

Artículo original

Conocimientos, actitudes y experiencias profesionales de las matronas de atención primaria de salud de Sevilla sobre mutilación genital femenina

Knowledge, attitudes and professional experiences of midwives in primary health care in Seville on female genital mutilation

Fátima León-Larios¹, Rosa Casado-Mejía²

¹Matrona y antropóloga. Ayudante doctora. ²Enfermera y antropóloga. Profesora contratada doctora. Facultad de Enfermería, Fisioterapia y Podología. Universidad de Sevilla

RESUMEN

Objetivo: Identificar los conocimientos, actitudes y experiencias profesionales de las matronas de atención primaria de salud de la provincia de Sevilla sobre mutilación genital femenina (MGF).

Material y métodos: Estudio transversal descriptivo realizado con 80 matronas de atención primaria de salud que trabajan en los centros de salud de Sevilla y provincia, a las que se les envió un cuestionario durante los meses de octubre y noviembre de 2009.

Resultados: Fueron analizados mediante SPSS 17.0. Existe una auto-percepción de conocimiento del fenómeno en cuanto a definición, países donde se practica y motivos para la práctica que no se corresponde con las respuestas aportadas. Baja detección de casos: 0,9%. No se conocen los protocolos de actuación, las guías de actuación ni la legislación. Interés generalizado de los profesionales por conocer más sobre MGF.

Conclusiones: Sigue siendo necesaria la formación en la materia, ya que existe un vacío de conocimientos bastante patente. La difusión de protocolos y guías facilitaría el abordaje.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. Todos los derechos reservados.

Palabras clave: Mutilación genital femenina, matronas, atención primaria.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que de 100 a 140 millones de mujeres en el mundo han sido víctimas de algún tipo de mutilación genital femenina (MGF), especialmente en el África subsahariana y

Fecha de recepción: 14/02/12. Fecha de aceptación: 7/10/13.

Correspondencia: F. León Larios.

Correo electrónico: fatimaleon@us.es

ABSTRACT

Objective: To determine knowledge, attitudes and professional experiences of midwives in primary health care in the province of Sevilla on female genital mutilation (FGM).

Material and methods: Descriptive transversal study was carried out with 80 midwives who work in primary health centers in Sevilla and surroundings. A questionnaire was sent to them for October and November in 2009.

Results: These were analyzed using SPSS 17.0. There is a perception of knowledge of the phenomenon in terms of definition, where it is practiced and practical reasons for, not matched by the responses. Low case detection: 0.9%. No known action protocols, guidelines, and legislation. Widespread interest in learning about more about FGM.

Conclusions: There remains a need for training in this area as there is a pretty clear knowledge gap. The dissemination of protocols and guidelines facilitate boarding.

©2014 Ediciones Mayo, S.A. All rights reserved.

Keywords: Female genital cutting, midwives, primary health care.

algunos países de Asia como Indonesia o Malasia, y en países de Oriente Próximo como Yemen, Emiratos Árabes o Iraq¹.

En 28 países africanos la MGF es una práctica habitual, forma parte de la tradición y tiene su sentido en

León-Larios F, Casado-Mejía R. Conocimientos, actitudes y experiencias profesionales de las matronas de atención primaria de salud de Sevilla sobre mutilación genital femenina. *Matronas Prof.* 2014; 15(2): 56-61.

un contexto de rito de paso a la edad adulta en las niñas, pues les confiere un estatus social de mujer del que antes carecían².

Según el informe de UNICEF (2005), se calcula que cada año alrededor de 3 millones de niñas están en riesgo de ser sometidas a este ritual. Pero algunas consecuencias de este fenómeno no quedan circunscritas al continente africano; es más, supone un problema mundial que ha atravesado fronteras y que actualmente se encuentra instalado en zonas de Europa, Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda debido a los movimientos migratorios³.

Las conferencias de El Cairo (1994) y Pekín (1995) han servido como plataforma de acción para el establecimiento de medidas legislativas en algunos países africanos donde estas prácticas tienen lugar. Sin embargo, ninguno de ellos ha conseguido la erradicación, y se sigue planteando la necesidad de políticas preventivas que impidan las prácticas tradicionales perjudiciales para la salud de las mujeres y las niñas^{4,5}.

