



**Universitat de les
Illes Balears**

Facultad de Enfermería y Fisioterapia

Memòria del Treball de Fi de Grau

Competencias de los profesionales de la salud en el abordaje de la Mutilación Genital Femenina (MGF)

Yara Martín Molina

Grado de enfermería

Año académico 2018-19

DNI de l'alumne: 43220624J

Trabajo tutelado por Ester Sánchez Marimón
Departamento de Enfermería y Fisioterapia

Se autoriza a la Universidad a incluir este trabajo en el Repositorio Institucional para su consulta en acceso abierto y difusión en línea, con finalidades exclusivamente académicas y de investigación.	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Palabras clave del trabajo:

Mutilación genital femenina, competencias profesionales, atención primaria.

Resumen

Introducción: El aumento de la población migrante ha llevado a los países del norte a convertirse en lugares multiculturales. Esto ha generado una necesidad de cambio en los conocimientos y actitudes de los profesionales en relación a algunas prácticas como es la mutilación genital femenina (MGF).

Objetivos: Explorar el rol de las enfermeras en torno al fenómeno de la MGF, describir las competencias que deben adquirir los profesionales de la salud, analizar las intervenciones enfermeras y las dificultades en la adopción del rol en el abordaje y prevención de la MGF.

Metodología: Se realiza una búsqueda bibliográfica en diferentes bases de datos y se obtienen 24 resultados.

Discusión: Las enfermeras tienen un rol principal en la prevención y abordaje de la MGF, aunque se ha observado que una parte de los profesionales no tiene los conocimientos básicos. Además, existe una falta de competencias culturales que repercute a los cuidados proporcionados por las enfermeras. Esta falta de competencias, así como las actitudes de los profesionales son las principales complicaciones en la adopción del rol.

Conclusión: Es necesaria una inversión en formación de los profesionales de salud para el abandono del etnocentrismo y lograr así una mejor comprensión de los cuidados que precisa cada persona dentro de su contexto cultural.

Palabras clave: mutilación genital femenina, competencias profesionales, atención primaria.

Abstract

Introduction: North countries have become multicultural places because of the increase of migrant population. The main consequence of this fact is that there is a necessity of change on the knowledge and attitudes of the healthcare professionals related to some practices like female genital mutilation (FGM).

Objectives: To explore the role of the nurses in relation to the FGM, to describe the competences that the healthcare professionals should acquire and to analyse the nurses' interventions and the difficulties on the adoption of the role in the approach and prevention of the FGM.

Methodology: A bibliographic research is done in different databases, where 24 results are obtained.

Discussion: Nurses have a principal role on the prevention and approach of the FGM, even though a part of the professionals do not have the basic knowledge. Furthermore, there is a lack of cultural competences which affect to the nurses' care. This lack and the attitudes of the healthcare professionals are the main difficulties in the adoption of the role.

Conclusion: It is necessary to make an investment in the healthcare professionals' formation to abandon ethnocentric attitudes and to reach a better understanding of what every person needs in relation to healthcare.

Key words: female genital mutilation, professional competence, primary health care.

Índice	Página
1. Resumen	2
2. Abstract	3
3. Introducción	6
4. Objetivos	10
5. Estrategia de búsqueda bibliográfica	11
6. Resultados de la búsqueda bibliográfica	12
7. Discusión	13
1 Competencias profesionales	13
1.1 Conocimientos y delimitación legal del fenómeno por parte de los profesionales de la salud.	13
1.2 Percepción de los profesionales en las habilidades y formación sobre el fenómeno.	15
1.3 Posibles metodologías para la formación de los profesionales de la salud.	16
2 Intervenciones de los profesionales sanitarios en Atención Primaria.	18
2.1 Intervenciones de las matronas.	18
2.2 Intervenciones de las enfermeras.	19
2.3 Intervenciones de las enfermeras de pediatría.	19
2.4 Aspectos generales en el abordaje y prevención de la MGF.	19
3 Barreras en la adopción e intervención desde el rol de la enfermera.	20
3.1 Falta de competencias de los profesionales de salud.	20
3.2 Actitudes que obstaculizan el abordaje.	21
4 Rol de la enfermera en las intervenciones en Mutilación Genital Femenina.	22

8. Conclusiones	23
9. Bibliografía	25
10. Anexos	29
Anexo I: Tipos de Mutilación Genital Femenina.	29
Anexo II: Estrategia de búsqueda bibliográfica.	30
Anexo III: Tabla de resultados de búsqueda.	31
Anexo IV: Algoritmo de actuación ante la Mutilación Genital Femenina.	36

Introducción

La mutilación genital femenina (MGF), también conocida como circuncisión femenina, corte femenino o ablación genital femenina, se define por la OMS como todos aquellos procedimientos que causen daños en los genitales femeninos sin razones médicas. Se clasifican en cuatro tipos (Kaplan, Moreno, & Pérez, 2010; Organización Mundial de la Salud, 2008) (*Ver anexo I*):

- Tipo 1, también llamado clitoridectomía, que consiste en la extirpación total o parcial del clítoris y/o de la piel que lo cubre.
- Tipo 2, o escisión, es el corte de los labios menores, extirpando total o parcialmente el clítoris. Puede incluir también el corte de los labios mayores.
- Tipo 3, conocido como infibulación, supone la unión de los labios menores y/o mayores mediante sutura, dejando una pequeña apertura para el paso de la orina y la menstruación.
- Tipo 4, nombrado también como “otros procedimientos”, incluye todas aquellas técnicas realizadas sobre los genitales femeninos con fines no terapéuticos. Se incluyen piercings, reconstrucciones, decoloraciones y cirugías.

Los tipos más frecuentes son el I y II, ya que la infibulación se realiza en el 10% de los casos. Estos se realizan en países de África y Oriente Medio, mientras que el tipo IV está socialmente más aceptado y se realiza en países donde son frecuentes las cirugías de estética. Sin embargo, cabe destacar que el tipo de mutilación y la edad en la que se realiza cambia en función del país, etnia y familia de la mujer, incluyendo también si la zona es rural o urbana (Gobierno de las Islas Baleares, 2017).

Esta práctica tiene consecuencias a corto, medio y largo plazo. Como principales complicaciones podemos encontrar (Kaplan et al., 2010):

- A corto plazo: infecciones, shock, hemorragias, dolor, afectaciones del perineo, vagina o recto, y consecuencias de la inmovilización forzosa.
- A medio plazo: anemia secundaria a la hemorragia, infección de la herida, contagios de enfermedades como VIH e infecciones de tracto urinario (ITU) de repetición. Aquí se incluyen problemas de cicatrización como los queloides.

- A largo plazo: complicaciones ginecológicas (hematocolpos, dolor menstrual, infecciones), sexuales (dispareunia, anorgasmia, disminución del deseo sexual), obstétricos (aumento de riesgo de cesárea, necesidad de episiotomía y desinfibulación, mayor morbimortalidad del feto). También hay consecuencias psicológicas, como el shock postraumático o los terrores. Dentro de este grupo se incluye la sensación de culpabilidad de las madres que han realizado o participado en la mutilación genital de sus hijas.

Si todas estas consecuencias se agravan, pueden llevar a la muerte de la niña o mujer.

