iniciat el procés de participació, recordem que és lliure de l'abandonament d'aquest en qualsevol moment i la retirada del seu Consentiment Informat.

Participació en l'estudi

Jo.....amb DNI

He llegit la informació proporcionada pels professionals de salut (full informatiu sobre l'estudi "Embaràs part i postpart de dones en presència de MGF") i he tingut l'oportunitat de resoldre els meus dubtes. Se m'ha fet saber que la meva participació és voluntària i que puc abandonar l'estudi quan vulgui, sense una repercussió en el meu seguiment i cures mèdiques.

Declaro haver estat informada de la creació d'una base de dades, on constarà la meua història i informació recollida per l'investigador/a de l'estudi, on disposaré del seu accés i modificació de les meves dades de caràcter personal, si així ho desitjo. I de l'ús d'aquestes per a la elaboració de les conclusions, on no apareixeran dades personal identificadores.

D'aquesta manera dono el meu consentiment per a que les meves dades siguin guardades en una base de dades i usades per a la investigació i desenvolupament del estudi "Embaràs, part i postpart en dones amb presència de Mutilació Genital Femenina".

Data:

Signatura de la participant:

Signatura de l'investigador/a:

10.2. Annex 2. Full informatiu sobre l'estudi "Embaràs part i postpart en dones amb presència de MGF"

Si ha rebut aquest full informatiu és perquè compleix amb els requisits i ha sigut seleccionada per a participar en l'estudi "Embaràs, part i postpart en dones patidores de MGF"

Què és? És un estudi d'investigació que es durà a terme dels mesos de a a l'hospital del Mar de Barcelona.

Objectius i finalitat: El seu objectiu principal és l'estudi del procés d'embaràs, part i postpart de les dones patidores de MGF. Amb la finalitat de poder observar possibles complicacions per a la mare i/o el fill i necessitats especials. Així en un futur poder preparar i formar els professionals sanitaris sobre les necessitats d'aquests col·lectiu.

Qui hi pot participar? Totes aquelles dones patidores de MGF, embarassades que compleixin els criteris d'inclusió. També aquells professionals de la salut d'infermeria implicats en el procés.

Com es participa? Què implica? La seva participació com a dona embarassada, serà la de col·laborar i permetre l'observació de l'investigador/a durant el procés d'embaràs, part i postpart. Aquest no actuarà durant el procés, només estarà present durant controls, visites i el part. Finalment participarà en una entrevista concretada amb l'investigador/a, en la que es demana la col·laboració en donar resposta a les preguntes realitzades.

Com a professional es col·laborarà permetent l'accés de l'investigador/a a les seves consultes i també realitzant una entrevista en profunditat on s'analitzaran els casos estudiats.

Quins drets tenen els participants? Informem que la participació a l'estudi és voluntària, les participants són lliures d'abandonar l'estudi en qualsevol moment, preguem es proporcionï un breu motiu per a millorar l'estudi. En les conclusions extretes no apareixerà cap nom ni dada reconeguda, els

participants seran identificats amb lletres, les quals només l'entrevistador/a en sabrà la relació. A l'inici de l'estudi es firmarà el consentiment informat, recordem que les seves dades i informació personal quedaran protegides, com dictamina la llei L.O. 15/1999 de 14 de Desembre, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (article 3, punt 6 del Reial Decret 223/2004). Només l'investigador serà coneixedor de la identitat de les entrevistades, les dades d'aquestes no serà revelada en l'estudi.

Què guanyen? L'estudi i obtenció d'informació en el camp de la MGF i l'embaràs proporcionarà millores per a totes aquestes dones que se'n veuen involucrades. Proporcionarà major coneixement sobre les conductes més adequades a seguir per part dels professionals i els instruirà en possibles complicacions no tingudes en compte actualment. Aquest fet ajudarà a que futures mares amb presència de MGF tinguin una millor atenció sanitària.

En cas de dubte o petició d'abandonament del estudi contactar amb :

Domènec Vilà, Maria

Tèlf: 696288735

Adreça de correu: maria.domenech@uvic.cat

10.3. Annex 3. Guió entrevista dones participants

Data entrevista: Minuts de duració:

Lletra assignada a la participant: Nom participant:

Informació bàsica de la dona Informació bàsica del nadó:

- | | |
|-------------------|-----------|
| - Edat: | - SG: |
| - País d'origen: | - Pes: |
| - Edat mutilació: | - Alçada: |
| - Tipus de MGF: | - PC: |
| - TEPAL: | - APGAR: |

Preguntes entrevista semiestructurada i oberta.

Recordar que les preguntes realitzades durant aquesta entrevista són de total confidencialitat, la informació i dades personals seran disponibles només per l'investigador/a. En les conclusions extretes durant l'estudi no apareixerà cap nom ni dada reconeguda, els participants seran identificats amb lletres, les quals només l'entrevistador/a en sabrà la relació.