El creciente aumento demográfico de mujeres procedentes de países subsaharianos trae como consecuencia que, a pesar de que en nuestro país no se practique la MGF, exista un riesgo de que las hijas de estas mujeres mutiladas lo sean ellas también a pesar de vivir en nuestra sociedad. Se trata por tanto de un problema de salud que va más allá del marco asistencial, pues está relacionado con los derechos humanos. A la luz de esta situación, se hace necesario un abordaje transcultural de estas prácticas tradicionales que vejan a la mujer y la discriminan^{1,6,7}.

A 1 de enero de 2008 residían en Andalucía casi 4.000 mujeres con las nacionalidades del conjunto de países donde se practica la MGF, un 39,1% de las cuales con edades comprendidas entre los 25 y los 34 años. Por lo que respecta a la población femenina infantil (potencialmente en riesgo de sufrir una MGF), en Andalucía residían, a 1 de enero de 2008, 889 niñas, aproximadamente un 22% del total de la población femenina (o lo que es lo mismo, 1 niña por cada 4 mujeres de más de 15 años)².

Estudios previos han puesto de manifiesto que los profesionales sanitarios no disponen de la competencia cultural necesaria para el abordaje de este fenómeno^{1,7-9}. Así, un estudio llevado a cabo en Canadá concluyó que las mujeres percibían una falta de conocimientos por parte de los profesionales sanitarios¹⁰. Resultado similar al que se obtuvo en un estudio realizado en los Países Bajos, donde las mujeres somalíes identificaban como necesario que los profesionales ginecoobstétricos tuvieran formación en MGF para poder brindarles los cuidados apropiados durante su proceso de parto¹¹.

El objetivo principal de este estudio es determinar los conocimientos, actitudes y percepciones de las matronas de atención primaria de la provincia de Sevilla respecto a la MGF.

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo una revisión de los textos más relevantes en relación con las unidades de análisis planteadas, para situar en un primer momento el contexto sociosanitario y cultural de la MGF, así como su contexto jurídico. Se realizó una búsqueda bibliográfica (actualizada a noviembre de 2009) en las bases de datos de Web of Science, Current Contents Connect, ISI Proceedings, MedLine, CINAHL, PsycInfo, IME, ISOC y CUIDEN, utilizando como fórmula de búsqueda «female genital cutting» AND «midwife» para las internacionales, sin limitación en la fecha de publicación, y para las nacionales «mutilación genital femenina» AND «matronas».

El objetivo perseguido era cuantificar, seleccionar, clasificar y posteriormente analizar los distintos trabajos de investigación encontrados en dichas bases de datos, para así conocer la producción científica contrastada que existe hasta el momento sobre el objeto de estudio.

Se utilizó un cuestionario validado empleado en otro estudio que tuvo lugar en Cataluña durante los años 2001-2004, liderado por la Dra. Adriana Kaplan y que dio como resultado el artículo publicado en *BMC Health Services Research* titulado «Perception of primary health professionals about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence», publicado en enero de 2009. El cuestionario original fue aplicado en lengua castellana, por lo que también pudo ser empleado en este estudio¹².

El cuestionario fue enviado por correo postal durante el mes de octubre de 2009 a las 80 matronas que trabajan en los centros de atención primaria de salud de Sevilla y su provincia. Se estableció como periodo máximo para la recepción de las respuestas los últimos días del mes de noviembre de 2009. Cada profesional recibía en su centro de trabajo un sobre a su nombre donde se le explicaba el propósito del estudio y se le pedía su consentimiento informado. En el mismo sobre se incluía el cuestionario y otro sobre con sello para enviar por correo postal, de forma anónima, el cuestionario cumplimentado a la dirección habilitada por las investigadoras. De este modo se garantizaba el anonimato de los participantes.

Tras pilotarlo con 8 matronas (10%) se incluyeron nuevos ítems en el cuestionario, los años de experiencia en la profesión y el distrito sanitario de salud. El proto-

colo fue aprobado por la comisión ética de investigación de los distritos de Sevilla y su provincia en los que se realizó.

Para el análisis de datos cuantitativos se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 17.0. Las pruebas estadísticas empleadas fueron la de Kolmogorov-Smirnov para los estudios de normalidad, la de la χ^2 en las variables cualitativas y ordinales, y la de la t de Student/U de Mann-Whitney en las cuantitativas, como pruebas de contraste, aceptándose un nivel de confianza del 95%.