Una vez descritas todas las consecuencias de esta práctica, cabe destacar que la MGF se ha reconocido como una transgresión de los derechos humanos de las mujeres y las niñas. En el Protocolo de Mutilación Genital Femenina de las Islas Baleares se ha descrito como “una agresión a los derechos a la vida, seguridad, salud, integridad física, al derecho a no ser sometido a tratos inhumanos, crueles, degradantes ni torturas”. Además, junto a otras asociaciones internacionales la consideran una vulneración de los derechos reproductivos y sexuales y la han clasificado también como un tipo de violencia de género (Gobierno de las Islas Baleares, 2017).

Para poder dar un abordaje correcto a la MGF y unos cuidados competentes a las mujeres que la tienen, los profesionales de la salud, así como los otros profesionales que participen en su detección, deben conocer las razones por las que se continua con esta práctica. Entre los principales se encuentran (Gobierno de las Islas Baleares, 2017):

- Motivos sociales: rituales de paso a vida adulta, respeto a los adultos y a la familia, preparación para la unión matrimonial, requisito para la pertenencia a la etnia y creencia de que la mujer es más dócil con la ablación.
- Motivos religiosos: obligaciones religiosas, hacer a la mujer más pura e igualdad a los hombres en la circuncisión.
- Motivos higiénico-estéticos: creencia de que la zona genital de la mujer es sucia, impura y antiestética.
- Motivos sexuales: aumento del placer sexual del hombre, mantención de la virginidad y control de la sexualidad de la mujer.

- Motivos reproductivos: se cree que el clítoris de la mujer puede matar al feto si está en contacto con él, por lo que se realiza bajo la creencia de que se está protegiendo a los futuros hijos y aumentando la fertilidad.

Por lo tanto, la MGF es un criterio de inclusión social en muchas zonas de África y Oriente Medio, donde las sociedades patriarcales determinan el futuro de la mujer siendo esta práctica fundamental en la inclusión familiar y en la posibilidad de contraer matrimonio.

Desde la perspectiva de los Objetivos del Milenio (ODM), la ablación genital femenina está basada en la discriminación a la mujer, generalmente pobre, y sus consecuencias aumentan la morbilidad infantil y las complicaciones obstétricas, así como la incidencia del VIH. Por lo tanto, está afectando a cinco de los ODM (Ruiz, Martínez, & Bravo, 2015). Esto la convierte en una de las prácticas más nocivas conocidas. Además, desde el año 2015 se continúa luchando por las desigualdades actuales a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Dentro de estos, el objetivo número 5 busca la igualdad entre géneros y el empoderamiento de mujeres y niñas. Concretamente, el punto 5.3 aborda la MGF así como la erradicación de otras prácticas y/o costumbres dañinas (Naciones Unidas, 2016).

Debido a la globalización y el aumento de los flujos migratorios, la MGF ha extendido su prevalencia a lo largo de los países receptores de personas migrantes. Esto genera una nueva necesidad de cuidados, prevención y promoción de la salud a los nuevos ciudadanos.

Según datos de la OMS, a más de 200 millones de mujeres y niñas en el mundo se les ha realizado la MGF (Organización Mundial de la Salud, 2008). El informe de 2015 de la Fundación Wassu-UAB declara que en España hay alrededor de 17.000 niñas menores de 15 años cuyas familias proceden de países de África, lo que las sitúa en riesgo de MGF (Fundación WASSU UAB, 2015). En Baleares, hay 900 niñas menores de 19 años consideradas también en riesgo de mutilación genital femenina (Gobierno de las Islas Baleares, 2017).

Para la mayoría de las mujeres que viven con la MGF, esta práctica es algo normal y tabú, por lo que no hablan de este fenómeno, ni de otros temas de índole sexual, con conocidos o profesionales. Es por esto que la detección de los casos es muy compleja, y la mayoría serán por consultas por complicaciones o por seguimiento del embarazo.

Una vez detectado el caso, se debe seguir el protocolo de cada centro o de la comunidad autónoma, que suele basarse en el abordaje y la prevención de futuros casos, como pueden ser las hijas de estas mujeres.

Para la prevención de la ablación genital femenina y la atención a las mujeres que la tienen se precisa de formación en todos los profesionales que puedan participar en su abordaje interdisciplinar. Además, esta formación debe incidir en el etnocentrismo, ya que suele afectar a las actuaciones de los profesionales y puede dañar la continuidad asistencial y la confianza de las mujeres con MGF (Gobierno de las Islas Baleares, 2017).

Dicha prevención se concibe como un reto para las instituciones públicas, así como para los profesionales de enfermería en concreto, ya que actualmente se continua trabajando con un paradigma biomédico, que no es el adecuado en un contexto de globalización porque obstaculiza la atención a las poblaciones multiculturales (Jiménez Ruiz, Almansa Martínez, Pastor Bravo, & Pina Roche, 2012).

Es por este motivo que este documento va a abordar el tema desde la Teoría de la Diversidad y Universalidad de los Cuidados Culturales de Madeleine Leininger, debido a que las competencias profesionales y culturales de los profesionales de la salud son las que determinarán cómo será el trato a las mujeres con MGF, así como el planteamiento y la implicación en la prevención. Se precisan cuidados transculturales para superar la barrera etnocentrista, o el relativismo cultural excesivo, y poder proveer cuidados de calidad o culturalmente competentes (Jiménez-Ruiz, Almansa Martínez, Pastor Bravo, & Pina Roche, 2012).

Objetivos del trabajo

En este documento se pretende dar respuesta a diferentes objetivos:

- Objetivo general: Explorar el rol de las enfermeras en torno al fenómeno de la mutilación genital femenina (MGF).
- Objetivos específicos:
 - Describir las competencias que deben adquirir los profesionales de la salud en la atención de la MGF.
 - Analizar las intervenciones enfermeras en la atención a mujeres con MGF en atención primaria.
 - Analizar las dificultades en la adopción del rol de las enfermeras en el abordaje y prevención de la MGF.

Estrategia de búsqueda bibliográfica

En relación a la búsqueda bibliográfica se seleccionan los descriptores “Circumcision, female”, “Female genital mutilation”, “Professional Competence”, “Mutilacion genital femenina” y “Professional knowledge”, adaptando la combinación booleana en cada búsqueda (*Ver anexo II*).

Como bases de datos y metabuscadores se usaron Pubmed, Scopus, EBSCOhost (incluyendo CINAHL, Academic Search Ultimate y PsycINFO), Biblioteca Virtual en Salud y Dialnet. Los límites establecidos fueron (1) idioma inglés o castellano y (2) artículos publicados en los últimos 10 años (2009-2019). El criterio de inclusión fue los artículos relacionados con las ciencias de la salud y en cuanto a los criterios de exclusión se establecieron (1) artículos centrados exclusivamente en enfermedades de transmisión sexual y (2) artículos sin capacidad de dar respuesta a los objetivos planteados.

Resultados de la búsqueda bibliográfica

Se obtuvieron un total de 24 artículos, de los cuales, en relación al tipo de estudio, 10 artículos son descriptivos transversales, 2 descriptivos longitudinales (1 de ellos prospectivo), 1 estudio de series cronológicas, 3 revisiones sistemáticas, 6 revisiones de la literatura y 2 de metodología mixta. De esta selección de artículos, 11 son cuantitativos y 2 cualitativos.

En el *anexo III* se pueden consultar los detalles de cada artículo.

