



**ESCUELA
DE ENFERMERÍA
Y FISIOTERAPIA**



SAN JUAN DE DIOS

Trabajo Fin de Grado

Proyecto educativo: Educación sexual y afectiva en niñas y mujeres con mutilación genital en R.D. CONGO

Alumno: Neema Bany Riziki

Director: M.^a Valle Garzón Delgado

Madrid, mayo de 2021

Índice

Resumen	2
Presentación	4
1. Estado de la cuestión	5
1.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema	5
1.1.1. La mutilación genital femenina, pasado y presente.....	5
1.1.2. Contextualización	13
1.1.3. Educación para la salud, una tarea por hacer	15
1.2. Justificación	17
2. Proyecto educativo	18
2.1. Población y captación	18
2.1.1. Población diana	18
2.1.2. Captación	18
2.2. Objetivos	19
2.3. Contenidos	21
2.4. Sesiones y técnicas de trabajo	22
2.5. Desarrollo de las sesiones	24
2.6. Evaluación	27
2.6.1. Evaluación de la estructura y el proceso.....	27
2.6.2. Evaluación de resultados.....	27
Bibliografía	29
Anexos	33

Resumen

La mutilación genital femenina afecta a más de 200 millones de niñas y mujeres en todo el mundo, cuyo predominio cultural se localiza en más de 30 países africanos. Esta práctica supone enormes consecuencias para la salud de las niñas y mujeres en África subsahariana.

Este tema continúa siendo un gran tabú en numerosos países africanos, la falta de información suficiente junto a la escasez de estrategias a nivel institucional y a nivel de atención primaria. Este proyecto nace con la finalidad de contribuir en la lucha de este grave problema de salud, en todas las esferas de los niños y de la mujer.

Se trata de un proyecto educativo a nivel de atención primaria en África subsahariana, cuyo objetivo es contribuir a la mejora de la salud psicosexual y reproductiva, favoreciendo a la población la prevención de las consecuencias de la mutilación genital femenina (MGF). Este proyecto se llevará a cabo en el núcleo urbano de la región de Équateur en Mbandaka, en colegio que se encuentra en la zona de Eala.

Este proyecto será una herramienta para las enfermeras de RDC, a fin de promocionar la salud, la prevención y recuperación de la enfermedad en la región de Équateur.

Palabras clave: circuncisión femenina, circuncisión femenina África, educación en salud.

Abstract

Female genital mutilation affects more than 200 million girls and women all around the world, and is culturally prevalent in more than 30 African countries. The practice has enormous health consequences for girls and women in sub-Saharan Africa.

This topic remains a taboo in many African countries, the lack of sufficient information and the scarcity of strategies at institutional and primary care level. This project was created with the intention of contributing to the fight against this serious health problem, in all spheres of children and women.

It is an educational project at the primary care level in sub-Saharan Africa, with the objective of contributing to the improvement of psychosexual and reproductive health, helping

the population to prevent the consequences of female genital mutilation (FGM). This project will be carried out in the urban core of the Equateur region in Mbandaka, in a school located in the Eala area.

This project will be a tool for nurses in DRC, in order to promote health, prevention and recovery from disease in the Équateur region.

Key words: circumcisions, female, genital mutilation, Female, África, health education

Presentación

A lo largo de la historia, las mujeres han sido víctimas de incontables exclusiones y discriminaciones por ser mujer, en África estas discriminaciones son notorias. Aunque existen leyes y derechos de los niños y de las mujeres, estas leyes a favor de la igualdad entre las mujeres y los hombres, con frecuencia no se aplican en África.

Una de las múltiples formas de violación de los derechos de las niñas y las mujeres, es la mutilación genital, la cual supone grandes repercusiones en la salud de la mujer a lo largo de su vida, tanto a nivel psicológico, como a nivel físico, como son las infecciones, estenosis uretrales, dolor, etc. La mutilación genital femenina afecta a más de 200 millones de niños y mujeres en todas las partes del mundo, aunque esta prevalece en África subsahariana. Aunque existen múltiples estrategias para su erradicación, no todos los países disfrutan de estos proyectos.

Este proyecto surgió debido a que, en mi país de origen, República Democrática del Congo, se realiza esta práctica, aunque no en todo el país. Algunos conocidos de mi familia, se les realizó esta práctica. Otra de las motivaciones para realizar este proyecto, surge por presenciar las diversas consecuencias de esta práctica que se les había realizado a tres niñas de mi entorno. En algunas partes de África subsahariana se considera que los genitales externos de la mujer son “impuros” y la realización de la MG, supone la limpieza de estos órganos, además la realización de la MG supone una incorporación de las niñas a la sociedad, preserva la virginidad de la mujer, etc.

Actualmente existen diversas estrategias para la erradicación y la concienciación de mujeres independientemente de que se les haya realizado la MG o no, aunque no en todos los países de África están a disposición de estas estrategias, por ello los profesionales de enfermería deben implicarse ahora más que nunca en su erradicación.

Además, uno de los pilares para la erradicación de esta práctica, son los profesionales de enfermería, puesto que los profesionales de enfermería juegan un papel primordial, y son las figuras imprescindibles para la educación para la salud, tanto a nivel familiar como comunitaria, a fin de dar soporte a estas comunidades de las grandes repercusiones que supone la práctica, en toda la esfera de la salud de la población.

1. Estado de la cuestión

En este proyecto se llevará a cabo una educación de salud desde la atención primaria en mano de los profesionales de enfermería, orientado a niñas con riesgo de padecer mutilación genital femenina en África subsahariana. A continuación, en el mismo apartado se desarrollan los conceptos básicos de la MGF. En el segundo apartado, se trata la MGF en República Democrática del Congo. Por último, se expone el papel de la enfermería en la educación comunitaria y la importancia de llevar a cabo una correcta prevención.

En relación con la búsqueda bibliográfica de este proyecto, se han presentado diversas dificultades en encontrar datos actualizados de este tema, ya que en África subsahariana no se elaboran con frecuencia estudios sanitarios estadísticos. Por ello, se han incluido y agrupado numerosos documentos y artículos antiguos para el desarrollo de este trabajo. Los artículos empleados en este proyecto, para el desarrollo del estado de la cuestión, proceden de bases de datos como: Pudmed, Scielo, Google Académico. Por otra parte, se han empleado páginas oficiales como: OMS, UNICEF, CEAR, AMNISTÍA. También se han empleado los operadores booleanos, a fin de ampliar la búsqueda bibliográfica, se han empleado los siguientes booleanos: AND y OR.

