

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: CONOCIMIENTOS, ACTITUDES Y PRÁCTICAS DE LOS PROFESIONALES DE LA SALUD EN LA ISLA DE TENERIFE. ¿VIVIMOS DE ESPALDAS A ESTA REALIDAD?

Nieves Correa Ventura (1) y Delia Báez Quintana (1,2)

(1) Universidad de La Laguna (ULL). Tenerife. Islas Canarias. España.

(2) Hospital Universitario de Canarias (HUC). Servicio de Obstetricia y Ginecología. Tenerife. Islas Canarias. España.

Las autoras declaran que no existe ningún conflicto de interés.

RESUMEN

Fundamentos: La mutilación genital femenina está presente en 31 países, afectando a 200 millones de mujeres y niñas. Debido a los movimientos migratorios se han descrito casos en los países occidentales receptores de esta inmigración. España recibe un importante flujo migratorio procedente de países de riesgo, siendo las Islas Canarias una importante vía de entrada. El objetivo principal de este estudio fue evaluar los conocimientos, las actitudes y las prácticas sobre la MGF entre los profesionales de la salud en la isla de Tenerife.

Métodos: Se realizó un estudio descriptivo transversal acerca del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas entre los profesionales sanitarios en la Isla de Tenerife a través de la difusión de una encuesta online. Se incluyeron en el estudio: ginecólogos, médicos de familia, pediatras, personal de enfermería, matronas y trabajadores sociales. Se calculó frecuencia y porcentaje para describir las variables nominales y media \pm desviación típica para las variables cuantitativas. Para el tratamiento estadístico de los datos, se empleó el software R.

Resultados: Se analizaron 142 cuestionarios. Un 19,7 % de los profesionales encuestados respondió que había encontrado algún caso durante su práctica profesional, un 19% afirmó haber recibido formación, un 26,8% reconoció correctamente la tipología y un 15,5 % los países de prevalencia. Sólo el 6,3% afirmó conocer algún protocolo específico de actuación.

Conclusiones: Existen casos de MGF en la Isla de Tenerife. En general, los encuestados muestran una falta de conocimiento sobre la práctica, su tipología, los países donde se realiza o las razones por las que se lleva a cabo. La formación específica sobre la materia aumentó la tasa de detección de casos y el conocimiento sobre la práctica.

Palabras clave: Mutilación genital femenina, Conocimiento, Formación, Salud de los migrantes, Profesionales de la salud.

ABSTRACT

Female Genital Mutilation: knowledge, attitudes and practices of health professionals on the island of Tenerife. Do we live with our backs to this reality?

Background: Female genital mutilation is present in 31 countries, affecting 200 million women and girls. Due to migratory movements, cases have been described in western countries which receive part of this immigration. Spain gets an important migratory flow from countries at risk, and the Canary Islands represents an important route of entry. The main goal of this study was to evaluate the knowledge, attitudes and practices about FGM among health professionals in the island of Tenerife.

Methods: A cross-sectional descriptive study about the level of knowledge, attitudes and practices among health professionals in the Island of Tenerife was conducted based on an online questionnaire. Gynaecologists, family doctors, paediatricians, nurses, midwives and social workers were included in the study. Frequency and percentage were calculated to describe the nominal variables and mean \pm standard deviation for the quantitative variables. For the statistical treatment of the data, the R software was used.

Results: 142 questionnaires were analysed. A total of 19.7% of the professionals surveyed responded that they had found a case during their professional practice, 19% claimed to have received training, 26.8% correctly recognized the typology and 15.5% the countries of prevalence. Only 6.3% claimed to know a specific protocol for action.

Conclusions: There are cases of FGM in the Island of Tenerife. In general, the respondents show a lack of knowledge about the practice, its typology, the countries where it takes place, or the reasons why it is carried out. Specific training on the subject increased the rate of case detection and the knowledge of the practice.

Key words: Female genital mutilation, Knowledge, Training, Migrant health, Health professionals.

INTRODUCCIÓN

La Mutilación Genital Femenina es definida por la Organización Mundial de la Salud⁽¹⁾ como “*todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos*”. Unicef⁽²⁾ afirma que, en la actualidad, alrededor de 200 millones de mujeres y niñas han sido sometidas a esta práctica, la cual se concentra en un total de 31 países, 27 africanos, principalmente del África subsahariana y en 4 países asiáticos: Irak, Yemen, Islas Maldivas e Indonesia. Existen investigaciones que la recogen también en América del sur (Colombia) y en otros lugares del mundo como: India, Malasia, Omán, Arabia Saudí y en Los Emiratos Árabes Unidos⁽²⁾. Los 31 países descritos por Unicef son aquellos que ofrecen datos oficiales sobre la prevalencia de la práctica. Sin embargo, según un informe reciente⁽³⁾, aparte de estos 31 países, existiría otro país (Zambia) que también incluye encuestas nacionales sobre la realización de la MGF. Por tanto, serían 32 países los que dispondrían de datos oficiales sobre la MGF. No obstante, según este informe, al menos otros 60 países habrían documentado casos. De modo que, la MGF estaría presente en 92 países en total; dividiéndolos en 4 grupos: los que ofrecen datos oficiales, los que han documentado casos mediante estimaciones indirectas, entre los que se encontrarían algunos países europeos, incluyendo a España con 15.907 mujeres que habrían sufrido la práctica⁽⁴⁾, los que han descrito casos mediante estudios a pequeña escala, como, por ejemplo, Colombia y finalmente, aquellos en los que los casos han sido descritos por algún medio de comunicación. Además, otras fuentes afirman que se han identificado casos de MGF en grupos indígenas de Brasil, México y Perú⁽³⁾, además de en la comunidad Emberá de Colombia⁽⁵⁾. En el año 2007, la muerte de una niña recién nacida en Colombia, tras haber sufrido la MGF, desveló la existencia de esta práctica en América