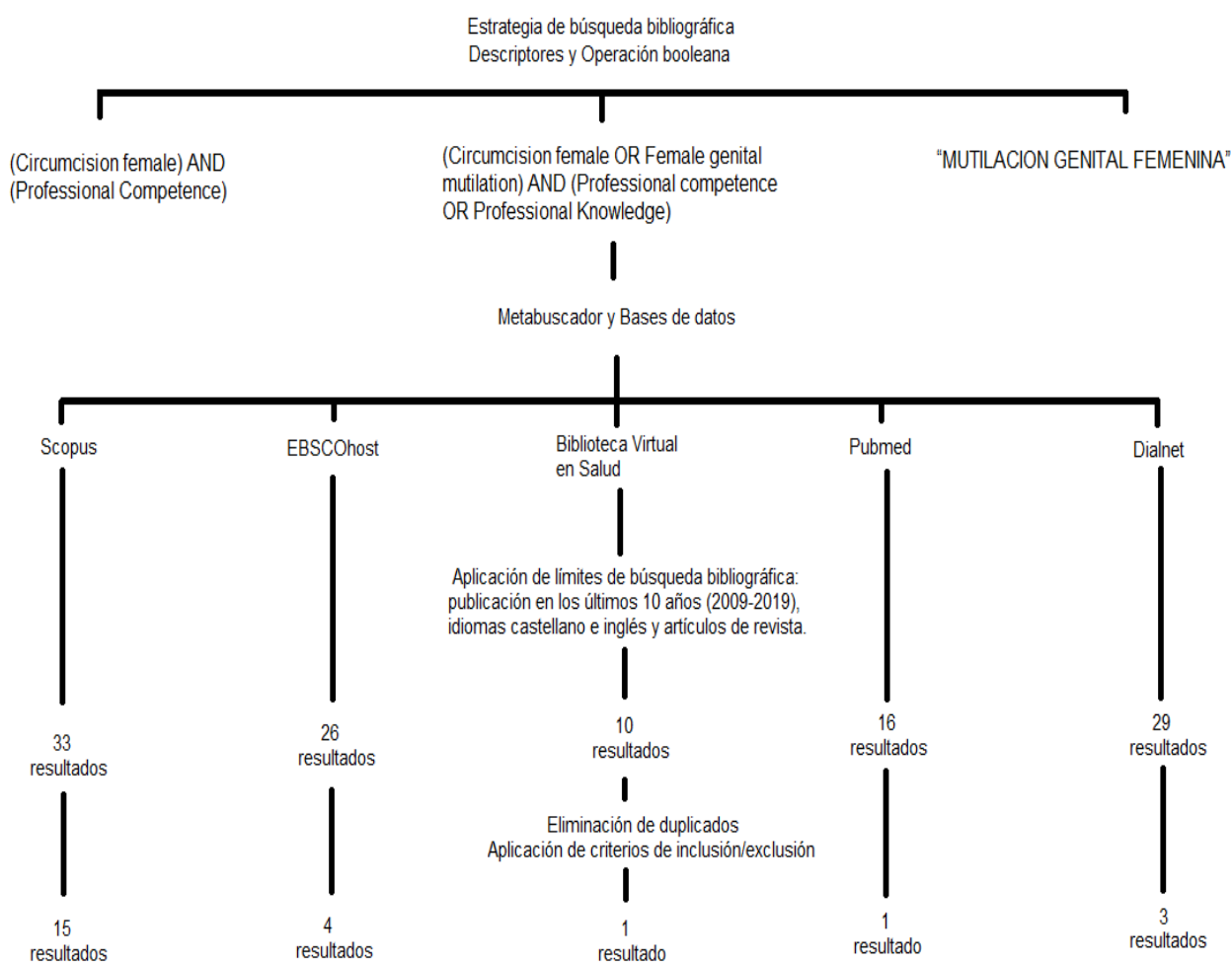


Diagrama de flujo de la estrategia bibliográfica

Discusión

Tras la lectura y el análisis de los artículos seleccionados, se procede a responder a los objetivos planteados. Para ello, se plantean diferentes temas que se han tratado en los artículos.

1. Competencias profesionales.

1.1 Conocimiento y delimitación legal del fenómeno por parte de los profesionales de la salud.

Se entiende por competencia profesional todas aquellas habilidades, destrezas y conocimientos que se adquieren mediante la formación académica y el desarrollo profesional. Asimismo, las competencias culturales son aquellos conocimientos, conductas y habilidades que permiten a los profesionales trabajar adecuadamente en contextos inter y multiculturales. Los conocimientos pueden ser teóricos o prácticos, incluyendo definiciones de los fenómenos, epidemiología, tipos, factores de riesgo o técnicas prácticas, así como conocimientos relacionados con la cultura de la persona a tratar. En cuanto a las habilidades, pueden ser sociales, comunicativas y adaptativas. Además, se incluyen las actitudes de los profesionales, que deben ser abiertas, mostrando predisposición a conocer nuevas culturas y a adaptar sus actuaciones (Manuel & Gonz, 2013).

Es importante la formación para la adquisición de dichas competencias, así como la propia voluntad de los profesionales para seguir con la formación continuada. Cabe destacar que las competencias culturales son imprescindibles para poder adaptar el ejercicio profesional, concretamente los cuidados proporcionados por las enfermeras, hacia la población migrante, para así lograr que sean más efectivos y duraderos.

Se ha podido observar que una parte de los profesionales no conocía la definición ni los diferentes tipos de MGF, a pesar de haber tratado con mujeres con MGF (Purchase et al., 2013; Turkmani, Homer, Varol, & Dawson, 2018), así como el estado legal en su país (Dawson, Homer, Turkmani, Black, & Varol, 2015; Hess, Weinland, & Saalinger, 2010;

Turkmani et al., 2018), sus consecuencias (Dawson, Homer, et al., 2015; Hess et al., 2010) ni los países donde se realiza la MGF (Hess et al., 2010).

Por un lado, en cuanto a la definición de la MGF, entre el 41.18% y el 78.6% de los participantes de los estudios conocían la definición de la MGF (León-Larios & Casado-Mejía, 2014; Purchase et al., 2013). Asimismo, entre el 24 y el 40.5% no conocían los diferentes tipos, mientras que en España solo acertaron entre el 6.3 y el 20% (García Aguado & Sánchez López, 2013; Relph, Inamdar, Singh, & Yoong, 2013; Turkmani et al., 2018). Por otra parte, dentro de las consecuencias, solo entre el 51.8% y el 67.3% las conocen (García Aguado & Sánchez López, 2013; Relph et al., 2013), y se ha observado que los profesionales mencionan principalmente las que se dan a corto plazo y las físicas. En cambio, las más desconocidas son las psiquiátricas y a largo plazo (Purchase et al., 2013).

En relación con el déficit de información ya mencionado, en España la autopercepción de conocimientos no concuerda con los resultados obtenidos en los estudios (García Aguado & Sánchez López, 2013; González-Timoneda, Ruiz Ros, González-Timoneda, & Cano Sánchez, 2018; León-Larios & Casado-Mejía, 2014; Vega-recio, 2018). Esto se puede observar en errores en la definición de MGF, en la distinción de los tipos o en el criterio de actuación. En el estudio de García Aguado (2013), 104 personas dijeron conocer la MGF, pero solo 63 respondieron correctamente cuando se les pidió la definición.

En cuanto a la legalidad, en España entre el 10.9% y el 29% sabe que es ilegal. A nivel internacional, entre el 56% y el 100% conocían el estado legal. A pesar de esto, en España un 34% de los profesionales admiten que no actuarían al detectar a una niña en riesgo debido a que no se sienten con los conocimientos suficientes (González-Timoneda et al., 2018). Además, algunos profesionales admitieron no saber cómo actuar ni a quién derivar a la mujer (Cappon, L'Ecluse, Clays, Tency, & Leye, 2015; García Aguado & Sánchez López, 2013; Purchase et al., 2013; Turkmani et al., 2018).

