



**Universitat de les  
Illes Balears**

**Facultad de enfermería y fisioterapia**

**Memoria del Trabajo de Fin de Grado**

# Perfil de los profesionales de la salud en la mutilación genital femenina desde el marco de la enfermería transcultural.

Marta Gallardo Alfaro

**Grado de enfermería**

Año académico 2018-19

**DNI: 45188893B**

**Treball tutelat per Ester Sanchez Marimon  
Departament de enfermería y fisioterapia**

S'autoritza la Universitat a incloure aquest treball en el Repositori Institucional per a la seva consulta en accés obert i difusió en línia, amb finalitats exclusivament acadèmiques i d'investigació	Autor		Tutor	
	Sí	No	Sí	No
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Palabras clave:**

**Mutilación genital femenina, profesionales de la salud, percepción, actitud y conocimientos.**

## **RESUMEN:**

El auge de la globalización y la inmigración ha propiciado el creciente aumento demográfico de mujeres procedentes de países donde se práctica la mutilación genital femenina. El marco teórico de la enfermería transcultural pone de manifiesto la necesidad de una atención cultural holística de la salud con unos profesionales culturalmente competentes con la diversidad cultural.

El objetivo principal es explorar la percepción y la actitud de los profesionales de la salud en la mutilación genital femenina.

Se trata de una revisión bibliográfica a través de distintas bases de datos, donde se encuentra un total de 18 artículos; 17 estudios cuantitativos y 1 estudio cualitativo.

La falta de conocimiento acerca de la mutilación genital femenina es un fenómeno generalizado en la mayoría de profesionales de la salud. Son varios los estudios que demuestran la falta de actuación en el ámbito asistencial y preventivo; se identifican obstáculos en la atención como la barrera idiomática, la naturaleza sensible del fenómeno, la falta de experiencia y conocimientos de los profesionales y el etnocentrismo.

Existe una necesidad urgente de políticas formativas acerca de la MGF; solo formando a dichos profesionales conseguiremos puentes en la atención y borrar las barreras que impiden una relación de confianza, una atención holística y una actuación integradora.

### **Palabras clave:**

Mutilación genital femenina, profesionales de la salud, percepción, actitud y conocimientos.

## **ABSTRACT:**

The rise of globalization and immigration has promoted an increase in demographic growth of women of countries where female genital mutilation is practiced. The theoretical framework of transcultural nursing expresses the need for a holistic cultural health care with competent health professionals in cultural diversity.

The main objective of this work is to explore the perception and attitude of health professionals towards female genital mutilation.

This work is a bibliographic review of different databases. It includes 18 articles, a qualitative study and 17 quantitative studies.

The lack of knowledge about female genital mutilation is a widespread situation in most health professionals. Several studies demonstrate the lack of action in treatment and prevention of this situation. In fact, there are problems in attention due to a barrier language or the intrinsic sensitivity of the situation. A reduced experience and knowledge in this field of health professionals and ethnocentrism is another point to consider.

There is an urgent need to improve education and training policies on female genital mutation. Training health professionals is the way to improve primary attention, providing the basis for cooperative relations, holistic attention and inclusive participation.

### **Keywords:**

Female genital mutilation, health professional, perception, attitude and knowledge.

## ÍNDICE:

•	Introducción.....	5
•	Objetivos del trabajo.....	8
•	Estrategia de búsqueda bibliográfica .....	9
•	Resultados de la búsqueda bibliográfica.....	11
•	Discusión.....	12
○	Conocimientos sobre la MGF de los profesionales de la salud.....	12
▪	Conocimientos sobre el concepto y definición de la MGF.....	12
▪	Conocimientos sobre la tipología de la MGF .....	13
▪	Conocimientos sobre las causas de la MGF .....	14
▪	Conocimientos sobre el lugar de origen de la MGF .....	15
▪	Conocimientos sobre las consecuencias de la MGF .....	15
▪	Conocimientos sobre la legislación de la MGF .....	16
○	Formación sobre MGF en los profesionales de la salud.....	17
○	Actitud y percepción de los profesionales de la salud sobre la MGF.....	18
○	Barreras en la atención a las mujeres que han sufrido MGF.....	19
•	Conclusión.....	23
•	Bibliografía.....	25
•	Anexo 1: Tabla de resultados.....	28

## **INTRODUCCIÓN:**

La OMS define la Mutilación Genital Femenina (MGF) como todos los procedimientos que implican resección parcial o total de los genitales externos femeninos u otras lesiones de los órganos genitales femeninos por razones no médicas (OMS, 2013). La MGF se inscribe dentro de las denominadas prácticas tradiciones perjudiciales, que afectan a la salud de las mujeres y niñas y vulnerando sus derechos humanos, y que son frecuentes en todo el mundo. La MGF tiene sus raíces en un sistema de orden social patriarcal, siendo uno de los ejemplos de control y dominio sobre el cuerpo y la sexualidad femenina que conlleva la negación y rechazo colectivo hacia los genitales de la mujer (UNAF, 2016)

Las Mutilaciones Genitales Femeninas (MGF) son prácticas reconocidas internacionalmente como una violación de los Derechos Humanos, una forma de violencia contra las mujeres y una manifestación extrema de desigualdad de género, que atenta contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, les niega el derecho a la salud y a la integridad del propio cuerpo (UNAF, 2016)

La MGF se practica en 27 países de África y en Yemen, especialmente en las regiones orientales, nororientales y occidentales; algunos países de Asia y el Oriente Medio; y en algunos países como Australia, Canadá, los Estados Unidos, Europa y Nueva Zelanda, con ciudadanos inmigrantes provenientes de países en los que se lleva a cabo dicha práctica (OMS, 2013)

La prevalencia de MGF en todos los países africanos en los cuales se ha documentado esta práctica, se encuentran entorno a 100-140 millones de niñas y mujeres en todo el mundo. Además, cada año, aproximadamente 3,3 millones de niñas corren el riesgo de ser víctimas de ésta práctica (OMS, 2013). Así, en Europa hay 500.000 mujeres y niñas que han sido víctimas de las MGF y 180.000 niñas en peligro de serlo. En España, la población procedente de países donde se practica la MGF se estima en unas 200.000, de las cuales son mujeres alrededor de 55.000; y entre ellas, unas 17.000 niñas en situación de amenaza (UNAF, 2016)

La globalización y el auge de la inmigración extranjera se ha consolidado como uno de los fenómenos clave en la actual dinámica demográfica española (Lopez Gay & Kaplan Marcusán, 2009). En este contexto, se ha experimentado un gran crecimiento de la población procedente de los países en los que con mayor o menor prevalencia, la MGF es una práctica vigente (Lopez Gay & Kaplan Marcusán, 2009)

En este sentido, la perspectiva transcultural enfermera, es definida por Madeleine Leininger como “un área formal de estudio y práctica de enfermería enfocada en el cuidado cultural holístico comparativo de la salud, de los modelos de enfermedad, de individuos y grupos, con respecto a las diferencias y similitudes, en los valores culturales, creencias y prácticas, con el fin de proporcionar un cuidado de enfermería que sea congruente, sensible, y culturalmente competente a las personas de culturas diversas” (Leninger, 2002) . Esta conceptualización del individuo y los factores que afectan a su salud nos permite dejar a un lado esa visión etnocentrista que pretende homogeneizar los cuidados dejando al margen la individualidad de los cuidados. Por este motivo, es necesario enfocar el fenómeno de la mutilación genital femenina desde una perspectiva transcultural, que sea capaz de mirar más allá del etnocentrismo y que considere a todas las personas únicas en consonancia con su cultura, valores y pensamientos. Los profesionales de la salud deben ir más allá de la mirada biomédica y abrirse a reconocer la importancia de todas las esferas o determinantes de una persona, ofreciendo cuidados en salud desde una perspectiva holística.