1.1. Fundamentación, antecedentes y estado actual del tema

1.1.1. La mutilación genital femenina, pasado y presente

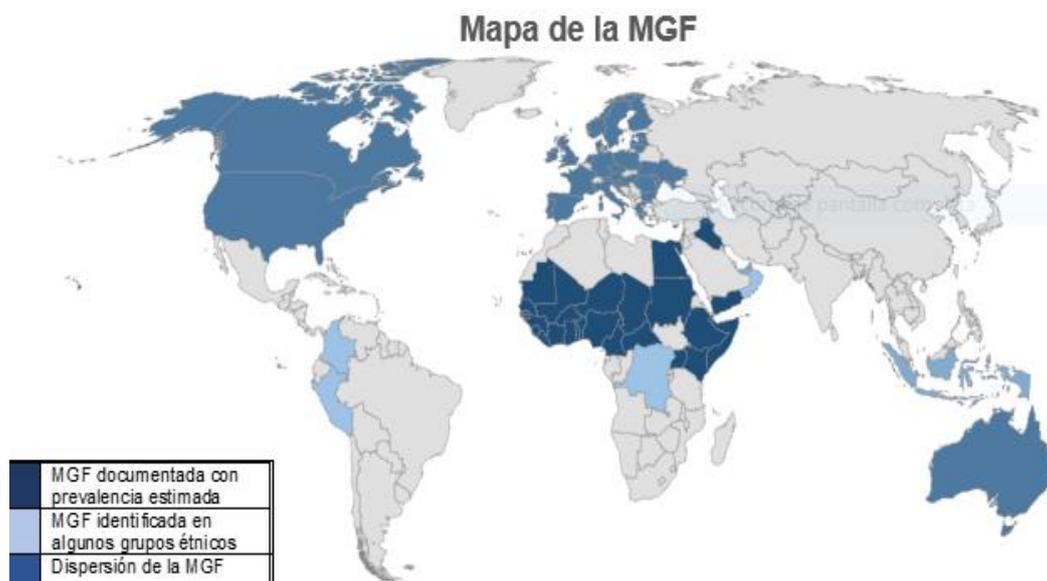
Para hablar de mutilación genital, es conveniente conocer y delimitar unos conceptos básicos. En primer lugar, hay que diferenciar los términos de “**ablación**” y “**mutilación**”. Ambos términos vienen definidos por la Real Academia Española (RAE), la **ablación** se define como, “*sacrificio o menoscabo de un derecho*”; “*acción y efecto de cortar, separar quitar*” y en cambio **mutilar** se define como, “*cortar o cercenar una parte del cuerpo, y más particularmente del cuerpo viviente*”.^(1,2) **Genital**, se define como “*órganos sexuales externos*”. Por lo que, la **Mutilación Genital** (MG), se refiere al corte o a la extirpación de los órganos sexuales externos.

Sin embargo, se emplean términos para describir la **Mutilación Genital Femenina** (MGF), como **ablación genital femenina**, **cirugía genital femenina**, **circuncisión**, la cual se define según la RAE, como, “*acción y efecto de circuncidar a alguien, práctica ritual en varias religiones*”. No todos estos conceptos presentan las mismas connotaciones y el mismo

significado. Por lo tanto, a lo largo de este proyecto se hará referencia a la definición de la Organización Mundial de Salud (OMS), la cual define la **Mutilación Genital Femenina** como, “*todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos y otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos. No tiene ningún efecto beneficioso para la salud y perjudica de formas muy variadas a las mujeres y niñas*”.⁽³⁾

Según los datos de UNICEF, más de 200 millones de mujeres y niñas de 30 países han sido sometidas a la MG. La prevalencia de la mutilación genital femenina se ha evaluado a partir de encuestas de ámbito nacional, en las que se pregunta a mujeres de entre 15 y 49 años si se les han realizado la mutilación genital.^(4,5)

La MGF se practica principalmente en 30 países de África, donde el mayor predominio se localiza en Egipto, Somalia, Guinea, Djibouti, Malí, Sierra Leona, Sudán y Eritrea, además se produce en Oriente Medio y Asia.⁽⁶⁾ La MG afecta a niñas y mujeres de una gran parte del mundo, como podemos ver en la gráfica 1. Según los datos, existen algunos países que llevan a cabo esta práctica, como Colombia, India, Estados Unidos, aunque estos datos proceden de estudios anticuados.⁽⁶⁾ La práctica de la MG, también se lleva a cabo en Europa, Arabia Saudí y Australia, países donde existe un mayor predominio de mujeres y familias migrantes procedentes de países que practican la MG.

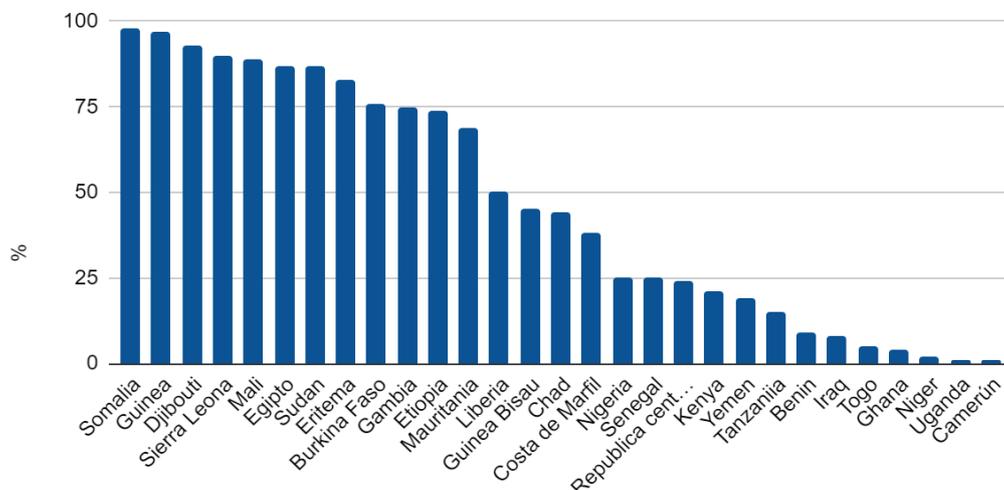


Gráfica 1. Mapa de MGF. Elaboración propia a partir de: Fundación Wassu-UAB 2016.

La mutilación genital femenina predomina en el África subsahariana a causa de diferentes factores socioculturales, que favorecen la realización del procedimiento de manera clandestina. La MG prevalece en la infancia o entre la lactancia y los 15 años. Según el

informe *Mutilación/ ablación genital femenina: una preocupación mundial*, los países con la mayor prevalencia entre las niñas y mujeres de 15 a 49 años son Somalia (98%), Guinea (97%), Djibouti (93%) y Sierra Leona (90%) en los años 2004-2015 (ver gráfica 2). ⁽⁵⁾

Porcentaje de niñas y mujeres de 15 a 49 años que han sido sometido a MGF 2004-2015



Gráfica 2: Prevalencia de la MGF en mujeres de entre 15 y 49 años de 2004-2015. Elaboración propia a partir de Unicef. (5)

La mutilación genital es un problema que afecta a más de entre 100 y 400 millones de niñas y mujeres en todo el mundo, y para abordar este gran problema es necesario tener en cuenta los diversos tipos de prácticas de MG existentes. Según el país, las culturas, las religiones y las tradiciones hay diversas técnicas de realización de la MG. ^(7,8)

La Organización Mundial de la Salud clasifica la mutilación genital en cuatro tipos: ⁽⁷⁾

- Tipo I: escisión parcial o total del clítoris (clitoridectomía).
 - Tipo Ia: escisión del capuchón o prepucio del clítoris.
 - Tipo Ib: escisión del clítoris con el prepucio.
- Tipo II: escisión parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.
 - Tipo IIa: escisión de los labios menores.
 - Tipo IIb: escisión parcial o total del clítoris y de los labios menores
 - Tipo IIc: escisión total o parcial del clítoris, los labios menores y los labios mayores.

- Tipo III: estrechamiento del orificio vaginal, que se sella cortando o recolocando los labios menores o mayores, con presencia o sin presencia de la escisión del clítoris (infibulación).
 - Tipo IIIa: escisión y recolocación de los labios menores.
 - Tipo IIIb: resección y recolocación de los labios mayores.
- Tipo IV: engloba procedimientos perniciosos de los genitales femeninos, con fines no médicos.