1.2 Percepción de los profesionales en las habilidades y formación sobre el fenómeno.

A parte de los conocimientos teóricos, hay un déficit de habilidades técnicas que los profesionales atribuyen a la falta de información durante la formación universitaria, media y continuada (Jordal & Wahlberg, 2018). Otra de las causas mencionadas en los estudios es el desconocimiento de la existencia de guías de práctica clínica, así como de protocolos estatales y propios del hospital (Cappon et al., 2015; Dawson, Homer, et al., 2015; García Aguado & Sánchez López, 2013; Macipe Costa, Pardos Martínez, & Moreno Sánchez, 2016; Turkmani et al., 2018). En este ámbito existen diferencias, ya que en España el 13% no conocen el protocolo autonómico y el 54% el nacional (Macipe Costa et al., 2016) mientras que en Bélgica el 96.5% dijeron que no existían los protocolos (Cappon et al., 2015).

Este desconocimiento puede variar en función de edad, sexo y lugar donde se realizaron los estudios. Los profesionales más jóvenes, junto a los estudiantes, son los que más conocimientos tienen ya que reciben más educación sexual y formación académica en MGF (Le Charles et al., 2016; Zurynski, Sureshkumar, Phu, & Elliott, 2015). En relación al sexo del profesional, las mujeres son más capaces de identificar casos y niñas en riesgo (Le Charles et al., 2016). Además, en los países del norte la mayoría de los profesionales conocen la ilegalidad de la práctica, mientras que en los países del sud sabían que era ilegal en otros lugares y desconocían el estado legal en su nación (Zurynski et al., 2015). Asimismo, aquellos profesionales que trabajan habitualmente con mujeres de comunidades de alto riesgo de MGF son los que tienen más conocimientos sobre el tema (Dawson, Turkmani, et al., 2015; Zurynski et al., 2015), al igual que aquellos que recibieron su formación en África, que se sienten más cómodos en el diagnóstico y en el trato con las mujeres (Relph et al., 2013). También se encontraron diferencias de los conocimientos en función del nivel de estudios, siendo los que tienen estudios universitarios los que más formación han recibido (Vega-recio, 2018).

Es por este motivo que gran parte de los profesionales (alrededor del 71%) creen que no han recibido formación suficiente, aunque entre el 82% y el 92.3% están dispuestos a recibirla (García Aguado & Sánchez López, 2013; León-Larios & Casado-Mejía, 2014;

Macipe Costa et al., 2016). Admiten que tienen conocimientos teóricos y prácticos pobres, alegando que no sabrían como identificar los cambios en la anatomía o cómo atender a las mujeres con infibulación durante el parto (Jordal & Wahlberg, 2018).

Dentro de los profesionales que sí que han recibido formación en MGF, los de mayor porcentaje son aquellos que la recibieron siendo estudiantes (34,7%), seguidos de las matronas que la recibieron durante su residencia (30.12%) y su formación laboral (24.3%)(García Aguado & Sánchez López, 2013; Mills, 2018).

En el ámbito cultural, se ha podido observar que las matronas no conocen a las mujeres con las que tratan, lo que genera barreras en el abordaje de la MGF y el cuidado de la mujer (Dawson, Turkmani, et al., 2015). Por este motivo, se precisa dar formación e información a los profesionales de la salud sobre MGF sin caer en el etnocentrismo, manteniendo la visión global que nos ayudará a adoptar el abordaje individualizado que precisa cada mujer o niña con MGF (Vega-recio, 2018).

1.3 Posibles metodologías para la formación de los profesionales de la salud.

En diversos estudios se demostró que había un aumento de los conocimientos y la confianza de los profesionales tras sesiones educativas (Balfour, Abdulcadir, Say, & Hindin, 2016; Jacoby & Smith, 2013) con información didáctica, mesas redondas, revisiones de casos y prácticas en laboratorio, aunque hay muy poca evidencia sobre cuáles son las mejores técnicas para la adquisición de conocimientos sobre la MGF y la mejora de las capacidades profesionales (Balfour et al., 2016). La formación que se le proporcione a los profesionales debería incluir abordaje clínico, el concepto de reinfibulación, aspectos culturales, legales y psicosexuales, usando imágenes y vídeos y dando a la prevención la importancia que se merece (Abdulcadir, Rodriguez, & Say, 2015).

Además, en el caso concreto de las matronas, su currículum formativo no incluye la adquisición de técnicas como la desinfibulación y reinfibulación, por lo que se debería añadir para poder atender correctamente un parto de una mujer con MGF y crear una opinión propia sobre la reinfibulación (Jacoby & Smith, 2013).

Esta falta de conocimientos teóricos y culturales, así como la pobreza en habilidades culturales, comunicativas y técnicas, hace que las matronas sientan falta de confianza en sí mismas y miedo en el cuidado de mujeres con MGF (Varol, Hall, Black, Turkmani, & Dawson, 2017). Además, contribuye al bajo reporte de casos (Simpson, Robinson, Creighton, & Hodes, 2012) y al infradiagnóstico (González-Timoneda et al., 2018).

La MGF se debería tratar sistemáticamente en la formación de las matronas y de otros profesionales de la salud, como las enfermeras, así como procedimientos en caso de atender a niñas en riesgo y herramientas comunicativas para potenciar la prevención (Cappon et al., 2015; Macipe Costa et al., 2016).

Unos conocimientos adecuados harán que el abordaje sea mejor, ya que muchos profesionales creen que las consecuencias son irreversibles y que no tienen solución, por lo que no se implican en el caso y no proporcionan cuidados de calidad (Abdulcadir et al., 2015).

Es imprescindible que se mejoren los conocimientos sobre el fenómeno de la MGF en todos los profesionales, dando especial importancia a las matronas, para poder brindar unos cuidados adecuados y culturalmente competentes. (Varol et al., 2017; Zurynski et al., 2015). Esta mejora en los conocimientos ayudará a la prevención de nuevos casos.

Por lo tanto, se propone más preparación que incluya el desarrollo de habilidades en la identificación de casos, sobre todo al inicio del embarazo, así como impartir clases prácticas a las matronas para técnicas como la desinfibulación (Jordal & Wahlberg, 2018). También se debe mejorar la formación universitaria, así como la formación continuada proporcionada por cada hospital o centro donde trabajan los profesionales (Turkmani et al., 2018) y difundir los protocolos y guías de práctica clínica (León-Larios & Casado-Mejía, 2014). Es imprescindible impartir formación para que se abandone la postura a favor de la reinfibulación y de la medicalización de la MGF, y para ello es interesante dar voz a las mujeres, ya sean profesionales, pacientes o usuarias (Dawson, Homer, et al., 2015).

2. Intervenciones de los profesionales sanitarios en Atención Primaria.

En diversos artículos se ha mencionado que los profesionales que trabajan en atención primaria son lo que más protagonismo tienen en la prevención de la MGF (León-Larios & Casado-Mejía, 2014; Macipe Costa et al., 2016). Dentro de este grupo de profesionales se incluyen a las matronas, enfermeras, pediatras y enfermeras de pediatría (Balfour et al., 2016; Macipe Costa et al., 2016; Turkmani et al., 2018; Zurynski et al., 2015). Además, estos profesionales tienen un rol principal en la instauración de una perspectiva transcultural en los cuidados que proporcionan (León-Larios & Casado-Mejía, 2014).