Siguiendo el marco conceptual de la transculturalidad, los profesionales de la salud no pueden ofrecer un cuidado holístico que mire al paciente con una visión biopsicosocial si no se tiene en cuenta la cultura de éste con una visión integradora. El profesional de la salud debe comprender las creencias culturales, los valores y los estilos de vida de las personas para poder proporcionar cuidados de salud culturalmente congruentes y beneficiosos (Leninger, 2002)

Aun así, no podemos hablar solo de profesionales de la salud que afrontan el fenómeno de la mutilación genital femenina, sino que debemos hablar de intervenciones multidisciplinarias desde los ámbitos sociales, educativos y sanitarios, que trabajan con población inmigrante en riesgo de MGF, siendo estos los actores clave en su prevención

y erradicación (UNAF, 2016). Por ese motivo es vital que los profesionales tengan una adecuada formación teórica y práctica para abordar este fenómeno de una manera holística.

Así, las actuaciones deben priorizar (1) la coordinación y comunicación entre los distintos ámbitos de actuación; (2) la coordinación y comunicación con los diferentes ámbitos de la sanidad: atención primaria y atención hospitalaria; (3) la detección, notificación y solicitud de consulta programada de MGF; (4) integrar la figura de la mediadora y (5) ofrecer el servicio de asistencia psicológica (Gobierno de las Islas Baleares, 2017)

Aun así, llevar a cabo un abordaje holístico de la mujer que ha sufrido MGF es una tarea compleja. Para ello, la asociación catalana de matronas plantea actitudes necesarias para tener un rol profesional de facilitación, de ayuda y de apoyo: la congruencia, la aceptación, la valoración positiva y la empatía, tratando de crear un clima de relación tolerante y no defensivo, donde el profesional de la salud debe tener dos habilidades primordiales: la comunicación y el manejo de conflictos (Kaplan et al., 2004)

## **OBJETIVOS:**

### **Objetivo general:**

- Explorar la percepción y la actitud de los profesionales de la salud en la mutilación genital femenina.

### **Objetivos específicos:**

- Identificar y definir actitudes y percepciones de los profesionales de la salud ante las mujeres con mutilación genital femenina.
- Explorar los conocimientos de los profesionales de la salud sobre la mutilación genital femenina.
- Conocer las barreras en la atención de las mujeres con mutilación genital femenina por parte de los profesionales de la salud.

## ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA:

Para llevar a cabo esta revisión bibliográfica acerca de las percepciones y actitudes en los profesionales de la salud en la mutilación genital femenina, se han utilizado las bases de dato: PubMed, EBSCOhost Research Databases, Dialnet, Ibecs, Scopus y Web of Science.

Para la realización de la búsqueda en PubMed se adaptó el lenguaje a un vocabulario estructurado único a través de la traducción de las palabras clave en descriptores mediante los Tesauros DeCS y Mesh “Circuncisión, female”, “Attitude”, “Perception” y “nurse”. Se introdujeron los Booleanos AND y OR para optimizar los resultados, mediante una estrategia de dos niveles de combinación.

EXPRESIÓN DE BÚSQUEDA	DESCRIPTOR ESPAÑOL	DESCRIPTOR EN INGLÉS
Mutilación genital femenina	Circuncisión Femenina	Circumcision, female
Actitud	Actitud	Attitude
Percepción	Percepción	Perception
Enfermeros	Enfermeros	Nurses

**Tabla 1. Descriptores**

Además, para ampliar la búsqueda fue necesario introducir palabras clave en las bases de datos multidisciplinarias: “circumcision, female”, “female genital mutilation”, “cutting”, “attitude”, “perception”, “experience”, “health professional”, “health personnel”, “nurses”, “midwife”, “mutilación genital femenina”, “ablación”, “circuncisión femenina”, “profesional de salud”, “enfermera”, “percepción”, “actitud” y “conocimientos” con los Booleanos AND y OR para optimizar los resultados, mediante una estrategia de dos niveles de combinación.

Los criterios de inclusión fueron (1) artículos publicados los últimos 10 años (2009-2019) y (2) artículos publicados en inglés o español. El criterio de exclusión fue

únicamente artículos que no presentaban capacidad de responder a los objetivos propuestos.

La búsqueda bibliográfica se realizó durante febrero y marzo del año 2019, en las bases de datos mencionadas. Así, a pesar de llevar a cabo una exhaustiva búsqueda en las bases de datos mencionadas el total de artículos encontrados, tras la aplicación de los distintos criterios de inclusión y exclusión, fueron 18.

Encontramos en la siguiente tabla un resumen de las estrategias de búsquedas con sus resultados, según la base de datos:

<b>BASE DE DATOS</b>	<b>ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA</b>	<b>RESULTADOS ENCONTRADOS</b>	<b>RESULTADOS TRAS APLICACIÓN DE CRITERIOS DE EXCLUSIÓN.</b>
<b>Pubmed</b>	(Circumcision, female) AND (attitude OR perception) AND nurses	43	4
<b>EBSCOhost</b>	(female genital mutilation OR circumcision, female) AND ( attitude OR perception OR experience ) AND ( health personnel OR health professional OR nurses OR midwife)	214	7
<b>Web Of Science</b>	(female genital mutilation OR circumcision, female) AND ( attitude OR perception OR experience ) AND ( health personnel OR health professional OR nurses OR midwife)	182	0
<b>Dialnet</b>	(Mutilación genital femenina OR ablación OR circuncisión femenina) AND (profesionales de la salud OR enfermera) AND (percepción OR conocimientos OR actitudes)	14	4
<b>ibecs</b>	(Mutilación genital femenina OR ablación OR circuncisión femenina) AND (profesionales de la salud OR enfermera) AND (percepción OR conocimientos OR actitudes)	0	0
<b>Scopus</b>	(“circumcision, female” OR “cutting”) AND (“attitude” OR “perception” OR “experience”) AND (“health professional” OR “health personnel” OR “nurses” OR “midwife”)	245	3

**Tabla 2. Estrategia de búsqueda**

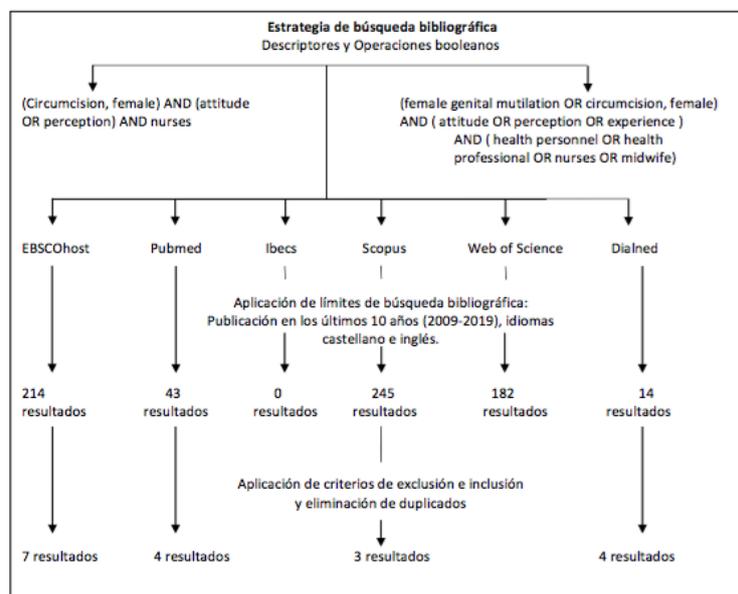
## RESULTADOS:

A través de las estrategias de búsqueda bibliográfica descritas anteriormente se encontraron 18 artículos científicos, de los cuales 17 son estudios cuantitativos y 1 es un estudio cualitativo.