La procedencia de la mutilación genital es indeterminada, ya que no se conoce dónde ni cómo empezó esta práctica. No obstante, se piensa que esta práctica nació en el antiguo Egipto, debido a las referencias en el papiro de Harris (siglo IV a.c). En el papiro de Harris se habla de las diosas Anta y Astarté, las cuales debían ser cerradas por su vulva, que Horus las sellaba y Set las abría. A partir de entonces esta práctica se fue extendiendo por diversos grupos de África en contacto con los egipcios. También se descubrió una momia mutilada. ⁽⁹⁻¹²⁾

Por otra parte, la clitoridectomía se realizaba en Europa y EE. UU. en los siglos XVII, XIX y a principios del siglo XX, como tratamiento de la histeria, problemas ginecológicos y migrañas. Otras fuentes indican que la MGF, fue practicada a los esclavos en la época romana, con el fin de impedir las relaciones sexuales y embarazo. ⁽⁹⁻¹²⁾

La práctica de la mutilación genital se vincula también con el grupo comito-semita en general y se practicó inicialmente entre los masáis de Kenia a partir de los cusitas, que se instalaron desde Kenia desde Etiopía. Aunque los kikuyus, influidos por los cusitas, pudieron incorporar la práctica como resultado de la influencia bantú. ⁽⁹⁻¹²⁾

En relación con el marco legal, la MG supone una trasgresión grave de los derechos de las niñas y de las mujeres de todo el mundo, este reconocimiento supone la existencia de diversos instrumentos legales a nivel internacional para combatir la MGF. *El Compendio de marcos legales internacionales y nacionales sobre la mutilación genital femenina del Banco Mundial y el comité de la ONU para la eliminación de la discriminación contra la mujer*, señala que más de 60 países han adaptado leyes contra la MGF, incluidos 24 países de África. ⁽²¹⁻²³⁾

Aunque en algunas partes de África haya leyes y derechos de las niñas y las mujeres en contra de la práctica de la mutilación, no significa que se aplique en su plenitud, además el hecho de denunciar esta práctica puede suponer el aislamiento de las niñas o las mujeres por parte de su propia familia y su comunidad.

La MGF refleja una gran desigualdad entre sexos y forma parte de la discriminación contra la mujer. En las regiones de RDC donde se lleva a cabo la MGF es secundada a tanto por los hombres como por las mujeres. La realización de la MG en África subsahariana está ligada a una serie de valores como, por ejemplo: *el sentimiento de pertenencia a la comunidad y la complementariedad entre los sexos.* (12,13)

Podemos establecer cuatro grupos de razones por las que se realiza la mutilación genital: (12,13)

- **Psicosexuales:** ya que en algunas sociedades se cree que la realización de la MG preserva la virginidad de la mujer, manteniendo el honor de la familia y otorgando mayor placer masculino.
- **Sociológicas y culturales:** supone la iniciación de la niña a la edad adulta, a fin de realizar la presentación de la niña a la sociedad, asegurando una buena educación e integración a la sociedad.
- **Higiénicas y estéticas:** en algunas comunidades se consideran sucios los genitales externos de la mujer y la práctica de la MGF supone la limpieza de los genitales externos femeninos.
- **Socioeconómicos:** en algunas regiones la realización de la MG se considera como un requisito primordial que debe tener una mujer para contraer matrimonio.

La práctica de la mutilación genital femenina se realiza mayoritariamente sin anestesia, con instrumentos cortantes, como: cuchillas, tijeras, hojas de afeitar, trozos de vidrios, etc. y sin una previa esterilización.

La mutilación genital femenina en las tradiciones de África subsahariana supone una gran estima para la mujer y su familia, aunque supone una experiencia traumática. Los problemas de la mutilación genital femenina en África subsahariana influyen negativamente en la salud de la mujer, estas complicaciones son mayoritariamente ginecológicas, obstétricas, infecciosas y psicológicas. ^(14,15)

La complicación de la mutilación genital femenina varía según el tipo de escisión que se le haya realizado a la mujer, no obstante, destacan complicaciones a corto y a largo plazo, tales como (ver tabla 1):

Complicaciones a corto plazo	Complicaciones a largo plazo
<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias. • Dolor intenso. • Infecciones. • Daño a la uretra. • Retenciones urinarias 	<ul style="list-style-type: none"> • Infecciones vaginales. • Abscesos genitales crónicos. • Alteraciones en la menstruación. • Abortos espontáneos. • Dispareunia. • Reducción del deseo sexual. • Ansiedad. • Depresión.

Tabla 1: Complicaciones a corto y a largo plazo de la MG. Elaboración propia a partir de Maturitas. ⁽¹⁵⁾

Las complicaciones a corto plazo son aquellas que se producen tras la realización de la escisión genital. Esta escisión mayoritariamente se realiza con procedimientos primitivos y sin la administración de anestesia, por lo que las complicaciones a corto plazo pueden incluir hemorragias, debido a la afección de la arteria pudental interna o la arteria dorsal del clítoris; dolor intenso; infecciones; septicemia; tétanos, debido a la instrumentación no esterilizado; shock hemorrágico; daño a la uretra, vestíbulo vulvar y paredes vaginales, retenciones urinarias y muerte. ^(14,15)

Las complicaciones a largo plazo se pueden dividir en cuatro grandes grupos: ginecológicos, obstétricos, psicológicas y la función sexual.

Las complicaciones ginecológicas de la MG a largo son: infecciones vaginales, abscesos genitales crónicos, infecciones transmitidas por sangre, cicatrices genitales en forma de queloides, dificultades menstruales, relacionados con la presencia de dolor durante

la menstruación, lesión de la uretra, la cual puede ocasionar fístulas y estenosis uretrales, micción lenta y dolorosa e infertilidad. ^(14,15)

En **las complicaciones obstétricas** en mujeres con MG, hay que destacar las complicaciones durante el embarazo, como abortos espontáneos, complicaciones durante el trabajo de parto y hemorragias postparto. Las mujeres que presentan una mutilación genital de tipo III, presentan pequeños introitos (abertura vaginal), la cual trae consigo diversos problemas durante el embarazo. ⁽¹⁴⁻¹⁶⁾

Se realizó un estudio de cohorte observacional prospectivo en Sudán con 420 participantes, en el que se encuentran mujeres sometidas y no sometidas a MGF que experimentaron un parto vaginal. En este estudio se encontró con respecto a las complicaciones posparto obstétricas, que el 76,5% durante el trabajo de parto precisó una episiotomía, y el 61,7% presentó dificultades durante el examen cervical, el 57,8% precisó desfibulaciones (proceso quirúrgico que reconstruye los labios deshaciendo la MG), en la segunda etapa del trabajo de parto, el 26,5% presentó complicaciones por infección de la episiotomía y el 2,2% tuvieron hemorragias. Se llegó a la conclusión de que la MG, está asociada a complicaciones sexuales y obstétricas. ⁽¹⁷⁾

Los estudios sobre la **función sexual** de las mujeres con mutilación genital son de diversas ubicaciones, metodología, calidad y tipo de cohortes que representan, lo que hace difícil las conclusiones generales. Un estudio realizado a 420 mujeres sometidos a mutilación genital y no sometidos, concluyó que el 76,9% declararon presentar dispareunia, el 35,2% presentaron sangrado después de la primera relación sexual tras la MG. También el 62,6% afirmaron presentar una reducción del deseo sexual, el 40,9% la reducción de la satisfacción sexual. ^(17,18)

En cuanto a **las complicaciones de psicologías** asociadas con mujeres con mutilación genital, destaca la ansiedad, depresión y estrés postraumática ⁽¹⁹⁾. Aunque se han realizado escasas investigaciones y estudios de calidad relacionados con los efectos de la MG en niñas y en mujeres. El estudio más reciente es de 2017 de mujeres y niñas de Egipto, es un estudio transversal, el cual relaciona a niñas y mujeres de entre 14 y 19 años con MG y sin MG. El estudio demostró que la prevalencia de la depresión y ansiedad en mujeres y niñas mutiladas es superior, en relación con mujeres y niñas no mutiladas. ⁽²⁰⁾

En base a la bibliografía encontrada, podemos afirmar que la mutilación genital, aunque se realiza en más de 28 países de África subsahariana, hay que destacar que no en todas las comunidades de estos países se realiza. La realización de la mutilación genital femenina dependerá del grupo étnico o comunidad donde se desarrolle o viva la niña. Vivir en uno de los 28 países de África subsahariana donde se practica la MG, no implica la realización de esta práctica, ya que en un mismo país se pueden encontrar comunidades o grupos étnicos que practican la MG y otras comunidades que no lo realizan.