Las variables de estudio fueron: sexo, edad, distrito sanitario en el que trabaja, años de profesión de matrona, conocimiento de la mutilación genital femenina, identificación de los tipos, identificación de las razones para su práctica, países donde se practica, tipo de mujeres que asiste en la consulta, casos en la consulta, actuación ante la presencia de un caso, información recibida sobre el fenómeno, interés en el fenómeno, conocimiento del protocolo de actuación.

RESULTADOS

Descripción de la muestra que respondió el cuestionario

El 85% (68) respondieron; 55 eran mujeres (80,88%) y 12, hombres (17,65%); 1 encuestado no respondió al sexo (1,47%). La media de edad de los sujetos era de 47,05 años (DE= 8,60). El distrito sanitario con mayor tasa de respuesta fue el de Sevilla capital, con un 39,60% (25) válido, seguido del Aljarafe con un 18,75% (12) válido, Sevilla Sur con un 26,56% (17) válido, Sevilla Norte con un 14,06% (9) válido y Osuna con un 1,56% (1) válido. La media de años de experiencia en la profesión era de 20,88 años (DE= 9,46).

Conocimientos

Existe una percepción subjetiva del 100% (68) de qué es la MGF; sin embargo, sólo la definen correctamente el 41,18% (28), que identifican los 3 tipos de MGF. La respuesta más común es definir la MGF como la extirpación de clítoris (54,41% [37]). Tras el análisis mediante la χ^2 y la aplicación de la corrección de Yates y la prueba de la U de Mann-Whitney, no existen diferencias significativas para una mejor identificación según el sexo ($p= 0,524$), la edad ($p= 0,121$), los años de experiencia ($p= 0,079$) o el centro en el que trabaja el profesional ($p= 0,880$).

Las causas de práctica de MGF (religiosas, tradicionales, higiénicas) las definen correctamente el 4,41% (3 sujetos las identificaron todas). En cuanto a los países donde se practica, el 72,3% (47) tiene una percepción subjetiva, si bien la real corresponde al 27,66% (13); el

26,47% (18) declara no conocerlo, y efectivamente ninguno de ellos responde acertadamente, y el 2,94% (3) no contesta a la pregunta ($p= 0,032$).

Formación recibida

Sesenta y siete sujetos contestaron a esta cuestión. El 40,30% (27) ha recibido formación previa: mediante congresos el 42,31% (12), seguido de prensa y revistas el 38,46% (10), Internet el 11,54% (3) y libros el 7,69% (2). El 98,48% (65) afirma no conocer ningún protocolo de actuación ante casos de MGF. En general, la MGF no es un concepto bien definido y no se observa una relación significativa entre la formación y el conocimiento adecuado del fenómeno ($p= 0,886$).

Actitud

El 92,30% (36 de un total de 39) de los sujetos que no han recibido formación previa estarían interesados en ella. No se encuentran diferencias significativas relacionadas con la edad ($p= 0,666$), el sexo ($p= 1,000$), los años de experiencia ($p= 0,790$) y/o el distrito sanitario ($p= 0,744$) para el deseo de ampliar formación.

Ante la presencia de un caso en consulta, la actitud predominante de los profesionales sería la de conversar con la gestante sobre la práctica y su opinión sobre ella, para así descartar un futuro riesgo de práctica en el supuesto de que el bebé que naciera fuera una niña (92,05%).

El interés por el fenómeno no viene motivado por el hecho de tener como colectivo en las consultas a mujeres subsaharianas, sino que es generalizado y asciende al 86,20% (50 de 58 respuestas), si bien es ligeramente inferior (84,62% [33/39]) cuando se atiende a pacientes de países en los que se realiza MGF, aunque no resulta estadísticamente significativo ($p= 0,922$).

Experiencias profesionales

El 68,85% (42 de un total de 61, 7 no contestaron a la pregunta) afirma que atienden en sus consultas a mujeres procedentes de países donde se practica la MGF. Sólo 6 profesionales de la muestra total manifiestan haber detectado algún caso de MGF, lo que representa un 0,09%. De todos, sólo 1 había recibido formación previa. Las características de los profesionales que afirman haber detectado algún caso se detallan en la tabla 1.