Entre los estudios cuantitativos encontramos estudios observacionales descriptivos transversales, revisiones bibliográficas y revisiones sistémicas. El estudio cualitativo se trata de una entrevista.

El nivel de evidencia detectado, tras una lectura crítica de los artículos cuantitativos, oscila entre el 2 y el 3 según los niveles de evidencia del Centre for Evidence- Based Medicine (CEBT) de Oxford, revisado en 2011. Siendo más abundante el nivel 3 entre los artículos encontrados. Las revisiones bibliográficas han sido excluidas de la lectura crítica al no existir ningún criterio para evaluarlas según su evidencia.

El autor, año, diseño, objetivo, datos principales, nivel de evidencia y comentarios tras la lectura crítica de los artículos encontrados se encuentran sintetizados en una tabla de resultados (anexo 1)



**Tabla 3. Diagrama de flujo de la estrategia de búsqueda**

## **DISCUSIÓN**

### **1. Conocimientos sobre la mutilación genital femenina de los profesionales de la salud.**

#### **1.1. Conocimientos sobre el concepto y definición de la mutilación genital femenina**

Varios estudios afirman que existe una percepción subjetiva del 100% de los encuestados de qué es la MGF (León-Larios & Casado-Mejía, 2014) Sin embargo, a pesar de esta percepción, en ambas referencias solo el 41,18% de esos encuestados respondieron acertadamente (león Larios & Casado Mejía, 2010) (León-Larios & Casado-Mejía, 2014). Lo mismo ocurrió en un estudio de Valencia que afirma que el 94,5% de los encuestados consideraban conocer en qué consiste y tan solo el 57,27% respondió correctamente (García Aguado & Sánchez López, 2013). Estas afirmaciones se remarcan con un estudio de Sevilla que concluye que existe una marcada diferencia entre la percepción propia de conocimientos y el conocimiento real que se tiene del fenómeno de la MGF

Así, estudio procedente de Valencia nos confirma una vez más que los profesionales de la salud mostraron una profunda falta de conocimiento en torno a concepto, tipología y los países de prevalencia de la MGF (González-Timoneda, Ruiz Ros, González-Timoneda, & Cano Sánchez, 2018), lo que coincide con las percepciones que tienen los propios profesionales de la salud en algunos artículos. En un estudio en Flandes el 84,5% de las matronas encuestados creen que carecen de suficientes conocimientos acerca de la MGF (Leye et al., 2008) como también en un estudio de Valencia en el cual un 90% de los encuestados consideraban necesario ampliar su formación acerca de la MGF ya que consideraban tener un conocimiento insuficiente, solo el 9,1% consideró tener conocimientos suficientes (García Aguado & Sánchez López, 2013).

Otro estudio de Cataluña analiza el grado de conocimiento, entre otras cosas, de los profesionales de la salud acerca de la mutilación genital femenina en 2001 y

posteriormente en 2004 (Kaplan-Marcusan, Torán-Monserrat, Moreno-Navarro, Fàbregas, & Muñoz-Ortiz, 2009), entre sus resultados vemos una disminución de conocimientos generales de un 3,4% en tan solo 3 años. Al contrario de lo que afirma este estudio, un estudio procedente de Londres afirma que hay mucha mejora de conocimiento en comparación con estudios anteriores de Reino Unido (Relph, Inamdar, Singh, & Yoong, 2013).

Es tal la falta de conocimiento acerca del concepto que en un estudio localizado en Flandes, el 18,7% de sus encuestados suponen que la MGF es un procedimiento realizado por razones médicas (Relph et al., 2013).

En un estudio de la provincia de Sevilla justifican esta falta de conocimiento refiriendo que la MGF no es un problema muy presente en la práctica asistencial diaria de los centros de salud de Sevilla, llegando a expresar en los grupos de discusión “eso aquí no llega” (León-Larios & Casado-Mejía, 2014). Esto no hace más que apoyar, una vez más, la falta de conocimientos existentes entre los profesionales de la salud.

## **1.2. Conocimientos sobre los tipos de mutilación genital femenina**

Tal y como nos expone una revisión sistemática, uno de los hallazgos que realizaron fue que la apropiada identificación de la mutilación genital femenina y del tipo es un proceso imprescindible (Evans et al., 2019), aun así encontramos muchas referencias que nos afirman que los conocimientos acerca del reconocimiento de la tipología son insuficientes (García Aguado & Sánchez López, 2013) (Kaplan-Marcusan et al., 2009) (León Larios & Casado Mejía, 2010) (Relph et al., 2013) (Vega-recio, 2018) (Turkmani, Homer, Varol, & Dawson, 2018).

En Reino Unido, tras un estudio observacional realizado a través de un cuestionario sólo el 27,8% de los encuestados identificaron la tipología en un diagrama simple (Relph et al., 2013). Algo similar pasó en las preguntas de tipología de la MGF en un estudio de Sevilla donde las respuestas incorrectas supusieron el 58,82% (León Larios & Casado Mejía, 2010). Un valor similar que en un estudio realizado en Australia donde solo el 53% de las matronas encuestadas respondieron adecuadamente (Turkmani et al., 2018).

En la provincia de Valencia el 80% de los profesionales de la salud encuestados refirieron no saber distinguir los cuatro tipos de MGF, frente al 20% que refirieron sí saber distinguirlos (García Aguado & Sánchez López, 2013)

En el contexto de Melilla, en una encuesta auto administrada a los profesionales de la salud encontramos una pregunta abierta sobre los tipos de mutilación genital femenina; el 43,8% decide no contestar a la pregunta mientras que el 28,1% afirma no saber contestar, solo el 4,7% afirma la existencia de cuatro tipos (Vega-recio, 2018).

Por último en el contexto de tipología, hay un estudio en Cataluña que compara la correcta identificación de los tipos de mutilación genital femenina con el mismo cuestionario en 2001 y en 2004; la correcta identificación para el 48,7% de los encuestados en 2001 y del 39,5% en 2004 (Kaplan-Marcusan et al., 2009), lo que nos lleva a concluir que hay una diferencia del 9,2% en tan solo 3 años lo que nos expone una tendencia en la que disminuye el conocimiento de los profesionales de la salud en el tema de MGF.