Hay que destacar que el origen de la MGF es impreciso, no obstante, es una práctica realizada por diversos pueblos, continentes y en distintas épocas, en la que los tipos I y III siguen predominando en los países de África subsahariana.

La MGF mayoritariamente, se realiza durante la infancia, lo que supone una trasgresión de los derechos de la infancia. La MG también viola el derecho a la salud, a la seguridad, a la integridad física, el derecho a estar libre de torturas.

La práctica de la MG no supone ningún beneficio para la salud de las mujeres y niñas, sino que acarrea numerosas consecuencias negativas, tanto a corto plazo como a largo plazo, poniendo en peligro la supervivencia de las niñas, las mujeres y su estado de salud y calidad de vida. La prevención de esta práctica supone una gran importancia para la reducción de las consecuencias a largo plazo y una mejoría del estado de salud de las mujeres.

1.1.2. Contextualización

La República Democrática del Congo lleva décadas en guerra. En este tiempo se ha generalizado un elevado número de violencias contra las mujeres, como una de las principales armas de lucha. La República Democrática del Congo vive una situación de inestabilidad a pesar del fin de la guerra civil en 2003, actualmente persisten diversas violaciones y conflictos entre los grupos étnicos. Estos conflictos perseveran debido al establecimiento de los grupos armados ilegales en provincias con límites en Ruanda y Uganda a fin de mantener un control en áreas geográficas y económicamente estratégicas.

(24)

En estos conflictos armados de la RDC las mujeres y niñas sufren diversas formas de violencia psicológica, física, sexual, también se encuentra la tortura, el secuestro, la mutilación, la violación, la esclavitud sexual, la explotación sexual, matrimonios forzados, la esterilización forzada, el aborto forzado, alistamientos de niños como soldados, todos ellos causados por agentes oficiales y no oficiales. Todo ello ocasiona desplazamientos de las poblaciones a campos de refugiados, dichos desplazamientos de cientos de personas manifiestan la falta de recursos, condiciones inhumanas, desnutrición y fragmentación de las estructuras familiares. *(24,25)*

En RDC, a menudo las víctimas de estas diversas violaciones, lesiones o enfermedades no obtienen atención médica necesaria, además sufren el rechazo y abandono de sus comunidades e incluso de sus familiares, debido a los prejuicios existentes en la comunidad, lo que ocasiona situaciones de pobreza a las mujeres. La incapacidad y los problemas de seguridad del sistema judicial de RDC, hace que a los criminales no se le otorguen la justicia necesaria y los escasos que son juzgados con frecuencia no cumplen las condenas, debido a los sobornos que reciben los oficiales al mando. *(24-26)*

La constitución de RDC señala la obligación de garantizar la igualdad entre hombres y mujeres, y la obligación de las autoridades congoleñas a defender, eliminar y juzgar los crímenes de las violencias sexuales, las cuales están prohibidas. *(24,27)*

La práctica de la mutilación genital femenina es otra de las violaciones de los derechos humanos que sufren las mujeres y niñas de RDC. Esta práctica en diversas regiones de la República Democrática del Congo es considerada como una “tradicción cultural”, transmitida entre los miembros de la familia, la cual supone una violación de los derechos de las mujeres y niñas. En RDC la mutilación genital femenina se ejecuta mayoritariamente por los miembros de la propia familia, tal como las abuelas, las madres o tías. *(24-26)*

El estigma existente en las comunidades de RDC provoca la dificultad para solicitar ayuda, por parte de las mujeres que han sido violadas o mutiladas, lo que hace que estas mujeres y niñas no soliciten ayuda es el miedo de aislamiento por parte de su familia o comunidad y la ineficiencia por parte del sistema Judicial de RDC a juzgar o a efectuar sanciones a los violadores. Por otro lado, el acceso a los servicios sanitarios es escasos, ya que el gobierno de RDC es incapaz de proporcionar y ofrecer los servicios de rehabilitación y asistencia médica necesarios. ^(24,26)

A partir de las evidencias encontradas, la RDC lleva décadas en guerra, lo que ocasiona que las mujeres y los niños, sean las víctimas de diversas violencias físicas, psicológicas, además se vulneran sus derechos humanos y el gobierno de RDC a pesar de que la constitución obliga a las autoridades a defender los derechos de las mujeres y de los niños, este no posee una estructura firme de las autoridades ni los recursos necesarios para su cumplimiento.

1.1.3. Educación para la salud, una tarea por hacer

La MGF no presenta ningún beneficio para la salud de la mujer, conlleva numerosos problemas para la salud a corto y a largo plazo, como infecciones, alteraciones psicológicas, dolor, problemas obstétricos y ginecológicos, etc., por ello es vital llevar a cabo una prevención. La prevención de la mutilación genital femenina requiere de un trabajo multidisciplinar, que se debe llevar a cabo por diversos profesionales, no solo profesionales de la salud, sino también de las asociaciones civiles, aunque hay que destacar la actuación de los profesionales de enfermería, a fin de la realización y el desempeño de las múltiples acciones de salud, puesto que los profesionales de enfermería intervienen de forma activa en la atención de la comunidad y del individuo. ⁽²⁸⁻³¹⁾

Los profesionales de la salud son aquellos que se encargan del cuidado y atención del enfermo. Este cuidado está ligado a la educación de la salud, la cual se define como *“las oportunidades de aprendizaje creadas conscientemente que suponen una forma de comunicación destinada a mejorar la alfabetización sanitaria, incluida la mejora del conocimiento de la población en relación con la salud y el desarrollo de habilidades personales que conduzcan a la salud individual y de la comunidad”*. ⁽³²⁾

La modificación de la práctica de la MGF supone un cambio de actitudes hacia la MG, por ello es imprescindible conocer e identificar los factores demográficos que influyen en las actitudes hacia la mutilación genital, a fin de tomar las medidas y las acciones adecuadas para promover el cambio. Numerosos estudios demuestran una reducción de la prevalencia de la práctica de la MGF, esto es debido al cambio de actitudes que se produce en las comunidades que lo llevan a cabo, mediante la educación, la cual produce cambios de ideológicos y de comportamiento. ⁽³³⁾

Efectivamente, la educación provoca grandes cambios de pensamiento y de comportamiento en la población. La educación es una forma de empoderamiento, que ayuda a las personas a ser conscientes de las consecuencias de ciertas acciones, ser conscientes de sus derechos, a fin de poder reclamarlos y defenderlos, por ello es una herramienta que se debe utilizar para la erradicación de la MGF y para ello la importancia de los profesionales de enfermería, puesto que son ellos los que se encargan de la prevención y promoción de la salud.

Se ha realizado una búsqueda de estudios y artículos en relación con las estrategias

de prevención y la educación para la salud de la MGF existentes y lo que se ha encontrado se expone a continuación.

En cuanto a la prevención de la MGF, mediante la educación, existen varios programas y proyectos de actuación tanto en Europa, como en África y Oriente Medio. Las estrategias de prevención de la MGF en Europa se centran en la población de inmigrantes procedentes de otros países, realizada a partir de una atención más individual y familiar.