Latina⁽⁶⁾. En 2011 se tuvo de nuevo conocimiento de un caso realizado en una niña de 7 días. En esta región se realizaría la MGF tipo 1 o clitoridectomía, conocida localmente como “*la curación*”. En 2015, las autoridades indígenas se comprometieron a poner fin a esta práctica^(5,7). Sobre su origen en América latina, hay fuentes que afirman que la MGF llegó desde África mediante el tráfico de esclavos, en primer lugar, a Brasil, desde donde se habría podido extender a Perú y a otros lugares⁽⁸⁾. Sin embargo, otras investigaciones defienden que ya se realizaba antes de la conquista española, en la comunidad de los ticanos, en la Amazonía de Perú, Colombia y Brasil; por los panches, en el centro de Colombia; por los Conibo-Shipibo, los piro, los Setebo y los Cashibo en Perú; por los sálivas en la cuenca del río Orinoco y por los manxineri en Brasil^(9,10). En Perú se llevaría a cabo la introcisión (mutilación tipo IV según la OMS), especialmente entre los Conibos^(9,11). Sin embargo, Saldaña⁽¹²⁾ afirma que en esta comunidad se realizaría la MGF tipo I o clitoridectomía. Con la migración, la práctica de la MGF se ha extendido a Europa, Estados Unidos, Canadá, Australia y Nueva Zelanda⁽¹³⁾.

La actual pandemia causada por la COVID-19 ha ocasionado retrasos en los programas de prevención de esta práctica, por lo que se calcula que en la próxima década podría haber 2 millones más de casos de MGF y unos 13 millones más de matrimonios infantiles de los que se habrían producido antes de la pandemia⁽¹⁴⁾. Además, a Canarias, durante el año 2020 llegaron más de 23.000 migrantes desde el continente africano procedentes en su mayoría del África subsahariana, de países como Mali o Senegal^(15,16). Esta ruta hacia Canarias, denominada la ruta atlántica, se habría cobrado la vida de 1.851 personas, en 45 naufragios durante el año 2020⁽¹⁷⁾.

En Europa, existirían 500.000 mujeres y niñas que han sufrido la práctica de la ablación y

180.000 estarían en riesgo⁽¹⁸⁾. Mientras que, en España, vivirían 69.086 mujeres procedentes de países practicantes, existiendo 18.396 niñas en riesgo. En Canarias viven alrededor de 4.500 mujeres procedentes de países donde se practica la MGF, de las cuales 995 niñas de 0 a 14 años estarían en riesgo de sufrirla, situándose como la sexta región española con más población procedente de países de riesgo. Los principales orígenes de la población femenina en esta comunidad son: Senegal, Mauritania, Nigeria, Guinea y Guinea-Bissau. Senegal y Mauritania son los dos principales orígenes, con más de 1.000 residentes, de los que la mitad son mujeres. En esta comunidad autónoma reside un 40% de toda la población femenina de origen mauritano de España. La ciudad de Las Palmas de Gran Canaria presenta el mayor número de mujeres procedentes de países en riesgo, seguida por el municipio de Arona, en la isla de Tenerife, donde la mayoría sería de origen senegalés⁽¹⁹⁾ (figura 1).

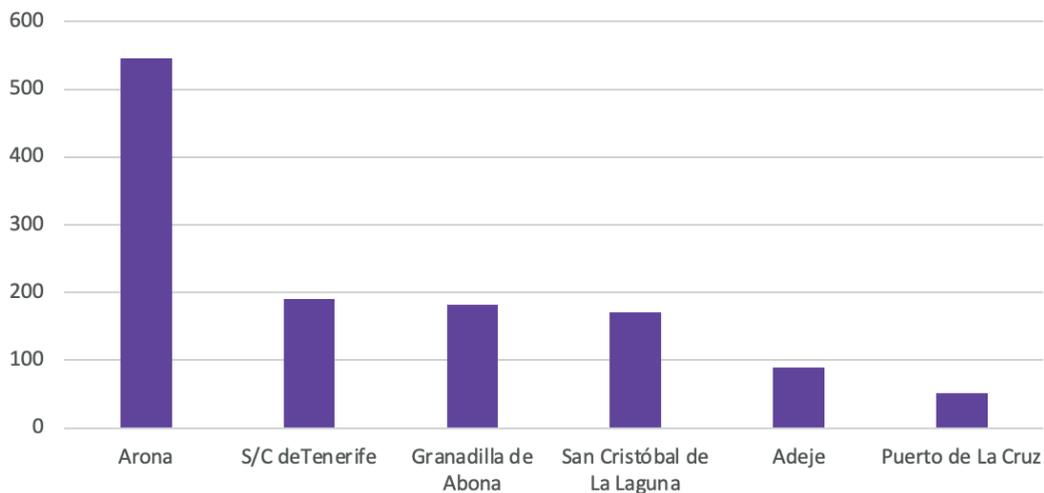
La **tabla 1** muestra el número de mujeres procedentes de países de riesgo en la provincia de Santa Cruz de Tenerife y la prevalencia de la práctica en sus países de origen. En naciones como Mauritania o Guinea la prevalencia es muy elevada, por lo que, las mujeres procedentes de estos territorios residentes en las islas o sus descendientes pueden haber sufrido la práctica. Aunque Canarias, desde el año 2003 recoge como violencia específica la MGF (*Ley 16/2003*)⁽²⁰⁾, es una de las pocas comunidades autónomas que aún no ha desarrollado un protocolo propio de actuación y prevención ante la MGF⁽²¹⁾. Esta práctica supone una violación grave de los derechos humanos de las mujeres, afectando a sus derechos sexuales y a su salud reproductiva, provocando graves secuelas físicas, psicológicas y sexuales en las mujeres que logran sobrevivir^(13,22). De los 92 países donde se practica, 51 la han tipificado como delito:

16 países europeos (incluyendo España), EE.UU., Canadá, Australia, Georgia, Nueva Zelanda y 28 países africanos. En Oriente Medio, sólo Iraq y Omán han creado leyes específicas contra la práctica. Sin embargo, en Asia y en América Latina no existen leyes que la prohíban⁽³⁾. En España se trataría de un delito de lesiones recogido en el art. 149.2 del código penal (castigado con penas de prisión de 6 a 12 años, *Ley 11/2003*)^(13,23).

En investigaciones similares realizadas en España y en otros países occidentales, para evaluar el conocimiento, las actitudes y prácticas de los profesionales de la salud sobre la MGF, se ha demostrado que estos profesionales, no dispondrían de la formación necesaria para poder prevenir y tratar correctamente estos casos⁽²⁴⁾. Así, un estudio realizado en Valencia en 2018 mostró que, de 321 profesionales encuestados, sólo un 22% identificó correctamente los tipos de mutilación, menos de un 10% conocía algún protocolo de actuación y sólo un 15% afirmó haber recibido formación⁽²⁵⁾. En otro estudio similar realizado en Australia en el año 2017, se distribuyó una encuesta online para averiguar el conocimiento de las matronas sobre la MGF, a través del Colegio Australiano de Matronas al que pertenecen aproximadamente 5.000 matronas. Los resultados mostraron, tras entrevistar a 198 matronas, que un 48% no había recibido formación, un 52% conocía algún protocolo de actuación y 85 de ellas, habían atendido a mujeres que habían sufrido la MGF⁽²⁶⁾.

El objetivo principal de este estudio fue determinar los conocimientos, actitudes y prácticas de los profesionales de la salud en la isla de Tenerife respecto a la MGF. Hasta la fecha, no se ha realizado ninguna encuesta para evaluar este aspecto entre los profesionales sanitarios en Tenerife.

Figura 1
Municipios con mayor población femenina procedente de países de riesgo en la isla de Tenerife.



Fuente: elaboración propia a partir de Kaplan A, López A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Fundació Wassu-UAB; 2017⁽¹⁹⁾.

Tabla 1
Distribución territorial de la población femenina en la provincia de Santa Cruz de Tenerife según el país de origen.

País origen	Santa Cruz de Tenerife (Kaplan 2016)	Prevalencia MGF (UNICEF 2016)
Senegal	482	25%
Mauritania	179	69%
Nigeria	362	25%
Guinea	74	97%
Guinea- Bissau	14	45%
Ghana	40	4%
Sierra Leona	40	90%
Indonesia	24	49%
Gambia	22	75%
Malí	21	89%
Egipto	18	87%
Otros países	119	-
Total	1.395	-

Fuente: elaboración propia a partir de Kaplan A, López A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Fundació Wassu-UAB; 2017⁽¹⁹⁾. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Female Genital Mutilation (FGM); 2020⁽²⁾.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo transversal acerca del nivel de conocimientos, actitudes y prácticas que presentó un grupo de profesionales sanitarios en la Isla de Tenerife a través de la difusión de una encuesta online. Esta encuesta fue empleada con anterioridad en otro estudio realizado en Cataluña, publicado en la revista BMC Health Services Research en enero de 2009, titulado: *Perception of primary health professionals about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence*. Se incluyeron: médicos de familia, pediatras, personal de enfermería, matronas, trabajadores sociales y ginecólogos. El estudio se desarrolló entre los meses de junio y agosto de 2020. Las personas participantes de la muestra se seleccionaron por la posibilidad de ser profesionales sanitarios en contacto con mujeres a las que se les hubiera practicado la MGF. Estos profesionales pertenecían a los centros de salud de la isla, dependientes de la Gerencia de Atención Primaria de Tenerife y a los servicios de obstetricia de ambos Hospitales Universitarios (el Hospital Universitario de Nuestra Señora de la Candelaria y el Hospital Universitario de Canarias). La difusión de este cuestionario, validado y actualizado en el año 2017, se realizó a través de la Intranet desde la Gerencia de Atención Primaria y a través de canales de comunicación internos en los servicios de obstetricia de ambos hospitales. Las variables de estudio fueron la edad, sexo, lugar de trabajo, conocimiento sobre MGF, identificación de los tipos, de las razones para su práctica, países donde se realiza, detección de casos, actuación ante la presencia de un caso o ante un caso de riesgo, formación recibida sobre la práctica, interés en la práctica y conocimiento de protocolos de actuación.