### **1.3. Conocimientos sobre las causas de la mutilación genital femenina**

En un estudio de Melilla, entre las causas por las que los profesionales de la salud creen que se realiza la mutilación genital femenina están las razones socioculturales (60%), las religiosas- espirituales (21,1%), higiénico- estéticas (1,1%), psicosexuales (11,1%), otras (2,2%) y el 4,5% no lo sabe. (Vega- Recio, 2018). En otro estudio procedente de Sevilla solo el 4,41% de los sujetos encuestados identificaron las causas reales a partir de las cuales se justifica el fenómeno de la MGF (Ieón Larios & Casado Mejía, 2010)

En contraposición y afirmándose en la falta de conocimientos en general de los profesionales de la salud, en Flandes un 4% de las matronas encuestadas refieren que la mutilación genital femenina se realiza por procedimientos quirúrgicos (Cappon, L'Ecluse, Clays, Tency, & Leye, 2015). Asimismo, un estudio realizado en Australia concluye que el 87,6% de los pediatras creen que la mutilación es una práctica realizada por la tradición, pero más del 11% cree que la práctica la requiere la religión (Sureshkumar et al., 2016)

#### **1.4. Conocimientos sobre el lugar de origen de la mutilación genital femenina**

De la misma forma que afirmamos que hay una falta de conocimientos entre los profesionales de la salud acerca de las causas de la MGF podemos afirmar lo mismo acerca de los lugares de origen de la mutilación; en un estudio realizado en Sevilla entre todos los encuestados que afirmaban conocer los países donde se realiza esta práctica, fallan en el 72,34% de los casos (león Larios & Casado Mejía, 2010). Por otra parte, en Australia los pediatras encuestados indicaron que la práctica era más probable en África en un 96%, Oriente Medio en un 60% y Asia en un 15% (Sureshkumar et al., 2016).

#### **1.5. Conocimientos sobre las consecuencias de la mutilación genital femenina**

No solo existe una falta de conocimiento acerca del concepto, tipología, causas o lugar de origen, sino que varios estudios demuestran la falta de conocimiento de los profesionales de la salud en el ámbito de las complicaciones de las mujeres que han sufrido mutilación genital femenina (García Aguado & Sánchez López, 2013) (Sureshkumar et al., 2016) (Vega-recio, 2018) (león Larios & Casado Mejía, 2010).

En un estudio realizado en Melilla se concluyó que el 62% de los profesionales de la salud que participaron en las encuestas tenían unos conocimientos insuficientes sobre la MGF, en el que la habilidad para reconocer las consecuencias de la práctica o para identificar los casos de la MGF están por debajo de lo óptimo (Vega-recio, 2018). Lo mismo ocurre en Valencia donde el 48,2% de los encuestados no conocían las consecuencias de la MGF, las consecuencias más descritas por el resto de usuarios fueron las complicaciones sexuales, infección, dolor, consecuencias psicológicas, complicaciones ginecológicas, hemorragias, complicaciones urinarias, desgarros y muerte (García Aguado & Sánchez López, 2013). Sin embargo, en un estudio de Australia las cifras son mucho más altas; el 77,4% de los encuestados son conscientes de las complicaciones a corto plazo y el 90,5% creen que hay consecuencias a largo plazo para el bienestar y la salud, sin especifica cuáles son (Sureshkumar et al., 2016).

## **1.6. Conocimientos sobre la legislación que engloba la mutilación genital femenina**

Para concluir en el área de conocimiento de los profesionales de la salud acerca de la mutilación genital femenina, en varias encuestas se ha realizado preguntas acerca de la legislación vigente sobre la mutilación genital femenina, hay una clara falta de conocimiento en general acerca de este tema (Vega- Recio, 2018) (Cappon et al., 2015)(González-Timoneda et al., 2018) (león Larios & Casado Mejía, 2010) (Leye et al., 2008).

En un estudio realizado en Flandes, sólo el 45,5% de los encuestados sabía que la MGF es ilegal en Bélgica (Leye et al., 2008). Sin embargo, 3,9% de los encuestados afirmaron que la MGF no estaba prohibida si la mujer consentía la realización, un 2% consideraba que era legal si la mujer era adulta y un 0,6% creía que si lo realizaba un médico sí era legal (Leye et al., 2008). En Valencia, solo el 29% de los encuestados identificaron correctamente la legislación vigente; el 28% reconoció no conocerla, un 38,3% afirmó que solo era un delito si se realizaba en España y un 4,4% cree que en España no está legislado (González-Timoneda et al., 2018)

En la provincia de Valencia encontramos una referencia que nos indica que el 75,45% de los encuestados sabían que la MGF es un delito en España (García Aguado & Sánchez López, 2013). Cifras parecidas que las encontradas en un estudio de Londres que afirma que el 75% de sus encuestados eran conscientes de la legislación vigente (Relph et al., 2013). En estos dos estudios, a diferencia de los anteriores que nos reconocen la falta de conocimientos sobre legislación, no se pregunta acerca de la legislación, únicamente se pregunta si los encuestados la conocen, lo que nos puede justificar la diferencia de cifras; esta misma afirmación nos demuestra un estudio realizado en Flandes que nos afirma que el 75,2% de los encuestados indican que la MGF es ilegal en Bélgica pero solo el 20,2% conoce la especificación del contenido de la ley penal (Cappon et al., 2015). Lo mismo ocurre en Melilla donde un 56,3% de los usuarios afirman la existencia de una legislación internacional pero sólo el 12,5% hacía referencia a las leyes u organismos que pueden regular; y un 45,3% afirmaba la

existencia de una legislación nacional, pero solo el 10,9% conocía esa legislación (Vega- Recio, 2018).

## **2. Formación sobre la mutilación genital femenina en los profesionales de la salud.**

Son muchos los estudios que remarcan la importancia de una formación adecuada y completa para los profesionales de la salud que puedan estar en contacto con mujeres que han sufrido mutilación genital femenina o que están en riesgo de sufrirla (León-Larios & Casado-Mejía, 2014) (Turkmani et al., 2018) (Ogunsiji, 2015) (Zurynski, Sureshkumar, Phu, & Elliott, 2015) (Abdulcadir, Say, & Pallitto, 2017)(Reig, Siles, & Solano, 2014) (Kaplan-Marcusan et al., 2009). No solo para aportar herramientas de actuación a los profesionales, sino que también para visibilizar el fenómeno (León-Larios & Casado- Mejía, 2014). La incorporación de la MGF en la educación de las matronas de cualquier profesional de la salud que se encuentre en contacto con estas mujeres debe ser imprescindible y obligatorio dentro del desarrollo profesional (Turkmani et al., 2018). En esta línea, una revisión sistemática realizada sobre la MGF puso de relieve la necesidad de recursos educativos de fácil acceso y directrices basadas en la evidencia para que los profesionales de la salud proporcionaran atención culturalmente sensible para las mujeres y las niñas que han sufrido MGF (Zurynski et al., 2015).