Las estrategias de los países de la Unión Europea se basan en la capacitación de los profesionales de la salud, en la disponibilidad de servicios de salud, como los servicios de reconstrucción del clítoris, consejería sexual y psicológica, protocolos de protección infantil que orientan a quienes se enfrentan a una niña en riesgo de mutilación genital femenina, realización de talleres de sensibilización y educación para mejorar el conocimiento el cumplimiento de la ley, incluida la sensibilización dirigida al público en general. Y talleres de desarrollo de capacidades para profesionales de diversos sectores, talleres impartidos por otras mujeres a los que les realizaron la MGF. *(28,30,34)*

En África/Oriente Medio se basan en la atención a nivel comunitario, como a la población adulta o las niñas, llevada a cabo mayoritariamente por ONG, como educación sobre la MGF y sus consecuencias en los colegios, a los líderes de la comunidad, elaboración de ritos de paso alternativos, clases de sexualidad, talleres, etc.

En base a la bibliografía encontrada, se podría decir que existen múltiples estrategias para la prevención de la mutilación genital femenina en los países desarrollados, como son los países de la Unión europea, aunque en los países de Africa existen algunas iniciativas, como ONG, dedicados a ofrecer información acerca de esta práctica, aunque estas iniciativas no son duraderas en el tiempo. Por otra parte, no todos los países de África están al alcance de estas iniciativas, como es el caso de la zona de Équateur de la República Democrática del Congo, por ello es necesario llevar a cabo un proyecto educativo, como estrategia para la erradicación de esta práctica.

1.2. Justificación

Según la bibliografía encontrada, la MGF evidencia un gran problema de la salud que afecta a todas niñas y mujeres del mundo, en todos los aspectos de su vida, suponiendo una amenaza para su supervivencia, disminuyendo su calidad de vida. La MGF supone numerosas consecuencias a corto y a largo plazo. Esta práctica está arraigada en África subsahariana, aunque se realiza en otras partes del mundo, debido a los movimientos migratorios.

Las mujeres y niñas congoleñas viven diferentes formas de violencia y vulneración de sus derechos, debido a la situación de inestabilidad, causada por las constantes guerrillas. Las mujeres y niñas que habitan en entornos rurales presentan mayor riesgo de ser víctimas de esta práctica silenciosa, aunque permitida.

Existen numerosos organismos, estrategias y proyectos educativos para erradicar esta práctica, aunque no en todos los países de África subsahariana, se llevan a cabo estas medidas y proyectos. En RDC hay estrategias eficaces para la erradicación de la mutilación genital femenina, aunque estas no resultan eficaces. De pocas medidas y estrategias existentes en RDC no se beneficia toda la población de estos proyectos educativos, por lo que con este proyecto se pretende ofrecer a la población congoleña conocimientos y medidas necesarias para favorecer la erradicación de esta práctica.

La educación para la salud es el factor principal para la reducción de la práctica de la MGF. El nivel educativo que presentan las mujeres sobre la mutilación genital está relacionado con la mutilación. Cuanta más educación tienen las mujeres y niñas sobre esta práctica, menos mujeres serán sometidas a dicha práctica. Para llevar a cabo la reducción de esta práctica, es necesario una educación para la salud, en la que intervengan los profesionales de enfermería, a través de la atención primaria, ya que los profesionales de enfermería son los promotores de salud.

Numerosos estudios evidencian que, en la disciplina de enfermería, la educación para la salud supone una gran repercusión tanto a nivel individual y familiar como a nivel comunitario, ya que es una herramienta necesaria y eficaz para promover cambios de comportamiento, favoreciendo la adquisición de hábitos saludables en la población. Las actividades y las acciones de la enfermería en la promoción y prevención de la salud favorecen la actuación de forma directa en la educación para la salud.

2. Proyecto educativo

2.1. Población y captación

2.1.1. Población diana

Este proyecto educativo, se dirige a niñas preadolescentes de entre 9 y 15 años, ya que, según las estadísticas, la práctica de la MGF prevalece en estas edades, cabe destacar que en África los niños también son padres. Según los estudios es en esta etapa donde se produce un cambio a nivel cognitivo, la cual favorecerá la captación de conocimientos impartidos. Este proyecto se llevará a cabo en la provincia de Équateur, de capital Mbandaka, en la zona de Eala, en colegios de niños y niñas debido a la importancia que supone sensibilizar y educar a las futuras generaciones.

Este proyecto se centrará en niñas de África subsahariana de la República democrática del Congo, puesto que es el grupo más frágil de cara a las repercusiones en su condición de salud, tantas repercusiones a nivel social, como emocional, físico, psicológico, y económico, que supone la realización de la MGF.

2.1.2. Captación

La captación de los participantes de este proyecto educativo se ejecutará de forma directa, con la cooperación tanto de los profesores de los diferentes centros de estudios, como de los profesionales de salud, con el fin tener comunicación fluida y bidireccional con los profesionales del colegio en relación con los niños que se vulneren esos derechos, que se encuentren en riesgo de padecer la MGF y con los centros de salud estaré en contacto, con los diversos profesionales de salud, como los psicólogos, matronas, enfermeros y médicos que se encuentren en contacto con familia e niñas que estén en riesgo de la realización de esta práctica. Por ello, la captación se llevará de forma directa, con la ayuda de los profesores del colegio y los diversos profesionales del centro de salud/dispensarios.

Por ello, se efectuará comunicaciones de manera progresiva a través de correo electrónico, informando a los diversos profesionales de salud y del colegio en ese periodo de cuatro meses con la información necesaria a fin de animar a los padres a que lleven a sus hijos al curso y se les proporcionará un folleto del proyecto (ver anexo 2). En caso de que los niños o los padres quieran acudir al curso, se solicitará su inscripción en la lista de los integrantes del curso, se les proporcionará otro folleto a los padres, con los horarios de la

planificación del curso y se les entregará una hoja del consentimiento informado (Anexo), en caso de que los niños asistan solo al curso.

Por otro lado, a fin de facilitar la captación de los niños, se colgarán carteles en los colegios y los diversos centros/sanatorios de salud de la provincia de Mbandaka, en la zona de Eala, con la fecha y hora del curso (ver anexo 1).

2.2. Objetivos

El objetivo principal de este proyecto es contribuir a la mejora de la salud psicosexual y reproductiva de los niños de RDC.

Dado que los objetivos específicos son de muy diferente naturaleza vamos a diferenciar y reagrupar en: objetivos de conocimiento, objetivos de habilidades y objetivos de actitud. Al terminar este proyecto, se espera que los participantes sean capaces de:

Objetivos de conocimiento:

- Identificar las diferentes partes del aparato reproductor femenino.
- Conocer el concepto de MGF.
- Diferenciar los tipos de MGF.
- Ser capaz de identificar los factores de riesgo.
- Conocer las consecuencias de la mutilación genital.
- Ser capaz de identificar las medidas aplicadas en África sobre la MGF.
- Conocer/identificar los primeros cuidados que se debe ofrecer a las niñas con MGF e identificar los centros donde puede acudir para evitar la práctica.

Objetivos de habilidades

- Ser capaz de identificar las diferentes partes del aparato reproductor femenino.
- Demostrar un cambio en la percepción de la MGF.
- Ser capaz de decir que no.
- Administrar los primeros cuidados.

Objetivos de actitud/interés

- Expresar sus inquietudes acerca de la MGF.
- Expresar sus inquietudes acerca de la no realización de la MGF.
- Valorar su cuerpo.

- Comunicar las dudas y dificultades que se le plantean.