Agrairíem a la participant que contesti les preguntes realitzades, amb sinceritat i màxima explicació possible. Recordem que si en algun moment de l'entrevista no es troba còmode per a contestar o seguir es lliure de comunicar-ho i si cal, cancel·lar l'entrevista.

Embaràs: experiència física i psicològica.

1. Ha tingut algun embaràs amb anterioritat? Com va ser la experiència? / ¿Ha tenido algún embarazo con anterioridad? ¿Cómo fue la experiencia?
2. Com creu que la MGF l'ha afectat en el seu procés d'embaràs? / ¿Cómo cree que la MGF le ha afectado en su proceso de embarazo?
3. Ha patit algun canvi físic (quist, queloide, incontinença urinària, etc.) durant el procés? / ¿Ha sufrido algún cambio físico (quiste, queloide, incontinenca urinaria, etc.) durante el proceso?
4. Com ha viscut les exploracions vaginals? Què canviaria? / ¿Como ha vivido las

exploraciones vaginales? ¿Que cambiaría?

Part: tipus, procés, experiència física i psicològica.

5. Expliqui'm com va ser el seu part. Sel'imaginava així? / Cuénteme como fue tu parto. ¿Se lo imaginaba así?
6. Com són els parts al seu país d'origen? / ¿Cómo son los partos en su país de origen?
7. El seu fill/a ha tingut alguna dificultat al nèixer? / ¿Su hijo/a ha tenido alguna dificultad al nacer?

Postpart: Curas rebudes i educació sanitària

8. Durant el postpart, quin tipus d'informació ha rebut? Per part de qui? / Durante el postparto ¿qué tipo de información ha recibido? ¿Por parte de quien?
9. Quines cures i atencions l'hi van realitzar els professionals de salut? / ¿Qué curas y atenciones le realizaron los profesionales de la salud?
10. Ha demanat la reinfibulació? Per què? / ¿Ha pedido la reinfibulación? ¿Por qué?

Atenció sanitària: percepció, aspectes psicològics i socials.

11. Com descriuria l'atenció dels professionals sanitaris? / ¿Cómo describiría la atención de los profesionales sanitarios?
12. S'ha sentit jutjada o poc tolerada per la seva mutilació o cultura? / ¿Se ha sentido juzgada o poco tolerada por su mutilación o cultura?
13. En quina situació s'ha sentit recolzada i animada pels professionals de la salut? / ¿En qué situación se ha sentido respaldada y animada por los profesionales de la salud?
14. Si ara pogués canviar alguna cosa del seu procés d'embaràs, part i postpart, què seria? / Si ahora pudiera cambiar alguna cosa de su proceso de embarazo, parto y postparto, ¿qué sería?

10.4. Annex 4. Guió entrevista professionals sanitaris

Recordar que la entrevista amb el/la llevadora es realitzarà amb l'ajuda de documents personals sobre seguiment i control del embaràs, part i postpart. Així ajudar a la recollida de complicacions viscudes i de dades referents a procés de part.

Data entrevista:

Minuts de duració:

Dades personals del professional de la salut:

- Nom i cognom:
- Edat:
- Sexe:
- Anys en la professió:

Preguntes entrevista a professionals de la salut (llevador/es):

1. Durant els anys que porta en la professió, quants casos de MGF ha pogut observar? En vol destacar algun?

Procés embaràs:

2. Durant l'estudi, quines complicacions ha observat en les seves pacients? (Quists, queloides, ITU, Incontinència urinària, etc.)
3. Com ha viscut les exploracions físiques i controls?
4. La desinfibulació és sempre necessària per a una dona amb MGF de tipus II o III)? Per què?

Procés de part:

5. Quins tipus de part han tingut les seves pacients?
6. Quin tipus d'anestèsia s'ha utilitzat durant el part?
7. A quantes pacients els ha calgut realitzar l'episiotomia? Creu que es realitza per protocol o sempre per necessitat?
8. Les dones mutilades es mostren col·laboradores en el procés de "pujos"? En

cas de negació, quin creu que es el motiu?

9. Ha sigut necessari l'ús d'instrumentació (fòrceps, pales, etc.)?
10. Quantes pacients han patit estrips? I hemorràgies importants?
11. Els parts assistits han sigut més llargs, en comparació amb part de dones no mutilades?
12. Tot i la dificultat en la valoració del dolor. Creu que en els parts viscuts, les dones han patit gran dolor?
13. Creu que a les dones mutilades els haurien de realitzar cesàries, per evitar el retrobament de sentiments dolorosos al realitzar un procés de part?
14. Segons l'experiència viscuda. Pensa que les dones amb MGF tenen un major risc, tant per la mare com pel nadó, durant el procés d'embaràs, part i postpart? Per què?
15. Quina és la seva opinió en referència al VIH i la MGF durant l'embaràs i el part?