No obstante, a pesar de reconocer la formación como una actividad necesaria en todos los profesionales de la salud que estén en contacto con mujeres que han sufrido MGF, son varios los estudios que demuestran la falta de ésta (Sureshkumar et al., 2016) (león Larios & Casado Mejía, 2010) (García Aguado & Sánchez López, 2013)c (Vega- recio, 2018) (Leye et al., 2008) (González-Timoneda et al., 2018) (Relph et al., 2013) (Cappon et al., 2015)

Un estudio observacional de Londres afirma tras un cuestionario entregado a distintos profesionales de la salud que solo un 25% había recibido formación formal acerca de la MGF (Relph et al., 2013). En Valencia tan solo el 15% de los profesionales habían recibido formación acerca del fenómeno (González-Timoneda et al., 2018). La misma

cifra de profesionales con algún tipo de formación sobre MGF la encontramos en Australia, de los cuales el 7% fue un aprendizaje autodirigido (Sureshkumar et al., 2016). Otro estudio en Valencia remarca lo dicho anteriormente con un porcentaje de un 28,18% de profesionales que habían recibido formación (García Aguado & Sánchez López, 2013)

En la misma línea, se observan diferencias en los profesionales de la salud más jóvenes (menos o igual a 30), puesto que éstos poseen información acerca de la MGF mediante la formación de especialidad (matronas y ginecólogos) en comparación de los encuestados de más edad (Cappon et al., 2015) (Leye et al., 2008).

### **3. Actitud y percepción de los profesionales de la salud sobre la mutilación genital femenina.**

La tendencia general al hablar de mutilación genital femenina es la expresión de fuertes emociones y muy distintas las unas con las otras. Por un lado, hay algunos profesionales de la salud que afirman sentir shock, repugnancia y horror como resultado de una práctica considerada ajena y negativa (Evans et al., 2019). También, diversas matronas en Australia sintieron una profunda ira hacia la mutilación genital femenina a pesar de expresar la necesidad de ser empáticos con las mujeres que tienen que vivir con las complicaciones del corte, refieren enfado y enojo hacia la práctica (Ogunsiji, 2015) o incluso hacia la sociedad (Evans et al., 2019). En ocasiones, diversos profesionales de la salud expresan que las mujeres son víctimas de culturas que son violentas, bárbaras y patriarcales (Evans et al., 2019)

Es también una realidad que casi el 100% de los médicos encuestados en Australia expresaron estar de acuerdo en que todos los tipos de mutilación genital femenina son perjudiciales, ilegales y una violación de derechos humanos (Sureshkumar et al., 2016). Asimismo, en un estudio realizado en Valencia el 97,27% de los encuestados rechazan la práctica de la mutilación (García Aguado & Sánchez López, 2013).

En contraposición, encontramos en un estudio realizado en Londres que el 13,9% de los encuestados piensa que a un adulto competente se le debe permitir dar su

consentimiento a la mutilación si así lo solicita y un 8,9% cree que el procedimiento debe ser medicalizado para reducir la morbilidad asociada.

Algunos profesionales de la salud mencionan su lucha por mantener su profesionalidad en torno a este tema, dejando a un lado los sentimientos puesto que para los profesionales también es un momento emocionalmente difícil que se debe saber gestionar (Evans et al., 2019)

#### **4. Barreras y facilitadores en la atención a las mujeres que han sufrido mutilación genital femenina.**

Son varias las barreras que se encuentran los profesionales de la salud para la atención holística de las mujeres que han sufrido mutilación genital femenina. La más mencionada en los estudios es la barrera idiomática, particularmente con las mujeres que todavía son inmigrantes relativamente recientes y aún no conocen el idioma. (Evans et al., 2019) (Leye et al., 2008) (Cappon et al., 2015). Así, la barrera idiomática es un problema que compromete significativamente en la atención (Evans et al., 2019).

Algunas de las mujeres que han sufrido mutilación genital femenina prefieren venir a las consultas con intérpretes informales como podría ser familia o algún miembro de la comunidad cercana, esto podría ser un problema ya que se cuestiona que la mujer hablara honestamente y abiertamente delante de éstos, varios profesionales de la salud se encuentran preocupados por el mantenimiento de la confidencialidad del tema (Evans et al., 2019). Es importante el uso de intérpretes profesionales para facilitar la comunicación con las mujeres con los profesionales de la salud para superar la barrera idiomática, pero no deben serlo los miembros de la familia (Cappon et al., 2015), la afirmación coge más fuerza con una revisión bibliográfica que concluye que debe ser imprescindible en los hospitales y clínicas el uso de intérpretes competentes y sensibles cuando los pacientes carecen de conocimientos del idioma (Jordal & Wahlberg, 2018).

Otra barrera en la atención es la naturaleza sensible y tabú de la mutilación genital femenina debido a su asociación con el sexo, la sexualidad y los genitales (Evans et al., 2019) (Leye et al., 2008)(Cappon et al., 2015). Así que el profesional de la salud sea

hombre agrava y obstaculiza debido a la tradición, cultura y religión (Evans et al., 2019). Las mujeres que han sufrido MGF rara vez lo mencionan de forma proactiva ya que tienen miedo de ser juzgadas o se sienten avergonzadas (Evans et al., 2019). El sentimiento de vergüenza que experimentan las pacientes respecto a la medicina occidental precisa personalizar la atención, haciendo que los profesionales de la salud sean un ejemplo de comprensión cultural (Reig et al., 2014).

Otra de las barreras sería la falta de experiencia y conocimientos tanto a nivel teórico como práctico de los profesionales de la salud siendo la prestación de los cuidados obstaculizada por la falta de conocimientos sobre la MGF, la barrera idiomática y las dificultades de discusión de este tema tan delicado y complejo (Cappon et al., 2015).

Un estudio realizado en Suecia asegura que uno de los obstáculos en la atención a las mujeres es la actitud de algunos profesionales relacionada con la falta de comprensión de las diferentes culturas que se sienten moralmente superiores a las mujeres cortadas (Jordal & Wahlberg, 2018). Tal y como concluye un estudio de Melilla, el etnocentrismo nos aleja de la cultura de la mujer y de origen, dificultando un abordaje terapéutico (Vega-recio, 2018). En esta línea, se hace imprescindible la reflexión crítica sobre si mismo y la propia cultura, así como sensibilización e información de los significados sociales y culturales de la MGF (Jordal & Wahlberg, 2018).

#### **4.1. Barreras derivadas de la actuación de los profesionales de la salud ante las mujeres que han sufrido mutilación genital femenina.**

Son varios los estudios que demuestran la falta de actuación de los profesionales de la salud ante los casos de mutilación genital femenina (Sureshkumar et al., 2016) (García Aguado & Sánchez López, 2013) (Cappon et al., 2015)(González-Timoneda et al., 2018) (Leye et al., 2008) (León-Larios & Casado-Mejía, 2014) (Vega-recio, 2018).

Uno de los motivos de los profesionales de la salud es que la falta de comunicación impide una buena actuación, haciendo alusión a la barrera idiomática o de la sensibilidad del fenómeno para justificar la falta de atención. De hecho, tras la encuesta realizada el 65% de los profesionales de la salud indicaron que no iban a hacer ninguna

actuación a modo de prevención por los problemas de comunicación, la barrera idiomática y por respeto a otras culturas (Leye et al., 2008).