Influencia del sexo del profesional

No se observan diferencias en el abordaje del fenómeno dependiendo del género del profesional que atiende en la consulta de seguimiento del embarazo (tabla 2).

Tabla 1. Características de los profesionales que han detectado algún caso de mutilación genital femenina

Sexo	Distrito	Años de experiencia	Definen correctamente				Conocen los países				Atienden a mujeres de		Conocen las causas			Formación
			Clítoris	Labios mayores	Labios mayores y menores	Todo	Senegal	Gambia	Marruecos	Mauritania	Marruecos	Subsaharianas	Religiosas	Higiene	Tradición	
M	Sevilla	10	Sí	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No	No
H	Sevilla	19	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	No	No	No	Sí	No	No	No
M	Sevilla	20	Sí	No	No	Sí	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	No	Sí	No
M	Aljarafe	2	Sí	No	No	No	No	No	No	No	Sí	Sí	No	No	Sí	No
M	Sevilla	28	No	No	No	Sí	No	No	No	No	Sí	Sí	Sí	No	No	No
H	Sevilla	20	Sí	No	No	No	Sí	Sí	No	Sí	Sí	Sí	Sí	No	Sí	Sí*

*Curso o congreso. H: hombre; M: mujer.

Tabla 2. Conocimientos y actitudes sobre mutilación genital femenina (MGF) según el sexo del profesional

	Mujeres (% válido)	Hombres (% válido)	p
Definición de MGF correcta	40	50	0,5245
Identifica países en que se practica la MGF	22	16,6	0,9
Identifica el motivo de la práctica	5,45	0	0,03
Formación previa	38,8	41,6	1,000
Conoce el protocolo	1	8	0,8
Interés por la formación	87,5	87,5	1,000

DISCUSIÓN

La cuota de participación de este estudio es similar a la obtenida en otro realizado en Cataluña, en el que en un primer estadio se consiguió un 80% y unos años más tarde un 62%¹². En cualquier caso se trata de cuotas bastante superiores a las obtenidas en otros estudios, como el realizado en Suecia en 2003, de similares características, donde se consiguió una participación del 28%¹³, o el llevado a cabo por Leye et al.¹⁴, cuya cuota se limitó al 15% de respuesta.

La muestra constituida por matronas viene motivada por los datos que avalan que el principal motivo de consulta de las mujeres inmigrantes es recibir asistencia ginecoobstétrica¹². En el estudio llevado a cabo por Tamaddon et al.¹⁵, 7 profesionales de la salud que participaron (4 matronas, 2 pediatras y 1 ginecólogo) afirma-

ron haber detectado casos de MGF; de aquí que se considere a las matronas profesionales de primera línea para el abordaje.

Sólo el 41,48% de las matronas definió correctamente el concepto de MGF, a pesar de que el 100% afirmaba conocerlo inicialmente. La autopercepción de saber qué es la MGF se preguntó en otro estudio¹⁴, donde el 29% de las matronas afirmó conocer en qué consistía. No obstante, en dicho trabajo no se confirmaba si realmente había una correlación entre el creer que se conocía el fenómeno y el conocimiento real, algo que ha quedado claro en nuestro estudio al considerarse ambos aspectos.

Algo similar ocurrió cuando se preguntó por los países donde se practica la MGF, ya que sólo el 13% respondió correctamente, cuando el 72,30% afirmaba conocerlo previamente. En el estudio realizado en Cataluña¹², el 30% de los profesionales identificó correctamente los países implicados.

Una cuestión que interesaba cuando se planteó este estudio era conocer si la formación de los profesionales influía en la detección de casos. Esto no ha podido comprobarse, ya que sólo el 0,89% (6 profesionales) de la muestra había detectado algún caso, datos muy alejados del 60% obtenido en el estudio sueco. Ya en el estudio de Kaplan se apuntaba que la formación mejoraba el conocimiento del fenómeno pero no la detección de casos.

La falta de protocolos para matronas también aparece como una carencia en otros países¹³. En nuestro estudio sólo 2 matronas identificaron la existencia de un protocolo, el de la Generalitat de Catalunya¹⁶, a pesar de que

hace unos años se llevaron a cabo actividades formativas en esta materia en Andalucía. El estudio sueco señala que la ausencia de guías de actuación en cada caso específico impide un abordaje efectivo del problema. La necesidad de guías de actuación, a semejanza de otros países, también ha sido destacada en otros estudios europeos en los que se insta a tomar como ejemplo los protocolos diseñados por países con una larga tradición de población migrante^{14,17}.