En el contexto Español, los profesionales de enfermería son los que más casos detectan anualmente, ya que son las encargadas de acompañar a la mujer en el embarazo, parto y puerperio (Vega-recio, 2018).

2.1. Intervenciones de las matronas.

En el caso de las matronas, estas suelen ser las primeras profesionales que atienden a las mujeres con MGF y se encargan de darles educación para proteger a sus futuras hijas (Dawson, Turkmani, et al., 2015). En el estudio de Bélgica, el 62.8% de las matronas creían que tienen un rol importante en aconsejar a las mujeres con MGF, pero solo el 3% actuaron en la prevención de nuevos casos. El resto argumentaron que creían que no era su responsabilidad, bajo problemas de comunicación, respeto a la cultura, falta de conocimientos o entorno inadecuado. (Cappon et al., 2015).

Es por esto que atender a las mujeres con MGF es un reto, ya que hay poco consenso en qué constituyen los cuidados obstétricos de calidad para mujeres con MGF y cómo proveerlos. (Widmark, Levál, Tishelman, & Ahlberg, 2010).

Por lo tanto, en el rol de las matronas se encuentra la detección de casos nuevos, la educación a las mujeres, los controles obstétricos, la atención al parto y la desinfibulación si es necesario (Simpson et al., 2012).

2.2. Intervenciones de las enfermeras.

En el caso de la enfermera de atención a la población adulta, deben saber cómo identificar y tratar las consecuencias de la MGF adecuadamente, además de continuar aconsejándolas y educándolas para la prevención (Kaplan, Hechavarría, Bernal, & Bonhoure, 2013). Además, las enfermeras deben apoyar las estrategias de prevención para reducir la prevalencia de la MGF y ofrecer la derivación a otros profesionales o a un especialista (Simpson et al., 2012).

2.3. Intervenciones de las enfermeras de pediatría.

Desde la pediatría, los profesionales tienen un papel fundamental para reconocer niñas en riesgo, prevenirlo mediante consejo a los padres, reportando casos a las autoridades y tratando a las niñas con MGF (Zurynski et al., 2015). Para ello, deben tratar el tema desde las consultas de atención primaria, como las del programa de desarrollo infantil. (Macipe Costa et al., 2016).

El papel de la enfermera pediatra es imprescindible para detectar nuevos casos y para involucrar al equipo multidisciplinar en el abordaje de la situación. Para aclarar el protocolo de intervención, se ha desarrollado un algoritmo que dicta la actuación de este equipo (*Ver anexo III*). Este algoritmo marca la actuación en determinados supuestos según el riesgo de la menor a ser mutilada, diferenciando intervenciones en niñas con MGF realizada, niñas en riesgo o en riesgo inminente (Alcón Belchí, Jiménez Ruiz, Del Mar Pastor Bravo, & Almansa Martínez, 2016).

Para el reconocimiento se debe abordar el tema en las entrevistas y anamnesis, así como mediante exploraciones genitales. También hay que controlar posibles cambios de actitud y síntomas genitourinarios en las niñas tras el viaje (Simpson et al., 2012).

2.4. Aspectos generales en el abordaje y prevención de la MGF.

Es imprescindible que la prevención no se posponga hasta la existencia de un viaje programado, sino que se debe ir haciendo progresivamente, desde el embarazo hasta el nacimiento y desarrollo de las niñas. (Macipe Costa et al., 2016). Por lo tanto, se declara que los mejores momentos de actuación son la pediatría y la salud maternal y se establece un orden de actuación: (1) programa de prevención; (2) examen de la niña o la

mujer; (3) registro en la historia clínica; (4) comunicación y trabajo con el equipo multidisciplinar y (5) comunicación a las autoridades (González-Timoneda et al., 2018).

Para una correcta actuación, los profesionales de la salud deberían demostrar respeto y conocimientos, tanto culturales como teóricos sobre las implicaciones físicas y psicológicas de la MGF. (Relph et al., 2013). El abordaje debe ser generando un ambiente adecuado mediante intimidad y estableciendo una relación de confianza, teniendo una actitud respetuosa y profesional y usando términos adecuados y no ofensivos (Simpson et al., 2012). El término de Mutilación Genital Femenina puede ofender a las mujeres y sus familiares, por lo que se prefiere llamarla Corte Genital Femenino en las consultas (Hess et al., 2010).

La prevención de la MGF se debe hacer desde una actitud multidisciplinar (Alcón Belchí et al., 2016), para ello se aconseja establecer guías para dar cuidados multidisciplinarios, mejorar la comunicación y dar estrategias de prevención y promoción de calidad (Widmark et al., 2010).

3. Barreras en la adopción e intervención desde el rol de la enfermera.

3.1. Falta de competencias de los profesionales de la salud.

Como se ha podido observar en los apartados anteriores, la falta de conocimientos es un obstáculo importante en la adopción del rol que les corresponde a las enfermeras ya que se sienten poco preparadas (García Aguado & Sánchez López, 2013; Relph et al., 2013). Además, la falta de competencias culturales, incluyendo el desconocimiento de otras culturas y el etnocentrismo, hace que se crean cultural y moralmente superiores, con vergüenza a abordar el tema y con miedo de que las mujeres se sientan acosadas o estigmatizadas (Abdulcadir et al., 2015; Jordal & Wahlberg, 2018; Varol et al., 2017).

Dentro de la falta de competencias culturales se pueden incluir las barreras idiomáticas, que conllevan la presencia del/a mediador/a cultural (Dawson, Homer, et al., 2015; Hess et al., 2010; Mills, 2018). Las diferencias lingüísticas y la necesidad de intérpretes reducen la calidad de los cuidados, ya que disminuye la relación de confianza y la intimidad del entorno. (Widmark et al., 2010).

Además, los sistemas sanitarios no dan suficiente soporte a los profesionales en relación a las campañas y estrategias de prevención de MGF (Le Charles et al., 2016), y la falta de difusión de las guías de práctica clínica hace que la mayoría de los profesionales no sepan cómo actuar o qué pasos seguir (González-Timoneda et al., 2018; Turkmani et al., 2018; Varol et al., 2017). Asimismo, se necesita tiempo para hacer una prevención adecuada, mientras que las consultas de atención primaria son cortas y distantes (Alcón Belchí et al., 2016).

3.2. Actitudes que obstaculizan el abordaje.

Otra de las dificultades planteadas es la actitud de los profesionales. En algunos países del sur global, una parte de los profesionales están a favor de la medicalización de la MGF para reducir riesgos de infección. (Dawson, Homer, et al., 2015). En esta línea, dos estudios en Gambia analizan la percepción de las matronas, encontrando diferencias cronológicas en ambos estudios. Así, en 2013 el 42.5% de las matronas defendían la MGF, el 7.6% la habían realizado alguna vez y el 42.9% apoyaban la medicalización (Kaplan et al., 2013). En 2016 los datos cambiaron, siendo el 25.4% las que abogaban por continuar con la práctica, el 10.5% admitieron haberla realizado y el 30% defendían la medicalización (Le Charles et al., 2016).

En los países del norte, solo un pequeño porcentaje apoya la medicalización, siendo en Londres el 8.9% de las matronas. Asimismo, el 17.7% confirmó que realizaría la reinfibulación si fuera legal. (Relph et al., 2013).