Otros profesionales de la salud afirman no actuar ante un caso de mutilación genital femenina por desconocimiento teórico y práctico derivado de la falta de información durante la preparación profesional (González-Timoneda et al., 2018) (Cappon et al., 2015) esta falta de conocimientos no solo dificulta la atención de este grupo de mujeres sino que impide el reconocimiento y la búsqueda de este fenómeno durante las consultas. En Sevilla, se concluyó tras un estudio que el 68,85% de los profesionales de la salud atienden en sus consultas a mujeres procedentes de países donde se practica la mutilación genital femenina pero solo el 0,09% había detectado algún caso (León-Larios & Casado-Mejía, 2014). En la misma línea, los pediatras encuestados afirman que nunca o casi nunca preguntan sobre la mutilación genital femenina y que solo el 5% inspeccionan durante el examen físico (Sureshkumar et al., 2016). Fue más clara la afirmación de los profesionales de la salud en Flandes que un 39,3% no actuarían por no tener ni idea de cómo hacerlo (Cappon et al., 2015). En Valencia, el 34% de los encuestados no actuarían por no saber cómo hacerlo (González-Timoneda et al., 2018)

Así, los profesionales de la salud excusan su falta de actuación como consecuencia del ámbito competencial (González-Timoneda et al., 2018) justificando dicha falta de actuación como un derecho profesional (Cappon et al., 2015). Esta situación se dio en Flandes donde el 16,7% de los encuestados refirieron tener derecho a informar y actuar, pero no tener el deber de hacerlo, en contraposición el 33,9% creía que tienen la obligación de notificar los casos y un 10,1% no lo haría puesto que eso sería violar el secreto profesional que rige el código deontológico (Cappon et al., 2015). Pese a los argumentos mencionados, el 55,1% de los profesionales expresaron que siempre actuarían bajo cualquier circunstancia (González-Timoneda et al., 2018)

Otra de las barreras en la atención es la falta de coordinación con otros profesionales implicados en el fenómeno, mostrando que existe dificultad en la derivación de los casos a las autoridades competentes (García Aguado & Sánchez López, 2013). Así, los pediatras afirman que solo el 47% de ellos se coordinan con otros profesionales en

relación a la intervención con las familias de riesgo (Costa, Martínez, & Sánchez, 2016).

Entre los profesionales sanitarios de un estudio en Melilla, el personal de enfermería (generalistas o especialistas) es el que más casos de mutilación genital femenina identificó; un 75% del total de todos los casos (Vega-recio, 2018).

## **CONCLUSIÓN:**

En el análisis bibliográfico llevado a cabo se ha intentado dar respuesta a todos los objetivos propuestos. Explorar y definir las percepciones y las actitudes de los profesionales de la salud ante la mutilación genital femenina ha sido el eje central de este trabajo de investigación; a través de ello se propuso definir los conocimientos de los profesionales de la salud en base a este fenómeno y explorar las barreras que impedían una atención holística.

En primer lugar, no puede obviarse que los artículos existentes respecto a este tema de investigación no poseen un alto nivel de evidencia científica; la mayoría utiliza escalas no validadas y son estudios con una muestra muy pequeña como para extraer una conclusión definitiva. Aun así, cabe destacar que la homogeneidad de los resultados extraídos en los artículos científicos encontrados nos permite extraer unas conclusiones representativas de la población general. Además, podemos afirmar que existen errores de rigor metodológico en los artículos encontrados donde no identifican de manera correcta el tipo de artículo científico y su categoría.

La falta de conocimiento acerca de la mutilación genital femenina es un fenómeno generalizado en la mayoría de los profesionales de la salud; obstaculiza la atención creando distancia entre el profesional y la mujer que ha sufrido el corte; una atención que sólo puede llevarse a cabo desde la relación de confianza, la cercanía y la aceptación de la diversidad cultural. La falta de conocimientos en numerosos casos crea prejuicios e ideas mitificadas que solo empeoran la actuación sanitaria, nos alejan de la atención holística que necesitan dichas mujeres. Tras la exploración de los conocimientos en los profesionales de la salud encontramos deficiencias en el concepto, la tipología, el lugar de origen, las causas, las consecuencias y la legislación vigente; todos los artículos coinciden en que los profesionales poseen unos conocimientos insuficientes para el contexto globalizado en el que estamos viviendo. No podemos justificar esta falta de conocimientos y formación de los profesionales de la salud, la mutilación genital femenina es un fenómeno actual que se extiende a todos los lugares del mundo.

Son múltiples y diversas las actitudes y los sentimientos que expresan los profesionales de la salud durante la atención a las mujeres que han sufrido el corte. Si bien es cierto que algunos profesionales remarcaron la necesidad de ser empáticos con estas mujeres, los sentimientos generales fueron la ira, la repugnancia, el horror, el enfado y una percepción de la práctica como violenta, bárbara y patriarcal. Las actitudes mencionadas están justificadas por una percepción etnocentrista de los profesionales, donde aseguran que su moral está muy por encima de la de otras culturas. Esto nos aleja de la enfermería transcultural que engloba en el cuidado la cultura, los valores y las percepciones de los usuarios; nos aleja de una atención holística que perciba a cada persona como un ser individual y único.

Son varias las barreras ya mencionadas para el cuidado y la atención de las mujeres que han sufrido mutilación genital femenina; la falta de conocimientos y la percepción etnocentrista que guía a algunos profesionales de la salud. Además de éstas también cabe destacar la posible barrera idiomática, la sensibilidad del tema, los sentimientos de vergüenza que sienten algunas mujeres en una consulta y la falta de comprensión cultural de algunos profesionales.

Los resultados de esta búsqueda bibliográfica ponen de manifiesto la necesidad urgente de políticas formativas acerca de la mutilación genital femenina a todos los profesionales que estén en contacto con mujeres que han sufrido el corte o que puedan estar en riesgo; así como a la población general. Solo formando a dichos profesionales conseguiremos construir puentes en la atención y borrar las barreras que impiden una relación de confianza.

## BIBLIOGRAFÍA:

- Abdulcadir, J., Say, L., & Pallitto, C. (2017). What do we know about assessing healthcare students and professionals' knowledge, attitude and practice regarding female genital mutilation? A systematic review. *Reproductive Health*, *14*(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0318-1>
- 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>
- Costa, R. M. M., Martínez, L. C. P., & Sánchez, J. M. (2016). Mutilación genital femenina . ¿ Cómo estamos abordando el problema desde las consultas de Atención Primaria ?, *46*(1), 43-47.
- Evans, C., Tweheyo, R., McGarry, J., Eldridge, J., Albert, J., Nkoyo, V., & Higginbottom, G. (2019). *Crossing cultural divides: A qualitative systematic review of factors influencing the provision of healthcare related to female genital mutilation from the perspective of health professionals*. *PLoS ONE* (Vol. 14). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211829>
- García Aguado, S., & Sánchez López, M. inmaculada. (2013). Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la mutilación genital femenina. *Metas enferm*, *16*(7)(sep), 18-22. [https://doi.org/10.3168/jds.S0022-0302\(05\)72676-X](https://doi.org/10.3168/jds.S0022-0302(05)72676-X)
- Gobierno de las Islas Baleares. (2017). Protocolo de prevención y atención en las mujeres y niñas sobre la Mutilación Genital Femenina en las Illes Balears. Conselleria de salut. Direcció general de Salut Pública i participació.
- 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), 1-13. <https://doi.org/10.1186/s12913-018-3396-z>
- Howick et al. (2011). The explanation of the 2011 Oxford Centre for Evidence- Based Medicine (OCEBM). Levels of evidence (Background document). Oxford Centre for Evidence- Based Medicine.
- Jordal, M., & Wahlberg, A. (2018). Challenges in providing quality care for women