2.3. Contenidos

Los contenidos que se van a desarrollar en este proyecto educativo están dirigidos a prevenir y concienciar las diversas repercusiones que supone la MGF, para las mujeres y niñas de la provincia de Équateur, de capital Mbandaka, en la zona de Eala, con el fin de disminuir las incidencias de la práctica y ofrecer a las mujeres habilidades, estrategias y conocimientos para impedir esta práctica.

Los contenidos de este proyecto se dividirán del siguiente modo:

1. Fisiología del aparato reproductor femenino.
2. Definición de la mutilación genital, ablación.
3. Epidemiología de la MGF.
4. Tipos de MGF:
 - a. Tipo I: clitoridectomía.
 - b. Tipo II: escisión parcial o total del clítoris y los labios menores.
 - c. Tipo III: estrechamiento del orificio vaginal.
 - d. Tipo IV: procedimientos perniciosos de los genitales femeninos.
5. Problemas de salud:
 - a. Complicaciones a corto plazo: hemorragias, dolor intenso, etc.
 - b. Complicaciones a largo plazo: infecciones vaginales, abscesos genitales crónicos, alteraciones de la menstruación, depresión, etc.
6. Cuidados básicos de cortes.
7. Hablemos de los mitos: interpretación de la MG en la cultura.
8. Medidas en África para la MGF.
 - a. Normativas.
 - b. Centros.
9. Empoderamiento de las niñas/Romper el silencio.
 - a. Estrategias para detectar situaciones de riesgo de la MGF.
 - b. Estrategias para decir que no.
 - c. Importancia de la expresión de los sentimientos.

2.4. Sesiones y técnicas de trabajo

En este proyecto educativo se emplearán múltiples técnicas de trabajo grupal, con el objetivo de establecer un clima de trabajo favorable, de confianza y de participación. Las principales técnicas que se llevarán a cabo en este proyecto son: métodos expositivos, métodos de análisis, método de investigación de aula y método para el desarrollo de habilidades.

El proyecto se efectuará a lo largo de cuatro sesiones, a lo largo de unos cuatro días, una vez finalizado el periodo de captación de la población diana. El proyecto tendrá una periodicidad de cada dos meses, a fin de disminuir la práctica de la MGF.

Las sesiones y el desarrollo de los contenidos a tratar en este curso se dividen de la siguiente manera:

SESIONES	CONTENIDOS
Sesión 1 (día 1)	<ol style="list-style-type: none">1. Presentación del proyecto y los docentes.2. fisiología del aparato reproductor femenino.3. Conceptos básicos de MGF.4. Tipos de MGF.5. Factores de riesgo.
Sesión 2 (día 2)	<ol style="list-style-type: none">1. Problemas de salud que causa la MGF.2. Cuidados básicos de heridas y cortes.
Sesión 3 (día 3)	<ol style="list-style-type: none">1. Medidas de África para la MGF.2. Hablemos de mitos: interpretación de la MGF en la cultura.3. Estrategias para decir que no.4. Importancia de la expresión de los sentimientos.

En relación con el lugar de celebración, este proyecto se elaborará en el colegio de Eala, situado al este de Mbandaka. Cada sesión tendrá una duración de una hora y media a dos horas y se impartirá de 10: 00 a 12:00 de la mañana, con un descanso de 10 minutos. El aula donde se impartirá el curso, las sillas del aula estarán distribuidas de forma circular, si es posible, para favorecer la intervención, el diálogo y la interacción de los docentes y de los de los niños en las múltiples actividades del curso.

En relación con las dimensiones del grupo, esté formado por un grupo reducido de niños, entre 10 y 15 niños. No serán más de 15 niños, porque puede dificultar el diálogo y las metas del proyecto.

Las sesiones serán desarrolladas por profesionales de enfermería formados previamente en la materia, contiguo con la colaboración de los profesores de la clase, una matrona y un psicólogo.

2.5. Desarrollo de las sesiones

SESIÓN 1 Horario: 10:00 a 12:00					
BLOQUES	OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICAS	TIEMPO	RECURSOS
0	Favorecer un buen funcionamiento del grupo, creando una buena atmósfera, diálogo y participación.	Presentación del proyecto y de los docentes	Técnica del ovillo de lana.	20min	-Ovillo de lana. -Pizarra. -Tizas. -Folletos con el cronograma.
1	Identificar las diferentes partes del aparato reproductor femenino	Fisiología del aparato reproductor femenino externo.	Método de investigación de aula (foto-palabra), ayuda a la expresión, organización y oportunidad de compartir conocimientos.	25min	-Pizarra. -Fotos de las diferentes partes del aparato reproductor femenino externo.
DESCANSO DE 10 MIN					
1	Conocer el concepto de MGF.	Definición de la mutilación genital, ablación. Epidemiología de la MGF	Método expositivo: útil para la transmisión de conocimientos y conceptos (lección con discurso).	15min	-Pizarra. -Cartulinas. -Tizas.
1	Diferenciar los tipos de MGF	Tipos de MGF	Método expositivo (Charla participativa).	15min	-Pizarra. -Tizas de colores.
1	Ser capaz de analizar e identificar los factores de riesgo de la MGF.	Factores de riesgo de la realización de MGF.	Método de análisis (análisis de texto): útil para analizar temas desde diversos puntos de vista.	25	-Folios. -Los textos a analizar. -Lápices y bolis.

SESIÓN 2
Horario: 10:00 a 12:00

BLOQUE S	OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICAS	TIEMPO	RECURS OS
2	Conocer las consecuencias de la mutilación genital.	Problemas de salud.	Método expositivo (lección con discurso), para favorecer la transmisión de conocimientos	40	-Cartulina. -Fotos. -Pizarra. -Tizas.
DESCANSO DE 10 MIN					
2	-Conocer/identificar los primeros cuidados que se debe ofrecer a las niñas con MGF. -Identificar los centros de ayuda donde puede acudir.	Cuidados básicos de heridas y cortes.	Método de investigación de aula (rejilla de análisis): ayuda a los integrantes del curso a saber los primeros pasos que deben tomar tras una herida o un corte (MG), a fin de evitar infecciones.	30	-Cartulina con fotos -Pizarra

SESIÓN 3
Horarios: 10:00 a 12:00

BLOQUES	OBJETIVOS	CONTENIDOS	TÉCNICA	TIEMPO	RECURSOS
3	Ser capaz de identificar las medidas aplicadas en África sobre la MGF.	Medidas en África para la MGF: -Normativas -Centros	Método expositivo (lección con discurso): útil para la difusión de conocimientos.	20	-Pizarra. -Cartel informativo. -Tizas.
3	Demostrar un cambio en la percepción de la MGF.	Hablemos de los mitos: interpretación de la MG en la cultura.	Método de análisis (técnica de discusión), contribuye al análisis a trabajar actitudes, valores, y el análisis de diversas perspectivas.	25	-Pizarra y tizas. y -Folios y bolis.
DESCANSO DE 10 MIN					
3	Ser capaz de decir que no	Estrategias para decir que no	Método para el desarrollo de habilidades (Rol play), esta técnica favorece el desarrollo de habilidades concretas y la capacidad de proceder en situaciones reales.	30	-Papeletas con diferentes personajes. Ej. Personaje que aplicará la técnica del disco rayado, técnica del sándwich. -Voluntarios. -Pizarra. -Tizas.
3	-Expresar sus inquietudes acerca de la MGF. -Expresar sus inquietudes acerca de la no realización de la MGF. -Valorar su cuerpo	Importancia de la expresión de los sentimientos	Método de análisis (técnica del caso). Este método aborda el área cognitiva y el área afectiva.	30	-Psicólogo. -Casos prácticos. -Carteles pequeños de diferentes emociones.