Nadons:

16. Quines dificultats han patit els nadons dels parts viscuts?
17. Els nadons nascuts de mares amb MGF es veuen afectats en els primers minuts de vida? Tots? De què?

Procés de postpart:

18. Quina informació han proporcionat a les usuàries?
19. Quines cures han necessitat durant el procés de postpart? Són les usuals en un part "normal"?

Preparació dels professionals:

20. Com descriuria el tracte que ha tingut amb les dones durant les consultes, part i postpart?
21. Creu que les professionals de la salut disposen de prou informació sobre aquest col·lectiu? Es veuen preparats?
22. En quins aspectes li agradaria ampliar coneixents i ho descobrir ?

10.5. Annex 5: Guió observació semiestructurada i semiparticipant

En aquest guió es remarquen els ítems i temes de major importància, necessaris a observar per l'investigador durant els controls, parts, postparts, visites, etc. De les dones embarassades amb presència d'una MFG, posant l'accent en el comportament i tracte dels professionals de la salut i en com les dones expressen la seva mutilació.

Data:

Lletra codificació de la pacient:

Situació: (ex: Consulta, control 2on trimestre embaràs)

Duració observació:

Professionals de la salut:

11. El professional es presenta?
12. Tracta a la pacient de vostè? Es dirigeixen cap a ella pel seu nom?
13. S'informa a la pacient dels procediments que es realitzaran?
14. Demana permís abans de realitzar un procediment?
15. El professional valora les demandes de la pacient?
16. Es preserva la intimitat de la pacient?
17. Es tracta la cultura de la pacient?
18. El professional fa comentaris on es jutgi a la pacient?

Pacient:

19. Es mostra còmode i agust en l'espai?
20. Informa i parla obertament sobre la MGF?
21. Pregunta i te dubtes relacionats amb la MGF i el procés d'embaràs?
22. Nega evidències per protegir la seva cultura?
23. Expressa els seus desitjos?

11. Agraïments

En aquest apartat m'agradaria agrair a totes aquelles persones, que durant el meu procés d'elaboració d'aquest projecte, han sigut al meu costat per donar-me ànims i recolzar-me en tot allò necessari.

Primer de tot agrair a la meva tutora de seguiment Serena Brigidi, per les tutories prestades, agrair el gran interès que ha tingut sempre en aquest treball, les fonts d'informació prestades i la motivació que m'ha transmès a seguir investigant dia a dia. M'has fet valorar la feina feta i penso que això és molt important.

També agrair al Javi Carvajal per la paciència tinguda, perquè sempre en els moments bons i dolents estàs allà per motivar-me i animar-me a continuar endavant, perquè no només ha sigut ara, sinó durant aquests 4 anys de carrera. Estic contenta d'haver compartit totes aquestes experiències junts.

Agrair a la meva família que sempre m'han donat suport i m'han transmès aquest sentiment d'orgull que tant pot omplir a una filla. I perquè sense vosaltres no hagués pogut accedir a la universitat.

Donar les gràcies als meus amics per aconseguir treure'm un somriure cada dia, portar-me a la muntanya i així poder desconnectar. En especial a la Laura, per l'ajuda prestada i l'interès pel treball.

Finalment vull agrair i dedicar aquest treball a totes aquelles dones que no es rendeixen mai de lluitar, aquelles que es carreguen a l'esquena tots els tòpics,abusos i injustícies, per seguir endavant cuidant una família, treballant, investigant i superant-se dia a dia.

12. Nota final de l'autora

Realitzar aquest estudi ha sigut una experiència molt enriquidora. M'ha ajudat a despertar una faceta de descobriment i motivació per seguir investigant durant tots els anys laborals que m'esperen. M'ha motivat més a iniciar la meua experiència en el món laboral sent millor infermera, tenint en compte les necessitats, recolzant la cultura i les creences dels meus futurs pacients. He adquirit molta informació sobre un tema fascinant, amb poca visibilitat, en el qual penso seguir investigant i donant suport a totes aquelles campanyes que lluiten per a la seva abolició. Posaré el meu granet de sorra per a poder ajudar en aquest canvi.

Per altra banda hagués sigut un plaer poder realitzar aquest estudi plantejat en el meu treball, penso que és un àmbit poc estudiat i interessant per obrir una línia de treball. Poder adquirir l'experiència de totes aquestes dones seria meravellós i molt gratificant, igual que poder contribuir a ajudar-les.

-A vegades, els grans canvis, s'inicien a partir d'una sola persona motivada.-



UNIVERSITAT DE VIC
UNIVERSITAT CENTRAL
DE CATALUNYA