- with female genital cutting in Sweden – A literature review. *Sexual and Reproductive Healthcare*, 17, 91-96. <https://doi.org/10.1016/j.srhc.2018.07.002>
- Kaplan-Marcusan, A., Torán-Monserrat, P., Moreno-Navarro, J., Fàbregas, M. J. C., & Muñoz-Ortiz, L. (2009). Perception of primary health professionals about female genital mutilation: From healthcare to intercultural competence. *BMC Health Services Research*, 9, 1-9. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-9-11>
- Kaplan, A., Martínez, C., Bedoya, M. ., Bermúdez, K., Goberna, J., Moreno, J., & Et.al. (2004). Mutilación genital femenina: prevención y atención - Guía para profesionales. *Associació catalana de Llevadores*, 52. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.08.004>
- Leninger, M. (2002). *Transcultural nursing: Concepts, theories, research and practice. The Downtown Review. Iss* (McGraw-Hil). New York: Medical Pub. Division. Recuperado de <http://engagedscholarship.csuohio.edu/tdr>
- 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. Recuperado de <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/17166/173/conocimientos-actitudes-y-experiencias-profesionales-de-las-matronas-de-atencion-primaria-de-salud-de-sevilla-sobre-muti>
- león Larios, F., & Casado Mejía, R. (2010). *¿Qué conocen las matronas de atención primaria de Sevilla sobre la mutilación genital femenina?* (Investigac, Vol. 1). Sevilla: Unidad para la Igualdad, Universidad de Sevilla.
- Leye, E., Ysebaert, I., Deblonde, J., Claeys, P., Vermeulen, G., & Jacquemyn, Y. (2008). Female genital mutilation : Knowledge , attitudes and practices of Flemish gynaecologists, 13(June), 182-190. <https://doi.org/10.1080/13625180701780957>
- Lopez Gay, A. L., & Kaplan Marcusán, A. (2009). Genital Femenina Adriana Kaplan Marcusán. *Universitat Autònoma de Barcelona*.
- Ogunsiji, O. (2015). Female Genital Mutilation (FGM): Australian Midwives' Knowledge and Attitudes. *Health Care for Women International*, 36(11), 1179-1193. <https://doi.org/10.1080/07399332.2014.992521>
- OMS. (2013). Comprender y abordar la violencia contra las mujeres: Mutilación genital femenina. *Organización Panamericana de la salud y Organización Mundial de la Salud*. Recuperado de

- [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98838/1/WHO\\_RHR\\_12.41\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/98838/1/WHO_RHR_12.41_spa.pdf?ua=1)
- Reig, M., Siles, J., & Solano, C. (2014). Attitudes towards female genital mutilation: an integrative review. *International Nursing Review*, (61), 25-34.
- 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>
- Sureshkumar, P., Zurynski, Y., Moloney, S., Raman, S., Varol, N., & Elliott, E. J. (2016). Female genital mutilation: Survey of paediatricians' knowledge, attitudes and practice. *Child Abuse and Neglect*, 55, 1-9. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2016.03.005>
- 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>
- UNAF. (2016). La mutilación genital femenina en España. Prevención e intervención. *La mutilación genital femenina en España. Prevención e intervención, guía para profesionales*, 1-213.
- Vega-recio, A. (2018). Exploración de los conocimientos sobre mutilación genital femenina del personal sanitario materno-infantil de Melilla, 19(4), 143-150.
- 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*, 1-18. <https://doi.org/10.1186/s12914-015-0070-y>

## ANEXOS:

Autor/Año	Diseño	Objetivo	Datos	Nivel de evidencia
(González-Timoneda, Ruiz Ros, González-Timoneda, & Cano Sánchez, 2018)	Estudio descriptivo transversal a través de un cuestionario autoadministrado.	Evaluar las percepciones, grado de conocimiento y actitudes de los profesionales de atención primaria relacionados con la MGF en Valencia, España.	Solo el 15% de los encuestados habían recibido información acerca de la MGF. El 34% de los encuestados no actuarían ante un caso de MGF por no saber cómo hacerlo.	NE3 (OCEBM)  Cuestionario semi-estructurado validado. Estudio con rigor metodológico. Muestreo no aleatorio. n=321, nivel de confianza del 90%, se requiere una n=260.
(Leye et al., 2008)	Estudio descriptivo transversal a través de un cuestionario autoadministrado.	Evaluar los conocimientos, actitudes y prácticas en relación a la MGF entre los ginecólogos de Flandes, Bélgica.	El 3,9% pensaba que la MGF no estaba prohibida si la mujer lo había consentido, el 2% consideró que era legal si la mujer era adulta. La mayoría de los encuestados (65%) indicaron que no iban a hacer nada en forma de prevención por	NE3 (OCEBM)  Cuestionario no validado. Respuestas analizadas con la prueba chi-cuadrado en las variables categóricas. n=724 sujetos. Muestra no aleatoria.

			problemas de comunicación o por respeto a su cultura.	
(Jordal & Wahlberg, 2018)	Revisión bibliográfica.	Identificar los estudios que investigan los encuentros en la atención entre los profesionales de la salud y las mujeres con MGF en el contexto sueco.	Existe una necesidad urgente de proporcionar conocimientos teóricos y prácticos sobre la forma de ofrecer una buena atención para mujeres que han sufrido MGF.	
(Abdulcadir, Say, & Pallitto, 2017)	Revisión sistemática.	Evaluar el conocimiento, la práctica y la actitud de los estudiantes y profesionales sanitarios acerca de la MGF.	Existe una necesidad de formación y educación de los profesionales de la salud que son las personas claves en el cuidado de las complicaciones y la prevención de la MGF.	NE 2 (OCEBM)  Revisión sistemática llevada a cabo siguiendo las directrices de PRISMA.

(Ogunsiji, 2015)	Estudio cualitativo	Explorar los conocimientos y actitudes de las matronas australianas que atienden a las mujeres que viven con MGF.	A pesar de que las matronas se mostraron empáticas con las mujeres con MGF, expresaron enfado y enojo hacia la MGF. Existe un conocimiento limitado y fragmentado sobre la MGF.	Muestra voluntaria, no aleatoria. Criterios de evaluación estandarizados de Guba y Lincoln (1989)
(Relph, Inamdar, Singh, & Yoong, 2013)	Estudio observacional prospectivo a través de un cuestionario.	Evaluar el conocimiento, la actitud y la formación de la MGF entre los profesionales médicos y matronas en Londres.	Hay mucha mejora en conocimientos y actitudes en comparación con anteriores estudios en el Reino Unido. Sin embargo, queda mucho trabajo por hacer en ciudades tan grandes con prevalencia alta de MGF.	NE3 (OCEBM)  Cuestionario no validado, basado en similares cuestionarios de otros autores. Muestreo no aleatorio. n=85. Respuestas analizadas con la prueba chi- cuadrado.
(Capon, L'Ecluse, Clays, Tency, & Leye, 2015)	Estudio cuantitativo transversal	Explorar conocimientos, actitudes y prácticas hacia la MGF entre las matronas en Flandes (norte de Bélgica)	El 68,8% no fueron informados sobre la MGF en la formación de matrona. El 18,7% supone que la MGF es un procedimiento realizado por razones médicas.	NE3 (OCEBM)  Cuestionario semiestructurado no validado. Estadísticos utilizados correctamente en el estudio: chi- cuadrado y t- student.