2.6. Evaluación

2.6.1. Evaluación de la estructura y el proceso

La evaluación del proyecto, en relación con las estructuras y el proceso, se llevará a cabo mediante un cuestionario. Se hará después de cada sesión a fin de poder mejorar en las siguientes sesiones. Este cuestionario será realizado por los participantes del curso, en el que evaluarán los temas tratados en el curso, la sesión del día. En el cuestionario se evalúa los siguientes aspectos: la organización, planificación y horario del proyecto, utilidad para su vida, así como sobre opiniones sobre los docentes, los recursos, el tiempo, el espacio, las técnicas empleadas, el grado de satisfacción del curso y señalar aspectos para mejorar (ver en anexo 2). Por otra parte, los docentes de la sesión evaluarán los siguientes ítems: la calidad del material empleado, fechas y horarios del curso, los métodos educativos empleados, en relación con los objetivos planteados (ver anexo 2).

2.6.2. Evaluación de resultados

La evaluación de los resultados de los objetivos educativos a corto plazo se ha planteado cumplir una serie de objetivos de las tres áreas de aprendizaje, que se llevarán a cabo mediante diversas evaluaciones/cuestionarios:

- En el área cognitiva se realizará una prueba pre y post del curso, para evaluar sus capacidades para (ver anexo 3 y 4):
 - Identificar las diferentes partes del aparato reproductor femenino.
 - Conocer el concepto de MGF.
 - Diferenciar los tipos de MGF.
 - Ser capaz de identificar los factores de riesgo.
 - Conocer las consecuencias de la mutilación genital.
 - Ser capaz de identificar las medidas aplicadas en África sobre la MGF.

- En el área de habilidades se realizará una pequeña simulación, para demostrar las habilidades aprendidas, tales como:
 - Ser capaz de demostrar las diferentes partes del aparato reproductor femenino.
 - Demostrar un cambio en la percepción de la MGF.
 - Ser capaz de decir que no
 - Administrar los primeros cuidados

- En las áreas de actitudes, se realizarán test de escalas de actitudes, para valorar la capacidad de los participantes en las siguientes habilidades (ver anexo5):
 - Expresar sus inquietudes acerca de la MGF.
 - Expresar sus inquietudes acerca de la no realización de la MGF.
 - Valorar su cuerpo.
 - Comunicar las dudas y dificultades que se le plantean.

En lo relacionado con los objetivos a medio plazo, se efectuará un cuestionario a los participantes del curso, tras tres meses del desarrollo del curso. Este cuestionario evaluará las aptitudes de los participantes, como su capacidad de comunicar el rechazo a la MGF, verbalizar sus miedos, valorar su cuerpo, etc.

En relación con el objetivo a largo plazo, que es contribuir a la mejora de la salud psicosexual y reproductiva, a fin de disminuir los índices de la realización de la MGF. Sería conveniente en el futuro valorar la eficacia del proyecto con un grupo control, al que se le habría dado la formación y al otro no. Este objetivo a largo plazo se evaluará en un plazo de ocho a nueve meses, mediante la observación de la disminución de las incidencias.

Bibliografía

(1) RAE, CGPJ. Real Academia Española: diccionario panhispánico del español jurídico [sitio web]. Madrid: RAE; 2017 [acceso 17 de noviembre de 2020]. Ablación. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/ablaci%C3%B3n>.

(2). RAE, CGPJ. Real Academia Española: diccionario panhispánico del español jurídico [sitio web]. Madrid: RAE; 2017 [acceso el 18 de noviembre de 2020]. Mutilar. Disponible en: <https://dpej.rae.es/lema/mutilar>.

(3) World Health Organization [sitio web]. EE. UU: WHO; 2020 [acceso el 10 de noviembre de 2020]. Female genital mutilation. Disponible en: http://www.who.int/topics/female_genital_mutilation/.

(4) World Health Organization [sitio web]. EE. UU: WHO; 3 de febrero de 2020. [acceso el 25 de noviembre de 2020]. Female genital mutilation. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.

(5) UNICEF. Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern. 2016.

(6) World Health Organization. An update on WHO's work on female genital mutilation (FGM) Progress report. 2011.

(7) Organización Mundial de la Salud [sitio web]. EE. UU. [acceso el 2 de noviembre de 2020] Salud sexual y reproductiva, clasificación de la mutilación genital femenina. Disponible en: <https://www.who.int/reproductivehealth/topics/fgm/overview/es/>.

(8) Odukogbe AA, Afolabi BB, Bello OO, Adeyanju AS. Female genital mutilation/cutting in África. *Transl Androl Urol*. 2017 Apr;6(2):138-148.

(9) Knight M. Curing Cut or Ritual Mutilation?: Some Remarks on the Practice of Female and Male Circumcision in Graeco-Roman Egypt. *Isis*. 2001 Juny;92(2).

(10) Bénédicte L. Aproximación antropológica a la práctica de la ablación o mutilación genital femenina. CEFD. Valencia; 2008.

(11) Castañeda Reyes JC. Fronteras del placer, fronteras de la culpa, Propósito de la mutilación femenina en Egipto. México: el colegio de México; 2003.

(12) Kaplan Marcusán A, Aliaga Figueras N, Salas Seoane N. Mutilación genital femenina manual para profesionales. Barcelona; 2017.

(13) Shakirat GO, Alshibshoubi MA, Delia E, Hamayon A, Rutkofsky IH. An Overview of Female Genital Mutilation in Africa: ¿Are the Women Beneficiaries or Victims? Cureus. 2020 Sep 4;12(9).

(14) Farage MA, Miller KW, Tzeghai GE, Azuka CE, Sobel JD, Ledger WJ. Female genital cutting: confronting cultural challenges and health complications across the lifespan. Womens Health (Lond). 2015 Jan;11(1):79-94.

(15) Reisel D, Creighton SM. Long term health consequences of Female Genital Mutilation (FGM). Maturitas 2015 Jan;80(1):48-51.

(16) Gayle C, Rymer J. Female genital mutilation and pregnancy: associated risks. Br J Nurs. 2016 Sep 22;25(17):978-983.

(17) Yassin K, Idris HA, Ali AA. Characteristics of female sexual dysfunctions and obstetric complications related to female genital mutilation in Omdurman maternity hospital, Sudan. Reprod Health. 2018 Jun 8;15(1):7.

(18) Gee A, Kraus E, Bilyeu A. Female Genital Cutting: Considerations for the Western Physician. Mo Med. 2019 Jan-Feb;116(1):32-34.

(19) Knipscheer J, Vloeberghs E, van der Kwaak A, van den Muijsenbergh M. Mental health problems associated with female genital mutilation. BJPsych Bull. 2015 Dec;39(6):273-277.

(20) Ahmed MR, Shaaban MM, Meko HK, Amin Arafa ME, Mohamed TY, Gharib WF, et al. Psychological impact of female genital mutilation among adolescent Egyptian girls: a cross-sectional study. Eur J Contracept Reprod Health Care. 2017 Aug;22(4):280-285.

(21) Naciones Unidas. Manual de legislación sobre la violencia contra la mujer. Nueva York; 2010.

(22) Unicef [sitio web]. [acceso el 15 de noviembre de 2020]. Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño. Disponible en: <https://www.unicef.org/UNICEFObservacionesGeneralesDelComiteDeLosDerechosDelNino-WEB.pdf>

(23) Mwenda AM, Ruguru Calimoutou E, Daverio E. Compendium of International and National Legal Frameworks on Female Genital Mutilation. 2018; [acceso el 6 de diciembre de 2020] Disponible en: <https://documents.worldbank.org/en/publication/documents-reports/documentdetail>.