Durante el año 2019, 1.382 profesionales trabajaron en Atención Primaria de Tenerife, en

un total de 38 centros de salud. Sumando este dato a los trabajadores de los servicios de obstetricia de ambos hospitales, obtendríamos una población de 1.543 profesionales. Finalmente, 150 personas respondieron al cuestionario. Sin embargo, si analizamos las categorías profesionales que más contacto pueden tener con esta problemática: matronas y ginecólogos, se alcanzó una tasa de respuesta del 20 % y del 31% respectivamente. Se incluyó a la Atención Primaria en el estudio, por la cercanía que estos profesionales tienen con la población. Se insistió en aquellos centros de salud pertenecientes a los municipios con mayor población procedente de estos países como el centro de salud del Fraile, en Arona o el de Granadilla de Abona (ambos en el sur de Tenerife).

Análisis estadístico: Se calculó frecuencia y porcentaje para describir las variables nominales y media \pm desviación típica para las variables cuantitativas. Se estimó el porcentaje de población que encontró casos, ponderando las respuestas según el número de personas participantes por categoría laboral y empleándose la función svymean del paquete Survey⁽²⁷⁾. Para los cálculos se empleó el software R⁽²⁸⁾. La asociación entre variables nominales se puso a prueba por medio del contraste de Chi-cuadrado, salvo que no se cumplieran los supuestos, en cuyo caso se aplicó la prueba de Fisher. Para las variables cuantitativas se empleó contraste de medias independientes, aplicando esta prueba porque el tamaño muestral es superior a 30 y por tanto es resistente al incumplimiento de la normalidad de los errores. Se consideró un error alfa del 5%.

El proyecto de investigación del que forma parte este trabajo fue presentado al Comité de Ética de la Investigación del Complejo Universitario de Canarias, el cual certificó la realización del presente estudio.

RESULTADOS

Un total de 150 personas respondieron el cuestionario, de los cuales 8 no se consideraron válidos. Por tanto, 142 cuestionarios fueron analizados finalmente. Un 19,7% de los profesionales encuestados respondió que había encontrado algún caso durante su práctica profesional, sin embargo, el 42,25 % (n60) respondió que, aunque atendía a población de riesgo nunca había encontrado algún caso.

Sólo un 19% de los encuestados afirmó haber recibido formación, un 26,8% reconoció correctamente la tipología de la MGF y un 15,5% los países de prevalencia. Sólo el 6,3% de los encuestados afirmó conocer algún protocolo específico de actuación, siendo las matronas el colectivo más familiarizado con este recurso. El 85,2% de la muestra se trató de mujeres (n121) y un 13,4% (n19) de hombres, no encontrándose una diferencia significativa en cuanto al porcentaje que encontró casos ($p>0,99$). La edad media de los encuestados fue de 40,3, encontrando, en este caso, una diferencia significativa ($p=0,028$), siendo menores los que sí hallaron casos (Media=37,1; DT=7,8) frente a los que no hallaron casos (Media=41,1; DT=10,5). Encontramos también diferencias significativas en cuanto a la detección de casos, en aquellos profesionales que habían recibido una formación específica, de modo que el 50% de los que detectaron casos, manifestaron haber tenido formación previa, frente a tan sólo el 11,4% de los que no habían detectado casos ($p<0,001$). Lo mismo ocurrió con los profesionales que identificaron correctamente los 3 tipos de MGF y los países de prevalencia, siendo un 60,7% de los que declararon haber encontrado casos los que respondieron correctamente la tipología, frente a tan sólo el 18,4% de los que no encontraron casos ($p<0,001$); además, los que encontraron casos acertaron en un 50% los países de prevalencia, frente a sólo el 7% de los encuestados que no habían detectado casos ($p<0,001$) (tabla 2).

La muestra participante se distribuyó del siguiente modo: un 38,7% de enfermeras (n55), un 18,3% de matronas (n26), un 14,8% de ginecólogos (n21), un 13,4% de pediatras (n19), un 11,3% (n16) de médicos de familia, un 2,1% (n3) de auxiliares de enfermería y finalmente un 1,4% de trabajadores sociales (n2). El porcentaje de participación fue desigual entre las profesiones ($p<0,001$), siendo superior en las matronas y en los ginecólogos (tabla 3). En la tabla 4 se recogen los conocimientos y detección de casos según edad, sexo y profesión.

Formación y Conocimiento: En cuanto a la formación recibida, un 19% (n27) afirmó haber recibido formación específica sobre la MGF, siendo las matronas el colectivo que más formación había recibido, un 53,8% (n14). El porcentaje fue significativamente menor en el resto de las profesiones ($p<0,001$); siendo de un 14,5% (n8) en el caso de las enfermeras, un 4,8% de los ginecólogos (n1), un 5,3% para los pediatras (n1) y finalmente un 12,5% (n2) para los médicos de familia. Un 51,9% (n14) de los que afirmaron haber recibido formación acertaron la tipología (los tres tipos de MGF), frente a un 20,9% de los que no habían recibido formación ($p=0,002$). También se encontró una diferencia significativa entre los que tuvieron y no tuvieron formación en la frecuencia de detección de los 4 tipos de MGF ($p=0,047$), aunque se detectó con muy poca frecuencia en ambos grupos (11,1% de los que tenían formación, por tan sólo 1,7% de los que no tenían). Un 31% (n44) de la muestra total afirmó sólo conocer el tipo 1. Según las profesiones, las matronas fueron la categoría profesional que más acertó en la tipología: un 76,6% (n20) y las enfermeras, la categoría que menos acertó: un 7,3% (n7). Encontrándose diferencias significativas en ambos casos: $p=0,001$ (tabla 4). Un 33,3 % (n9) de los que recibieron formación, identificó correctamente los países de prevalencia, siendo el porcentaje significativamente menor ($p=0,014$) en profesionales que no habían recibido forma-

Tabla 2
Características sociodemográficas de la muestra y los conocimientos
y prácticas relacionadas con la MGF y con el hallazgo de casos.