En resumen, los principales problemas que se muestran son: prácticas inconsistentes y poco uso de guías, cuidados descoordinados, roles profesionales difusos, comunicación alterada por barreras idiomáticas, diferencias culturales y restricciones de tiempo (Widmark et al., 2010).

Por lo tanto, se precisa formación para mejorar los conocimientos teóricos y prácticos, así como los culturales. De esta manera, el abordaje de la mutilación genital femenina será correcto y se generará una visión crítica a los profesionales que les llevará a rechazar la práctica y trabajar en su prevención.

4. Rol de las enfermeras en las intervenciones en Mutilación Genital Femenina.

Se ha demostrado que las enfermeras tienen un rol primordial en la prevención y en el abordaje de la MGF (Balfour et al., 2016; Cappon et al., 2015; Kaplan et al., 2013; Turkmani et al., 2018), siendo las que más casos detectan anualmente (Vega-recio, 2018) y las que se encargan de que se siga correctamente el algoritmo de actuación: son las encargadas de realizar una campaña de prevención con los padres y madres, desde el embarazo hasta el desarrollo infantil de las niñas (García Aguado & Sánchez López, 2013), involucrando a otros profesionales con el fin de formar el equipo multidisciplinar y avisando a los servicios sociales y de protección del menor (Alcón Belchí et al., 2016).

Además, las enfermeras deben conocer y reconocer las complicaciones de la mutilación genital femenina para poder dar unos cuidados adecuados a las mujeres con MGF (Kaplan et al., 2013; Le Charles et al., 2016; Relph et al., 2013). Tal y como estableció el Real Colegio de Obstetricias y Ginecólogos (RCOG), los profesionales de la salud, donde se incluyen las enfermeras, deben mostrar activamente respeto y formación (Relph et al., 2013), por lo que se considera esencial la adquisición de conocimientos y habilidades culturales para el correcto cumplimiento del rol (García Aguado & Sánchez López, 2013; Varol et al., 2017; Zurynski et al., 2015).

Por lo tanto, se concluye que el rol de la enfermera es esencial en la detección de niñas en riesgo y de casos nuevos, la prevención mediante educación a los padres y madres, el empoderamiento a las mujeres en la toma de decisiones y el abordaje de las consecuencias de la MGF.

Conclusiones

Debido a la globalización actual, la población migrante ha aumentado, lo que nos ha llevado a convivir en sociedades multiculturales. A nivel sanitario, esta situación nos ha presentado retos a los que nos hemos tenido que enfrentar, entre los cuales se encuentra la Mutilación Genital Femenina.

La MGF se ha convertido en un problema de salud pública, ya que puede afectar a mujeres y niñas en cualquier país, por lo que podemos suponer que todos los profesionales de la salud deberían saber cómo actuar ante un caso. Sin embargo, a lo largo de este documento se ha podido demostrar que esto no siempre es así.

Este reto afecta a los profesionales de enfermería principalmente, ya que somos nosotras las encargadas de realizar un adecuado programa de prevención con el objetivo de proteger a las niñas de esta tradición.

A pesar de que existen errores metodológicos en los estudios consultados, se ha demostrado que, para una correcta actuación, es importante tener una buena base de conocimientos teóricos, sabiendo definir qué es la mutilación genital femenina, cuáles son sus tipos y sus consecuencias. También se precisan habilidades técnicas para dar una correcta atención al parto y a las posibles complicaciones obstétricas. Además, es fundamental el abandono del etnocentrismo y la adopción de una actitud abierta al contacto con diferentes culturas. Por lo tanto, creo que es importante invertir en la formación de los profesionales, así como buscar estrategias de motivación e implicación de estos mismos, ya que aunque no se proporcionen cursos formales, la motivación personal y la curiosidad de cada uno puede llevarle a su propia búsqueda de información.

Además, se ha concluido que se precisa más investigación, no solo para saber qué faltas de conocimientos hay y cuáles son las necesidades de educación de los profesionales de la salud, sino que para conocer también cuáles son las metodologías ideales para la formación.

Con este documento me gustaría invitar a los profesionales de la salud, sobre todo a las enfermeras, al abandono del modelo de atención biomédico, para pasar al modelo biopsicosocial. De esta forma, dejaremos de ver a las mujeres y a las niñas como simples cuerpos y empezaremos a valorar su entorno social y cultural. Para poder dar unos cuidados culturalmente competentes es sustancial fomentar la formación de las enfermeras, logrando el abandono del etnocentrismo y adoptando una postura profesional transcultural.

Asimismo, la mutilación genital femenina es considerada una vulneración de los derechos humanos y un tipo de violencia de género y maltrato infantil, por lo que sería trascendental adoptar una postura feminista en defensa de los derechos de las mujeres y las niñas, educándolas y empoderándolas, y de lucha contra la sociedad patriarcal que ha impuesto esta dañina tradición.

Por lo tanto, me gustaría concluir este documento indicando la necesidad de la investigación en la salud de las mujeres, para así conocer la repercusión de la MGF en la salud y la vida diaria, así como remarcar la repercusión de la formación a los profesionales, a las víctimas y a sus familias.

Bibliografía

- Abdulcadir, J., Rodriguez, M., & Say, L. (2015). Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, *122*(3), 294–303. <https://doi.org/10.1111/1471-0528.13217>
- Alcón Belchí, C., Jiménez Ruiz, I., Del Mar Pastor Bravo, M., & Almansa Martínez, P. (2016). Algoritmo de actuación en la prevención de la mutilación genital femenina. Estudio de casos desde atención primaria. *Atencion Primaria*, *48*(3), 200–205. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.08.004>
- Balfour, J., Abdulcadir, J., Say, L., & Hindin, M. J. (2016). Interventions for healthcare providers to improve treatment and prevention of female genital mutilation: A systematic review. *BMC Health Services Research*, *16*(1), 1–6. <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1674-1>
- Cappon, S., L'Ecluse, C., Clays, E., Tency, I., & Leye, E. (2015). Female genital mutilation: Knowledge, attitude and practices of Flemish midwives. *Midwifery*, *31*(3), e29–e35. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.11.012>
- Dawson, A., Homer, C. S. E., Turkmani, S., Black, K., & Varol, N. (2015). A systematic review of doctors' experiences and needs to support the care of women with female genital mutilation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, *131*(1), 35–40. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2015.04.033>
- Dawson, A., Turkmani, S., Fray, S., Nanayakkara, S., Varol, N., & Homer, C. (2015). Evidence to inform education, training and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: A review of global experience. *Midwifery*, *31*(1), 229–238. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2014.08.012>
- Fundación WASSU UAB. (2015). Mutilación genital femenina. Retrieved May 16, 2019, from <https://mgf.uab.cat/esp/mgf.html>
- García Aguado, S., & Sánchez López, M. I. (2013). *Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la mutilación genital femenina. Metas de enfermería. Metas de enfermería*, ISSN 1138-7262, Vol. 16, Nº. 7, 2013 (Vol. 16). Difusión Avances de Enfermería. Retrieved from <https://0-dialnet-unirioja-es.llull.uib.es/servlet/articulo?codigo=4434209>