Por otro lado, ya en un estudio realizado en Suiza¹⁷ con profesionales de atención primaria se concluía que existía la sensación de que la MGF no era un problema frecuente en las consultas. De hecho, entre las limitaciones de este estudio se encuentra que no es posible determinar si los profesionales han tenido realmente casos en sus consultas pero por desconocimiento de la práctica no han sabido identificarlos, pasando inadvertidos. Y no se puede concluir que la formación haya sido determinante para la detección de nuevos casos.

Otra limitación admitida es que se plantea como una necesidad para futuras investigaciones ampliar los colectivos de profesionales de atención primaria estudiados: profesionales de enfermería, ginecólogos, pediatras, médicos de familia y trabajadores sociales.

También sería interesante valorar los resultados que se obtienen tras un programa formativo para los profesionales. En el abordaje de la MGF, los profesionales de atención primaria de salud se sitúan en un lugar clave para la prevención de las prácticas tradicionales perjudiciales y la aplicación de un enfoque transcultural a su práctica asistencial diaria.

CONCLUSIONES

Existen percepciones erróneas y conocimientos escasos sobre la MGF. Siguen siendo necesarios los programas formativos que visibilicen el fenómeno y aporten erramientas a los profesionales de la salud.

BIBLIOGRAFÍA

1. World Health Organization, Department of Reproductive Health and Research. Eliminating female genital mutilation. An interagency statement - OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. Ginebra: WHO, 2008.
2. Kaplan A, López A. Mapa de la mutilación genital femenina en España 2009. Bellaterra (Cerdanyola del Vallès): Universidad Autónoma de Barcelona. Servicio de Publicaciones, 2010.
3. UNICEF. Estado mundial de la infancia. Female genital cutting. A statistical exploration. Nueva York: UNICEF, 2005.
4. Informe de la Conferencia Internacional sobre la Población y el Desarrollo. El Cairo: Naciones Unidas, 1994.
5. IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres de las Naciones Unidas. Pekín, 1995.
6. Toubia N. Female genital circumcision as a public health issue. *N Engl J Med.* 1994; 331: 712-6.
7. Little CM. Female genital circumcision: medical and cultural considerations. *J Cult Divers.* 2003; 10: 30-4.
8. Sörman-Nath Y. Nobody asked me: views and experiences of FGM among Somalian youth in a Stockholm suburb. Estocolmo: Foundation of Women's Forum, 2000.
9. Berggren V. Female genital mutilation: studies on primary and repeat genital cutting. Estocolmo: Department of Public Health Sciences. Division of International Health (IHCAR). Karolinska University Press, 2005.
10. Chalmers B, Hashi KO. 432 Somali women's birth experiences in Canada after earlier female genital mutilation. *Birth.* 2000; 27: 227-34.
11. Nienhuis G. Somali women tell: It's like you have to do the delivery here by yourself. *Tijdschrift voor Verloskundigen.* 1998; 23: 160-6.
12. Kaplan-Marcusan A, Torán-Monserrat P, Moreno-Navarro J, Castany Fàbregas MJ, Muñoz-Ortiz L. Perception of primary health professionals about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health Serv Res.* 2009; 9: 11.
13. Widmark C, Tishelman C, Ahlberg BM. A study of Swedish midwives' encounters with infibulated African women in Sweden. *Midwifery.* 2002; 18: 113-25.
14. Leye E, Powell RA, Nienhuis G, Claeys P, Temmerman M. Health care in Europe for women with genital mutilation. *Health Care Women Int.* 2006; 27: 362-78.
15. Tamaddon L, Johnsdotter S, Liljestrand J, Essén, B. Swedish health care providers' experience and knowledge of female genital cutting. *Health Care Women Int.* 2006; 27: 709-22.
16. Generalitat de Catalunya. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Secretaría para la Inmigración. Protocolos de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina. Barcelona: Generalitat de Catalunya, 2007.
17. Thierdelfer C, Tanner M, Kessler Boadiang C. Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *Eur J Public Health.* 2005; 15: 86-90.