Características		Muestra total (n=142)	Han encontrado casos (n=28)	No han encontrado casos (n=114)	p
Sexo	Hombre	19 (13,4)	4 (14,3)	15(13,4)	<0,999
	Mujer	121 (85,2)	24 (85,7)	97 (86,6)	
	No quiero responder	2 (1,4)	-	-	
Edad	Media	40,3 ± 10,1	37,1±7,8	41,1±10,5	0,028
	Menor 30	33 (23,7)	8 (28,6)	25 (22,5)	0,672
	Edad 31-50	78 (56,1)	18 (64,3)	60 (54,1)	0,446
	Mayor 50	28 (20,1)	2 (7,1)	26 (23,4)	0,098
Profesión	Enfermera	55 (38,7)	1 (3,6)	54 (47,4)	<0,001
	Matrona	26 (18,3)	18 (64,3)	8 (7)	<0,001
	Ginecóloga	21 (14,8)	8 (28,6)	13 (11,4)	0,035
	Pediatra	19 (13,4)	0 (0)	19 (16,7)	0,025
	Médico de Familia	16 (11,3)	0 (0)	16 (14)	0,042
	Auxiliar de Enfermería	3 (2,1)	0 (0)	3 (2,6)	1
Trabajador social	2 (1,4)	1 (3,6)	1 (0,9)	0,357	
Casos MGF declarados		1,02 (4,7); 0 (00)	5,2 (9,6); 2 (2-4)	0	-
Han recibido formación específica MGF		27 (19)	14 (50)	13 (11,4)	<0,001
Identificación correcta tipología (los 3 tipos)		38 (26,8)	17 (60,7)	21 (18,4)	<0,001
Identificación correcta tipología (los 4 tipos)		5 (3,5)	3 (10,7)	2 (1,8)	0,053
Identificación correcta Países de Prevalencia		22 (15,5)	14 (50)	8 (7)	<0,001
Identificación correcta Legislación		49 (34,5)	15 (53,6)	34 (29,8)	0,032
Número de razones para realizar la MGF	Media	2 ± 0,9	2,39±0,74	1,9±0,85	0,004
	Tradición y costumbres	134 (94,4)	27 (96,4)	107 (93,9)	1
	Religión	98 (69)	23 (82,1)	75 (65,8)	0,147
	Higiene	7 (4,9)	3 (10,7)	75 (65,8)	0,138
	Estética	5 (3,5)	1 (3,6)	4 (3,5)	1
	Oportunidad matrimonio	40 (28,2)	13 (46,4)	27 (23,7)	0,031
Identificación correcta de casos en riesgo		16 (11,3)	2 (7,1)	14 (12,3)	0,739
Actitudes ante casos de riesgo	Formación de profesionales	123 (86,6)	27 (96,4)	96 (84,2)	0,123
	Sensibilización de los padres	120 (84,5)	28 (100)	92 (80,7)	0,008
	Denunciar	62 (43,7)	15 (53,6)	47 (41,2)	0,33
	Revisiones periódicas genitales	53 (37,3)	11 (39,3)	42(36,8)	0,983
	Condenas ejemplarizantes	52 (36,6)	9 (32,1)	43 (37,7)	0,741
	Impedir viajes a País de origen	18 (12,7)	7 (25)	11(9,6)	0,051
	No intervenir	0	0	0	0
Conocimiento protocolo		9 (6,3)	8 (28,6)	1 (0,9)	<0,001
Interés en la MGF		134 (94,4)	-	-	-

Tabla 3
Porcentaje de participación entre las profesiones.

Profesión	Porcentaje de participación
Enfermera	9,7
Ginecólogo/a	31,3
Matrona	19,8
Médico/a de Familia	3,2
Pediatra	13,1

Tabla 4
Conocimientos y detección de casos según edad, sexo y profesión.