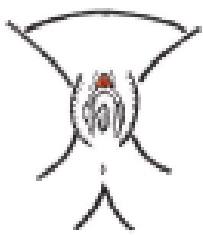
- Gobierno de las Islas Baleares. (2017). Mutilación genital femenina.
- González-Timoneda, A., Ruiz Ros, V., González-Timoneda, M., & Cano Sánchez, A. (2018). Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge? *BMC Health Services Research*, *18*(1), 579. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3396-z>
- Hess, R. F., Weinland, J., & Saalinger, N. M. (2010). Knowledge of Female Genital Cutting and Experience With Women Who Are Circumcised: A Survey of Nurse-Midwives in the United States. *Journal of Midwifery & Women's Health*, *55*(1), 46–54. <https://doi.org/10.1016/j.jmwh.2009.01.005>
- Jacoby, S. D., & Smith, A. (2013). Increasing certified nurse-midwives' confidence in managing the obstetric care of women with female genital mutilation/cutting. *Journal of Midwifery and Women's Health*, *58*(4), 451–456. <https://doi.org/10.1111/j.1542-2011.2012.00262>.
- Jiménez Ruiz, I., Almansa Martínez, P., Pastor Bravo, M. del M., & Pina Roche, F. (2012). Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural. Una revisión bibliográfica. *Enfermería Global*, *11*(4), 396–410. <https://doi.org/10.6018/eglobal.11.4.155751>
- Jordal, M., & Wahlberg, A. (2018). Challenges in providing quality care for women with female genital cutting in Sweden – A literature review. *Sexual & Reproductive Healthcare*, *17*, 91–96. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.07.002>
- Kaplan, A., Hechavarría, S., Bernal, M., & Bonhoure, I. (2013). Knowledge, attitudes and practices of female genital mutilation/cutting among health care professionals in the Gambia: A multiethnic study. *BMC Public Health*, *13*(1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-851>
- Kaplan, A., Moreno, J., & Pérez, M. J. (2010). Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales., *1*, 1689–1699. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107415324.004>
- Le Charles, M.-A., Laye, M., Secka, D., Riba Singla, L., Utzet Sadurní, M., & Kaplan. (2016). Female genital mutilation/cutting: changes and trends in knowledge, attitudes, and practices among health care professionals in The Gambia. *International Journal of Women's Health*, *103*. <https://doi.org/10.2147/ijwh.s102201>
- León-Larios, F., & Casado-Mejía, R. (2014). Conocimientos, actitudes y experiencias profesionales de las matronas de atención primaria de salud de Sevilla sobre

- mutilación genital femenina. *Matronas Profesión*, 15(2), 56–61.
- Macipe Costa, R. M., Pardos Martínez, L. C., & Moreno Sánchez, J. (2016). Mutilación genital femenina. ¿Cómo estamos abordando el problema desde las consultas de Atención Primaria? *Boletín de La Sociedad de Pediatría de Aragón, La Rioja y Soria*, ISSN-e 1696-358x, ISSN-e 1696-358x, N^o. 2, 2016, Págs. 43-47, (2), 43–47. Retrieved from <https://0-dialnet-unirioja-es.llull.uib.es/servlet/articulo?codigo=6338962>
- Manuel, C., & Gonz, M. (2013). Competencia cultural . Enfoque del modelo de Purnell y Campinha-Bacote en la práctica de los profesionales.
- Mills, E. (2018). UK midwives' knowledge and understanding of female genital mutilation: EBSCOhost. *MIDIRS Midwifery Digest*, 28(1), 491–496. Retrieved from <http://0-web.ebscohost.com.llull.uib.es/ehost/detail/detail?vid=11&sid=334d251e-60cd-4283-9b99-d654607e1b74%40sessionmgr102&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1laG9zdC1saXZI#AN=133554068&db=c8h>
- Naciones Unidas. (2016). *Agenda 2030 y los Objetivos de Desarrollo Sostenible*. Retrieved from www.un.org/sustainabledevelopment/es
- Organización Mundial de la Salud. (2008). Mutilación genital femenina. Retrieved April 7, 2019, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- Purchase, T. C. D., Lamoudi, M., Colman, S., Allen, S., Latthe, P., & Jolly, K. (2013). A survey on knowledge of female genital mutilation guidelines. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica*, 92(7), 858–861. <https://doi.org/10.1111/aogs.12144>
- Relph, S., Inamdar, R., Singh, H., & Yoong, W. (2013). Female genital mutilation/cutting: Knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London. *European Journal of Obstetrics Gynecology and Reproductive Biology*, 168(2), 195–198. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2013.01.004>
- Ruiz, I. J., Martínez, M. P. A., & Bravo, M. D. M. P. (2015). Impact of female genital mutilation on the millennium goals. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 36(spe), 254–261. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2015.esp.56724>
- Simpson, J., Robinson, K., Creighton, S. M., & Hodes, D. (2012). Female genital mutilation: The role of health professionals in prevention, assessment, and management. *BMJ (Online)*, 344(7848), 1–7. <https://doi.org/10.1136/bmj.e1361>

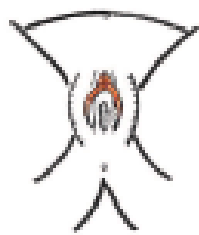
- Turkmani, S., Homer, C., Varol, N., & Dawson, A. (2018). A survey of Australian midwives' knowledge, experience, and training needs in relation to female genital mutilation. *Women and Birth, 31*(1), 25–30.
<https://doi.org/10.1016/j.wombi.2017.06.009>
- Varol, N., Hall, J. J., Black, K., Turkmani, S., & Dawson, A. (2017). Evidence-based policy responses to strengthen health, community and legislative systems that care for women in Australia with female genital mutilation / cutting. *Reproductive Health, 14*(1), 1–8. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0324-3>
- Vega-recio, A. (2018). Exploración de los conocimientos sobre mutilación genital femenina del personal sanitario maternoinfantil de Melilla, *19*(4), 143–150.
- Widmark, C., Levál, A., Tishelman, C., & Ahlberg, B. M. (2010). Obstetric care at the intersection of science and culture: Swedish doctors' perspectives on obstetric care of women who have undergone female genital cutting. *Journal of Obstetrics and Gynaecology, 30*(6), 553–558. <https://doi.org/10.3109/01443615.2010.484110>
- Zurynski, Y., Sureshkumar, P., Phu, A., & Elliott, E. (2015). Female genital mutilation and cutting: A systematic literature review of health professionals' knowledge, attitudes and clinical practice. *BMC International Health and Human Rights, 15*(1), 1–18. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0070-y>

Anexos

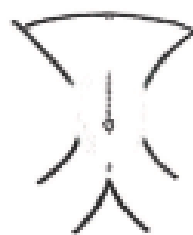
Anexo I: Tipos de mutilación genital femenina.



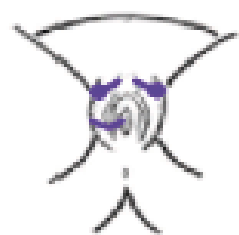
Tipo I



Tipo II



Tipo III



Tipo IV

Anexo II: Estrategia de búsqueda bibliográfica

Base de datos	Combinación booleana
Scopus	(Circumcision female OR Female genital mutilation) AND (Professional competence OR Professional Knowledge)
EBSCOhost	(Circumcision female OR Female genital mutilation) AND (Professional competence OR Professional Knowledge)
BVS	(Circumcision female) AND (Professional Competence)
Pubmed	(Circumcision female) AND (Professional Competence)
Dialnet	“MUTILACION GENITAL FEMENINA”

Anexo III: Tabla de resultados de búsqueda.