			El 39,3% No sabe cómo reaccionar cuando se enfrenta a un riesgo de MGF.	Estudio aprobado por el Comité Etico del Hospital de la Universidad de Gante. Muestra de 56 hospitales de Bélgica. Muestra no aleatoria.
(Kaplan-Marcusan, Torán-Monserrat, Moreno-Navarro, Fàbregas, & Muñoz-Ortiz, 2009)	Un estudio transversal descriptivo que se realizó a través de un cuestionario autoadministrado	Analizar las percepciones, el grado de conocimiento, actitudes y prácticas de los profesionales de atención primaria en relación con la MGF en Cataluña.	El grado de conocimiento, la correcta identificación de la tipología de la MGF y la actitud educativa de sensibilización y educación en la MGF ha disminuido y empeorado progresivamente desde 2001 a 2004.	NE3 (OCEBM)  Cuestionario no validado. Muestra en 2001: 225 sujetos y muestra en 2004: 184 sujetos. Muestra no aleatoria. Realización de errores estándar robustos, $p < 0,05$ . Uso de Chi-Cuadrado.
(Turkmani, Homer, Varol, & Dawson, 2018)	Un estudio transversal descriptivo que se realizó a través de un cuestionario autoadministrado	Explorar el conocimiento, la experiencia y las necesidades de las matronas a la atención de mujeres con MGF en Australia.	El estudio sugiere que muchas matronas no son conscientes de la disponibilidad de recursos y tienen una mala comprensión de los aspectos jurídicos de la MGF.  La incorporación de la MGF en la educación de	NE3 (OCEBM)  Cuestionario validado y aprobado por comité ético. Los datos obtenidos fueron analizados estadísticos. Muestra de 198 matronas, no aleatoria.

			matronas debe ser imprescindible.	
(Reig, Siles, & Solano, 2014)	Síntesis de métodos mixtos, revisión bibliográfica.	Describir las actitudes hacia la práctica de la MGF en relación con los diferentes sistemas de salud y los factores que favorecen su interrupción.	Personalizando la atención y haciendo que la profesión de enfermería un ejemplo de comprensión cultural podemos eliminar el sentimiento de vergüenza que experimentan las pacientes con respecto a la medicina occidental	
(Vega-recio, 2018)	Estudio transversal descriptivo basado en una encuesta autoadministrada.	Explorar los conocimientos y las habilidades que tienen los profesionales del área maternoinfantil de los centros sanitarios de Melilla sobre la MGF.	Los conocimientos del personal sanitario respecto a la MGF es insuficiente en la parte dedicada a la práctica y sus consecuencias, así como en los recursos disponibles para evitarla y la	NE 3 (OCEBM)  Cuestionario validado, se obtuvo un test KMO de 0,776. $p < 0,000$ en la prueba de esfericidad de Bartlett. La cantidad de varianza total explicada era de un 76,98%.  Se usó la prueba de la <i>t</i> de Student y el test de ANOVA, y se

			legislación que la regula.	emplearon medidas de correlación y pruebas <i>post hoc</i> , considerando estadísticamente significativo un valor de $p < 0,05$ .
(Costa, Martínez, & Sánchez, 2016)	Estudio descriptivo transversal.	Evaluar el conocimiento e implementación de este protocolo en las consultas de Atención Primaria (AP), y detectar las dificultades y deficiencias en la aplicación del mismo en los centros de salud de Aragón.	Entre los pediatras encuestados, el 80% trabajan con niños procedentes de países de riesgo y el 24% de ellos no conciertan la cita de después del viaje para valorar las consecuencias físicas. Solo el 47% de los pediatras se coordinan con otros profesionales en relación a la intervención con estas familias de riesgo.	NE 3 (OCEBM)  Encuesta no validada. Muestra no aleatoria. No utiliza estadísticos para analizar los resultados.
(León-Larios & Casado-Mejía, 2014)	Estudio transversal descriptivo	Identificar los conocimientos, actitudes y experiencias profesionales de las matronas de atención primaria de salud de la provincia de	Existe una percepción subjetiva del 100% de qué es la MGF; sin embargo, sólo la definen correctamente el 41,18%.	NE 3 (OCEBM)  Cuestionario validado. Las pruebas estadísticas empleadas fueron la de Kolmogorov-Smirnov, Chi-cuadrado y t de Student. Aceptándose

		Sevilla sobre la MGF	68,85% afirma que atienden en sus consultas a mujeres procedentes de países donde se practica la MGF pero solo el 0,09% manifiesta haber detectado algún caso de MGF.	un nivel de confianza del 95%.
(león Larios & Casado Mejía, 2010)	Estudio transversal correlacional	Determinar cuáles son los conocimientos de las matronas de atención primaria sobre la MGF	Entre los sujetos que afirman conocer los países donde tiene lugar este fenómeno, fallan el 72,34% de los entrevistados. Solo el 4,41% identifican las causas reales a partir de las cuales se justifica el fenómeno de la MGF.	NE 3 (OCEBM)  Cuestionario validado. Utiliza los estadísticos adecuados para analizar los resultados.
(García Aguado & Sánchez López, 2013)	Estudio descriptivo, longitudinal y prospectivo	Determinar el conocimiento sobre la MGF que poseen matronas, ginecólogos y pediatras de la provincia de Valencia	El 26,36% de los encuestados habían atendido casos de MGF, de los cuales el 48,27% ignoraron la situación, el 41,37% lo comunicaron a sus superiores y el 10,34% lo	NE 3 (OCEBM)  Se trata de un estudio transversal, no longitudinal. Encuesta de creación propia no validada. Test Chi-Cuadrado para asociación y comparación de variables.

			hablaron con los familiares.	
(Sureshkumar et al., 2016)	Estudio corte transversal a través de un cuestionario autoadministrado	Determinar la experiencia de pediatras con la mutilación genital femenina (MGF) en niños y adolescentes australianos	Los médicos afirman que nunca (69,5%) o rara vez (22,9%) pregunta sobre MGF cuando se toma una HC en su paciente. Solamente el 5% busca siempre MGF en el examen clínico.	NE 3 (OCEBM)  Encuesta validada y evaluada a través del cuestionario alfa de Cronbach. n= 191 sujetos. Criterio de significación estadística de $p < 0,05$ .
(Zurynski, Sureshkumar, Phu, & Elliott, 2015)	Revisión sistemática de la literatura	Determinar la experiencia, conocimientos, y actitudes de los profesionales de la salud sobre la MGF.	Existe una necesidad de recursos educativos de fácil acceso y directrices basadas en la evidencia para que los profesionales de la salud para proporcionar atención médica y psicológica culturalmente sensible para las mujeres y niñas	NE 2 (OCEBM)  Revisión registrada en PROSPERO. Publicaciones evaluadas a través de la representatividad y validez.

			que han sufrido MGF.	
(Evans et al., 2019)	Revisión sistemática cualitativa	Explorar las experiencias, necesidades, barreras y facilitadores para la prestación de asistencia sanitaria relacionadas con la MGF desde la perspectiva de los profesionales de la salud.	Aunque los profesionales de la salud pueden ser bien intencionados, existen brechas significativas en sus conocimientos y habilidades que afectan negativamente a la identificación oportuna, y gestión de MGF.	NE 2 (OCEBM)  Revisión sistemática evaluada por CERQUAL. Evaluación de confianza de los resultados de la revisión a través de GRADE- CERQUAL. Revisión registrada en PROSPERO.