Identificación Correcta	Género (n140)		Edad (n139)			Profesión					p	
	Hombre (n19)	Mujer (n121)	>30 (N33)	31-50 (N78)	<50 (N28)	Enfermera (N55)	Matrona (N26)	Ginecólogo (N21)	Pediatra (n19)	Médico familia (n16)		
Tipos MGF	3 (15,8)	35 (28,9)	10 (30,3)	22 (28,2)	5 (17,9)	4 (7,3)	20 (76,6)	5 (23,8)	6 (31,6)	3 (18,8)	<0,001	
Países	4 (21,1)	18 (14,9)	7 (21,2)	12 (15,4)	3 (10,7)	2 (3,6)	12 (46,2)	4 (19)	1 (5,3)	1 (6,3)	<0,001	
Legislación	4 (21,1)	45 (37,2)	12 (36,4)	26 (33,3)	10 (35,7)	18 (32,7)	13 (50)	5 (23,8)	8 (42,1)	4 (25)	0,29	
Razones (respuesta correcta)	0	2 (1,7)	2 (6,1)	0	0	1 (1,8)	1 (3,8)	0	0	0	1	
Tradición y costumbres	17 (89,5)	111 (95)	31 (93,9)	75 (96,2)	25 (89,3)	50 (90,9)	26 (100)	19 (90,5)	18 (94,7)	16 (100)	0,417	
Religión	17 (89,5)	79 (65,3)	23 (69,7)	53 (67,9)	19 (67,9)	36 (65,5)	19 (73,1)	13 (61,9)	13 (68,4)	14 (87,5)	0,463	
Higiene	1 (5,3)	6 (5)	2 (6,1)	3 (3,8)	2 (7,1)	1 (1,8)	3 (11,5)	1 (4,8)	0	2 (12,5)	0,107	
Estética	0	5 (4,1)	4 (12,1)	1 (1,3)	0 (0)	1 (1,8)	1 (3,8)	2 (9,5)	1 (5,3)	0	0,422	
Oportunidad matrimonio	4 (21,1)	35 (28,9)	10 (30,3)	21 (26,9)	7 (25)	12 (21,8)	13 (50)	8 (38,1)	5 (26,3)	1 (6,2)	0,017	
Medidas para evitar casos MGF	Formación de profesionales	16 (84,2)	106 (87,6)	30 (90,9)	65 (83,3)	26 (92,9)	43 (78,2)	25 (96,2)	21 (100)	17 (89,5)	13 (81,2)	0,039
	Educar padres	15 (78,9)	104 (86)	28 (84,8)	66 (84,6)	24 (85,7)	41 (74,5)	26 (100)	18 (85,7)	15 (78,9)	16 (100)	0,006
	Denunciar	6 (31,6)	56 (46,3)	17 (51,5)	31 (39,7)	13 (46,4)	20 (36,4)	12 (46,2)	9 (42,9)	7 (36,8)	11 (68,8)	0,222
	Controlar	9 (47,4)	44 (36,4)	15 (45,5)	27 (34,6)	11 (39,3)	23 (41,8)	11 (42,3)	2 (9,5)	9 (47,4)	6 (37,5)	0,074
	Condenas ejemplares	9 (47,4)	41 (33,9)	12 (36,4)	30 (38,5)	7 (25)	22 (40)	9 (34,6)	7 (33,3)	4 (21,1)	8 (50)	0,458
	Impedir viaje	3 (15,8)	15 (12,4)	4 (12,1)	10 (12,8)	4 (14,3)	5 (9,1)	7 (26,9)	3 (14,3)	2 (10,5)	1 (6,2)	0,262
Conocimiento protocolo	0	9 (7,4)	4 (12,1)	5 (6,4)	0	1 (1,8)	8 (30,8)	0	0	0	<0,001	
Formación	4 (21,1)	23 (19)	9 (27,3)	15 (19,2)	3 (10,7)	8 (14,5)	14 (53,8)	1 (4,8)	1 (5,3)	2 (12,5)	<0,001	
Detección casos	4 (21,1)	24 (19,8)	8 (24,2)	18 (23,1)	2 (7,1)	1 (1,8)	18 (69,2)	8 (38,1)	0	0	<0,001	

ción (11,3%). Sólo un 22,2% (n6) de los que habían recibido formación, acertó ambas cuestiones: los países y la tipología. De la muestra total, sólo 13 personas (un 9,1%) acertaron ambas preguntas, siendo un 15,5% (n22) el porcentaje de la muestra total que acertó los países de prevalencia y de un 26,8% la tipología. Por profesiones, las matronas fueron de nuevo las que más acertaron los países de prevalencia, un 46,2% (n12) y las enfermeras las que menos: un 3,6% (n2), encontrándose, de nuevo, una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,001$). La respuesta: “*en algunos países africanos*” fue elegida en total en un 85,9% (n122) de las ocasiones, seguida por “*en algunos países de Oriente Medio*”, elegida por un 43,7% (n62). En tercer lugar, encontramos “*en algunos países asiáticos*”, elegida por un 21,8% (n31). Un 9,9% (n14) respondió “*en todos los países musulmanes*” y finalmente, un 6,3% (n9) de la muestra respondió en toda África.

Un 34,5% de la muestra (n49) identificó correctamente la legislación actual que existe en España, el mismo porcentaje afirmó que sólo es delito si se realiza en España y un 28,2% (n40) afirmó que desconocía si existen leyes que legislen esta práctica.

Finalmente, sólo dos personas identificaron correctamente el número de razones por las que se realiza la MGF. La respuesta más numerosa fue por “*tradición y costumbres*”, elegida por un 94,4% de la muestra (n134) seguida de las “*razones religiosas*”, con un 69% de la muestra (n98). Por último, un 28,2% (n40) respondió que “*aumentaría las oportunidades matrimoniales*”. En función de las respuestas de los encuestados, pero teniendo en cuenta sus respuestas combinadas, el resultado queda expuesto en la **tabla 5**.

Identificación de casos de riesgo: Siguiendo las recomendaciones de los protocolos existentes para actuar ante un caso de riesgo de MGF, sólo un 11,3% de la muestra (n16) respondió correctamente los tres supuestos. Un 46,5% (n66) respondió correctamente sólo uno de los tres supuestos y un 30,3% (n43) dos supuestos. En cuanto a las actitudes que los profesionales plantearían ante un caso de riesgo, la medida más elegida fue la de “*formar a los profesionales*”, con un 86,6% (n123) seguida por la opción de “*educar o sensibilizar a los padres sobre las consecuencias de la práctica*”, con un 84,5% (n120). Posteriormente encontraríamos la variable “*denunciar*” con un 43,7% (n62),

Tabla 5
Razones por las que se realiza la MGF (respuestas combinadas).