Autor/Año	Diseño	Objetivos	Resultados
(Turkmani et al., 2018)	Descriptivo transversal (cuantitativo)	Explorar los conocimientos, experiencias y necesidades de las matronas.	Las matronas no tienen conocimientos suficientes sobre MGF y los protocolos.
(Dawson, Homer, et al., 2015)	Revisión sistemática	Examinar experiencias y necesidades de los profesionales e identificar cómo mejorar los conocimientos.	Hay falta de conocimientos sobre la MGF, protocolos y legislación y, en algunos países en vías de desarrollo apoyan la medicalización y la reinfibulación.
(Jordal & Wahlberg, 2018)	Revisión de la literatura	Describir retos en el cuidado de las mujeres con MGF.	Los profesionales tienen insuficientes conocimientos teóricos y prácticos, debido a fallos en la formación y al etnocentrismo.
(Varol et al., 2017)	Revisión de la literatura	Conocer los motivos de la necesidad de políticas contra la MGF.	Las matronas admiten su falta de confianza por la falta de competencias culturales y la dificultad de construir una relación de confianza.
(Zurynski et al., 2015)	Revisión sistemática	Analizar los conocimientos, actitudes y prácticas clínicas de las profesionales relacionadas con MGF	Se precisa educación y guías de práctica clínica para proporcionar cuidados culturalmente competentes.
(Simpson et al., 2012)	Revisión de la literatura	Proporcionar una aproximación a la atención y abordaje de MGF, así como estrategias de prevención.	El rol de los profesionales es muy complejo ya que tienen que convencer a la mujer de acceder a los servicios, así como en la prevención.

(Le Charles et al., 2016)	Descriptivo transversal (cuantitativo)	Evaluar los cambios en los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud en relación a la MGF en Gambia.	Se ha progresado en relación a los conocimientos de los profesionales, aunque hay que seguir dándoles soporte para la prevención, abordando la medicalización y generando estrategias nuevas basadas en la evidencia.
(Jacoby & Smith, 2013)	Estudio de series cronológicas (cualitativo)	Evaluar la efectividad de un programa de educación para matronas que tratan a mujeres con MGF tipo III.	Las intervenciones formativas aumentan los conocimientos, lo que genera confianza para los profesionales y las mujeres con MGF.
(Balfour et al., 2016)	Revisión sistemática (cuantitativo)	Analizar estudios para mejorar las capacidades de prevención y tratamiento de los profesionales de la salud.	Se precisa más investigación sobre los métodos más efectivos de formación en MGF a los profesionales sanitarios.
(Hess et al., 2010)	Metodología mixta	Estudiar los conocimientos de las matronas de EEUU sobre MGF y conocer sus experiencias.	Los profesionales desconocen aspectos legales y culturales, imprescindibles para dar cuidados culturalmente adecuados.
(Kaplan et al., 2013)	Descriptivo transversal (cuantitativo)	Examinar los conocimientos, actitudes y prácticas en MGF de los profesionales de la salud de Gambia.	En Gambia, un elevado porcentaje de profesionales defiende la MGF, aunque los datos varían en función del sexo (los hombres la defienden más) y la etnia, siendo las zonas rurales las de mayor prevalencia.

(González-Timoneda et al., 2018)	Descriptivo transversal (cuantitativo)	Abordar las percepciones, el grado de conocimiento y actitudes de los profesionales de atención primaria en relación a la MGF en Valencia.	Los profesionales tienen sus conocimientos sobreestimados, y la falta de estos puede hacer que se infradiagnostiquen los casos.
(Relph et al., 2013)	Descriptivo longitudinal (cuantitativo)	Evaluar el nivel de conocimientos, actitudes y habilidades en MGF de los profesionales de la salud en Londres.	La edad y el lugar de origen afectan a los conocimientos sobre MGF y, aunque ha habido un aumento, todavía son insuficientes los conocimientos de los profesionales.
(Widmark et al., 2010)	Descriptivo transversal (cualitativo)	Explorar las perspectivas y conocimientos de las matronas que tratan con mujeres con MGF en Suecia.	Los problemas principales son las prácticas inconsistentes, la falta de comunicación entre profesionales, los roles difusos y las barreras idiomáticas y diferencias culturales.
(Abdulcadir et al., 2015)	Revisión de la literatura	Buscar evidencia de resultados obstétricos, intervenciones quirúrgicas y habilidades de los profesionales de la salud en MGF.	Los profesionales necesitan formación cultural para superar el miedo a abordar temas tabúes y a estigmatizar a las mujeres.
(Dawson, Turkmani, et al., 2015)	Revisión de la literatura	Identificar cómo son los cuidados proporcionados por las matronas y las estrategias en países desarrollados y en vías de desarrollo.	Las matronas precisan más formación teórica y cultural, al igual que las comunidades para la concienciación y prevención de la MGF.

(Purchase et al., 2013)	Descriptivo transversal (cuantitativo)	Identificar si los profesionales de la salud conocen los protocolos de actuación ante un caso de MGF.	Se precisa formación y la creación de la figura de los profesionales especialistas en MGF para el correcto abordaje de los casos.
(Capon et al., 2015)	Descriptivo transversal (cuantitativo)	Abordar los conocimientos, actitudes y habilidades de las matronas belgas sobre MGF.	No se dan cuidados adecuados debido a falta de conocimientos sobre complicaciones, prevención y legislación, aunque se demuestra que las matronas más jóvenes están más formadas en la atención a las personas migrantes.
(León-Larios & Casado-Mejía, 2014)	Descriptivo transversal (cuantitativo)	Identificar los conocimientos, actitudes y experiencias profesionales de las matronas sobre MGF.	Los profesionales de atención primaria son imprescindibles en la prevención de la MGF mediante una visión transcultural, aunque sus conocimientos están sobreestimados.
(Vega-recio, Luque-salas, 2018)	Descriptivo transversal (cuantitativo)	Estudiar los conocimientos y las habilidades de los profesionales de la salud de Melilla sobre MGF.	Los profesionales admiten que necesitan más formación teórica y de recursos de prevención y abordaje de la MGF desde una visión global sin etnocentrismo.
(Mills, 2018)	Metodología mixta	Explorar los conocimientos de las matronas de UK sobre MGF.	La falta de conocimientos teóricos y culturales, así como las barreras idiomáticas, generan miedo, estigma y soledad a las mujeres con MGF.
(Macipe Costa et al., 2016)	Descriptivo transversal (cuantitativo)	Evaluar si los profesionales conocen y cumplen el protocolo de MGF en atención primaria y detectar dificultades en su adopción.	La prevención se debe hacer desde atención primaria en las revisiones pediátricas (no posponerlo hasta la sospecha de viaje) y desde la perspectiva de las consecuencias en salud.

(Alcón Belchí et al., 2016)	Revisión de la literatura	Crear un algoritmo de actuación en la identificación y prevención de la MGF en Murcia.	La prevención de la MGF se debería realizar desde una visión interdisciplinar desde diferentes ámbitos (social, educativo, familiar y sanitario) y se precisan guías para orientar la actuación de los diferentes profesionales.
(García Aguado & Sánchez López, 2013)	Descriptivo longitudinal prospectivo (cuantitativo)	Explorar los conocimientos, formación, experiencias y percepciones de los profesionales de la salud de Valencia.	Se precisa la creación de protocolos, guías y formación en ámbitos sociales, culturales, éticos y médicos.

Anexo IV: Algoritmo de actuación ante la Mutilación Genital Femenina.