(24) Vásquez J. República Democrática del Congo: Situación de la mujer. Comisión Española de Ayuda al Refugiado. 2013.

(25) Amnesty International [sitio web]. [acceso el 2 de noviembre de 2020]. Everything you need to know about human rights in the Democratic Republic of Congo. Disponible en: <https://www.amnesty.org/en/countries/africa/democratic-republic-of-the-congo/report-democratic-republic-of-the-congo/>.

(26) Baaz M E, Stern M. The Complexity of Violence. Sida; Nordiska Afrikainstitutet; 2010.

(27) Cabinet du Président de la République. Constitution de la republique democratique du congo. 2006 18 février.

(28) Pastor Bravo M, Almansa Martínez P, Jiménez Ruiz I, Pastor Rodríguez JD. Estrategias para el abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde la Enfermería: una revisión videográfica. Index de Enfermería. 2015 09;/24(3):159-163.

(29) Soto P, Masalan P, Barrios S. La educación en salud, un elemento central del cuidado de enfermería. Revista Médica Clínica Las Condes. 2018 May 1;29(3):288-300.

(30) Shakirat GO, Alshibshoubi MA, Delia E, Hamayon A, Rutkofsky IH. An Overview of Female Genital Mutilation in Africa: ¿Are the Women Beneficiaries or Victims? Cureus. 2020 Sep 04;12(9): e10250.

(31) Waigwa S, Doos L, Bradbury-Jones C, Taylor J. Effectiveness of health education as an intervention designed to prevent female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review. Reprod Health. 2018 Apr 12;15(1):62.

(32) Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud. Formación en Promoción y Educación para la Salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. 2003 octubre.

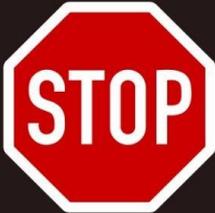
(33) Dalal K, Kalamatayeva Z, Mandal S, Ussatayeva G, Lee MS, Biswas A. Adolescent girls' attitudes toward female genital mutilation: a study in seven African countries. *F1000Res*. 2018;7:343.

(34) Graamans EP, Zolnikov TR, Smet E, Nguura PN, Leshore LC, Have ST. Lessons learned from implementing alternative rites in the fight against female genital mutilation/cutting. *Pan Afr Med J*. 2019; 32:59.

Anexos

Anexo 1: Cartel del proyecto

ROMPE EL SILENCIO. ¡HABLA DE ELLO!



LA MUTILACIÓN GENITAL



DIRIGIDO A: NIÑAS DE ENTRE 9-15AÑOS

**FECHA: 9-11 DE AGOSTO
2021**

**LUGAR: COLEGIO DE LA ZONA DE
EALA (MBANDAKA) PRIMERA
PLANTA**

Anexo 2: Folleto informativo del proyecto

***ROMPE EL
SILENCIO.
¡HABLA DE
ELLO!***

*El taller se llevara
a cabo del 9 al 11
de agosto de 10 a
12 de la mañana.*

*Dirigido a: niñas de
entre 9-15 años.*

*Fecha: 9 -11 de Agosto
2021*

*Lugar: colegio de la
zona de Eala
(Mbandaka), primera
planta.*



***MUTILACIÓN
GENITAL
FEMENINA***

Anexo 2: Cuestionario de evaluación global del curso

Cuestionario de evaluación

Este cuestionario va dirigido a todos los participantes del curso impartido en el colegio de Eala, a fin de realizar una evaluación general para mejorar el proyecto. El cuestionario se realizará anónimamente.

Fecha de inicio del curso:

Edad:

Instrucciones:

Señale con una X el grado de satisfacción, en lo relacionado al curso impartido, sabiendo que:

1= Valor más bajo. 5 = Valor más alto.

1	¿Qué le ha parecido el curso?	1	2	3	4	5
2	¿Cómo o cuánto cree que vas a aplicar los conocimientos aprendidos en tu vida diaria?	1	2	3	4	5
3	¿Qué le ha parecido la metodología empleada?	1	2	3	4	5
4	¿Qué le ha parecido los docentes del curso?	1	2	3	4	5
5	¿Cómo le ha aparecido la planificación y organización de las fechas y los horarios de las sesiones impartidas?	1	2	3	4	5
6	¿Qué le ha parecido el material y el apoyo didáctico que se ha empleado?	1	2	3	4	5
7	Distribución del aula	1	2	3	4	5
8	Evaluación general del proyecto	1	2	3	4	5

Escribe tres cosas que te hayan gustado más de las sesiones.

Y las tres que menos te hayan gustado.

¡Gracias por su colaboración ¡

Anexo 3: Cuestionario de evaluación PRE del área cognitiva

Cuestionario de evaluación PRE del área cognitiva

Fecha de inicio de la sesión:

Edad:

Instrucciones:

Señale con una X el grado de satisfacción, en lo relacionado al curso impartido, sabiendo que:

1= No soy capaz. 5 = Soy muy capaz.

Test PRE: Área cognitiva		Puntuación				
1	Identificar las diferentes partes del aparato reproductor femenino.	1	2	3	4	5
2	Conocer el concepto de MGF.	1	2	3	4	5
3	Diferenciar los tipos de MGF.	1	2	3	4	5
4	Ser capaz de identificar los factores de riesgo.	1	2	3	4	5
5	Conocer las consecuencias de la mutilación genital.	1	2	3	4	5
6	Ser capaz de identificar las medidas aplicadas en África sobre la MGF	1	2	3	4	5

¡Gracias por su colaboración !

Anexo 4: Cuestionario de evaluación de los objetivos del área cognitiva (POST)

Cuestionario de evaluación de los objetivos del área cognitiva (POST)

Fecha de inicio de la sesión:

Edad:

Instrucciones:

Señale con una X el grado de satisfacción, en lo relacionado al curso impartido, sabiendo que:

1= No soy capaz. 5 = Soy muy capaz.

Test POST: Área cognitiva		Puntuación				
1	Identificar las diferentes partes del aparato reproductor femenino.	1	2	3	4	5
2	Conocer el concepto de MGF.	1	2	3	4	5
3	Diferenciar los tipos de MGF.	1	2	3	4	5
4	Ser capaz de identificar los factores de riesgo.	1	2	3	4	5
5	Conocer las consecuencias de la mutilación genital.	1	2	3	4	5
6	Ser capaz de identificar las medidas aplicadas en África sobre la MGF	1	2	3	4	5

¡Gracias por su colaboración ¡

Anexo 5: Cuestionario de evaluación de los objetivos del área de actitudes

Cuestionario de evaluación de los objetivos del área actitudes

Fecha de inicio de la sesión:

Edad:

Instrucciones:

Señale con una X el grado de satisfacción, en lo relacionado al curso impartido, sabiendo que:

1= No soy capaz o no estoy de acuerdo.

5 = Soy muy capaz o estoy totalmente de acuerdo.

Test del área actitudes		Puntuación				
1	Soy capaz de expresar mis emociones.	1	2	3	4	5
2	Soy capaz de expresar mis inquietudes y miedos con mi familia.	1	2	3	4	5
3	Soy capaz de valorar mi cuerpo y mi vida.	1	2	3	4	5
4	Soy capaz de expresar mis opiniones, cuando algo no me agrada.	1	2	3	4	5
5	Soy capaz de abandonar la práctica de la MG.	1	2	3	4	5
6	Es mejor renunciar a mis propios intereses, mi cuerpo, etc. para agradar a otras personas.	1	2	3	4	5
7	Si alguien importante para mí espera que yo me haga la MG, debo hacerlo.	1	2	3	4	5
8	Soy capaz de expresar mis dudas y los problemas que se me plantean	1	2	3	4	5

¡Gracias por su colaboración !