Tradición y Religión	58 (40,8)
Tradición y costumbres	32 (22,5)
Religión, Tradición y Matrimonio	25 (17,6)
Tradición y Matrimonio	10 (7)
Motivos religiosos	6 (4,2)
Razones estéticas	1 (0,7)
No lo sé	1 (0,7)
Otras combinaciones	9 (7,7)

seguida por “realizar revisiones periódicas de los genitales de las niñas”, con un 37,3% (n53). Por último, encontraríamos: “llevar a cabo condenas ejemplarizantes” con un 36,6% (n52) e “impedir el viaje a su país de origen” con un 12,7% (n18). Nadie respondió que no intervendría ante un posible caso de riesgo.

Detección de casos: Un 19,7 % de la muestra declaró haber encontrado algún caso (n28). No se encontraron diferencias significativas en función del sexo y de la edad para la detección de algún caso. Sin embargo, según la profesión, las matronas volvieron a ser la categoría profesional que más casos declaró haber encontrado: un 69,2% (n18), seguida de los ginecólogos con un 38,1% (n8) y finalmente, las enfermeras declararon en un 1,8% (n1) haber encontrado alguno, encontrándose diferencias significativas tanto en el grupo de las matronas como en el de las enfermeras ($p < 0,001$). Los pediatras y los médicos de familia afirmaron no haber encontrado ningún caso durante su práctica profesional (tabla 4). Por otro lado, un 28,6% (n8) de los que afirmaron conocer algún protocolo de actuación declaró haber encontrado algún caso frente a sólo un 0,9% (n1) que no había encontrado casos ($p < 0,001$). Teniendo en cuenta el porcentaje que cada profesional supone en nuestro marco muestral, estimamos que el 9% de los profesionales de la isla había tenido algún contacto [IC95% 5.2-12.9]. La detección de los casos de MGF fueron diagnosticados en su mayoría durante la exploración física, con un 92,8% (n26), y un 7,1% (n2) durante una entrevista o visita. Entre los casos diagnosticados durante la exploración física (n26), un 42,3% (n11) se descubrió durante la atención al parto, un 26,9% (n7) durante el control del embarazo y un 23,1% (n6) durante una revisión ginecológica. Finalmente, uno de ellos se detectó mediante la realización de una técnica de enfermería (sondaje vesical) y otro por sospecha de MGF. Sólo uno de los 28 casos declarados se trató de una menor de 18 años,

tratándose de una menor en situación de desamparo. En ningún caso el hallazgo se encontró por la denuncia de un tercero. En cuanto a las acciones que se tomaron tras detectar un caso de MGF encontramos que: nadie decidió denunciar y 11 personas afirmaron no haber intervenido (un 39,2%). La variable: “abordé el tema en consulta” fue elegida en un 32,1% (n9), seguida por la variable “coordiné/consulté con otros profesionales” elegida por un 35,7% (n10) y en último lugar encontramos la variable: “pregunté si tenía hijas para prevenir”, la cual fue elegida por un 21,4% (n6). Finalmente, una mayoría de la muestra: un 94,4% (n134) afirmó que la formación en MGF facilitaría el trabajo para prevenir y atender casos de MGF.

DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio muestran cómo la MGF está presente en la Isla de Tenerife, ya que 28 profesionales afirmaron haber encontrado algún caso durante su práctica profesional. La mayor parte de ellos declaró haber encontrado entre 1 y 5 casos. Sin embargo, algunos declararon cifras significativas: tres matronas declararon haber encontrado 10, 20 y 8 casos respectivamente y un ginecólogo más de 30 casos. Muestran que, en general, hay una falta de conocimiento sobre la práctica, su tipología, los países donde se realiza o las razones por las que se lleva a cabo. La detección de casos, que fue de un 19,7%, es similar a la obtenida en un estudio realizado en Cataluña por Kaplan *et al*⁽²⁹⁾ en 2004 donde la tasa de detección fue de un 16,3% y superior a la obtenida por González-Timoneda *et al*⁽²⁵⁾ en Valencia en 2018 con un 4,7%. Sin embargo, este porcentaje es inferior al obtenido en un estudio realizado en Melilla por Vega-Recio *et al*⁽³⁰⁾, también en 2018, donde un 31,3% de la muestra había atendido a mujeres que habían sufrido la práctica. En estudios realizados en otros países, encontramos generalmente una tasa de detección superior, por ejemplo,

en Reino Unido con un 60% en un estudio realizado en la ciudad de Londres por Relph *et al*⁽³¹⁾, en Italia por Surico *et al*⁽³²⁾ con un 71,5% o en Australia por Turkmani *et al*⁽²⁶⁾ con un 43%. Sin embargo, en un estudio realizado en Bélgica por Cappon *et al*⁽³³⁾, se logró una tasa de detección similar a la del presente estudio: un 15%. Sólo un 26,8% de la muestra reconoció correctamente la tipología, resultado similar al obtenido en el estudio realizado por González-Timoneda *et al*⁽²⁵⁾, donde se alcanzó un 22,7%; un 15,5% acertó los países de prevalencia, datos similares a los obtenidos en un estudio realizado en Sevilla por León Larios *et al*⁽³⁴⁾, que obtuvo un 13%. Finalmente, sólo el 6,3% de los encuestados afirmó conocer algún protocolo de actuación, resultado también similar al obtenido en el estudio realizado por González-Timoneda *et al*⁽²⁵⁾, en el cual se obtuvo un 6,9%. En cuanto a la formación recibida sobre esta práctica, diversos estudios muestran que los profesionales no habrían recibido una formación adecuada^(25,31,34). En nuestro trabajo, del 19% (n27) de los que habían recibido formación, la mayor parte (n15) la recibió a través de servicios de salud o por ONGs (n6). En cuanto a la legislación vigente en España, un 34,5% respondió correctamente, siendo el resultado superior al obtenido por González-Timoneda *et al*⁽²⁵⁾ con un 29%. Sólo 9 personas conocían algún protocolo de actuación, 4 se refirieron a los siguientes protocolos: Madrid, Barcelona, Murcia y Reino Unido. El resto conocía el protocolo común del Ministerio de Sanidad, publicado en 2015. Esta falta de conocimiento sobre la práctica y sobre protocolos de actuación, puede relacionarse con una falta de implicación de los servicios públicos de salud hacia esta problemática⁽³⁵⁾. Teniendo en cuenta que un 94,4% de la muestra estaría interesado en la formación, se demuestra que la falta de conocimientos es también percibida por los propios profesionales.

Se evidencia que las matronas son el colectivo que más formación ha recibido sobre la práctica y además el que más acertó la tipología (los 3 tipos de MGF), los países de prevalencia, el que más conocía la existencia de algún protocolo de actuación y también el que más casos declaró. Por tanto, la formación se relacionaría con una mayor detección de casos y un mayor conocimiento. Además, existe una considerable diferencia entre el conocimiento y la formación recibida sobre la práctica entre enfermeras generalistas y matronas, lo que muestra la necesidad de no sólo crear guías para la prevención y el seguimiento de los casos, sino también la importancia de implantar en los estudios de grado de los profesionales de la salud, formación específica sobre esta práctica. Asimismo, estas mujeres deberían ser atendidas en la salud pública por un equipo multidisciplinar, como ya ocurre en la unidad de referencia para la MGF en la Comunidad Valenciana⁽³⁶⁾ además de informarlas sobre la reconstrucción genital, la cual se realiza en Cataluña desde el año 2007 en la fundación Dexeus Mujer o en el sistema nacional de salud también en Cataluña desde el año 2015 y en la Comunidad Valenciana desde el 2016. El equipo que trate a estas mujeres, aparte de incluir a ginecólogos, sexólogos y psicólogos, debería contar también con fisioterapeutas especializados en uro-ginecología, como ya ocurre en Canarias, donde la fisioterapia ofrece diversos tratamientos a estas mujeres desde la medicina privada⁽³⁷⁾. Para ello, podrían ser derivadas a las unidades de suelo pélvico de los hospitales universitarios de las islas. Teniendo en cuenta que la mayor parte de los casos se encontraron durante la atención al parto (n11) o durante el control del embarazo (n7), por matronas o ginecólogos, estas mujeres serían jóvenes o se encontrarían en edad fértil, pudiendo haber nacido en las islas y haber sufrido la práctica durante un viaje a su país de origen en su niñez o juventud. Considerando,

además, que este fenómeno, aunque menos investigado, también existe en ciertos pueblos indígenas de América Latina, no se debe obviar la población procedente de Colombia o Perú que vive en Canarias con 7.125 y 780 mujeres respectivamente, censadas en 2019 según el INE.

Por otro lado, planteamos como una necesidad para futuras investigaciones ampliar los conocimientos sobre dos cuestiones: la relación que guarda esta práctica, por un lado, con los matrimonios forzados⁽³⁸⁾ en los países practicantes y, por otro lado, con la cirugía cosmética vaginal en los países occidentales. Existen estudios que consideran la cirugía cosmética vaginal (aceptada ética y legalmente en los países desarrollados) como un tipo de MGF, ya que en ninguno de los casos existe razón médica que las justifique⁽³⁹⁾. La MGF, aparte de sus graves consecuencias físicas, psicológicas y sexuales, no está exenta de importantes consideraciones éticas, por ejemplo, la medicalización que se realiza en algunos países practicantes, la cual ha sido defendida incluso en algunos países occidentales por comités éticos⁽²⁴⁾; la visión etnocentrista de esta problemática, que nos impide ver la relación entre la estética y el control del cuerpo de la mujer en el mundo occidental con la MGF en los países practicantes (en España se realizaron 5.524 labioplastias en 2019 y 882 vaginoplastias en 2016)^(40,41). O finalmente, la aceptación mayoritaria de la MGM (Mutilación Genital Masculina) en los países occidentales. Actualmente, en EE.UU., la MGM se realiza al 50% de los recién nacidos en el momento del parto, obviando sus consideraciones éticas y sus consecuencias para la salud, como, por ejemplo, la posible pérdida de sensibilidad, infecciones, etc.⁽¹⁰⁾. En España, un estudio reciente sobre la circuncisión masculina por motivos religiosos en la sanidad pública muestra que, un 89% de estos pacientes son derivados a cirugía pediátrica por su pediatra, un 65% de los cirujanos pediátricos encuestados, derivaría a estos pacientes

para que sean intervenidos en la sanidad privada y un 39% de los que aceptan realizar la intervención, lo hace para “evitar la cirugía en peores condiciones fuera del hospital”⁽⁴²⁾.

En nuestro estudio, se consiguió una baja tasa de respuesta, en comparación con trabajos similares realizados en España, por lo que consideramos este hecho como una posible limitación para el estudio. Sin embargo, nuestra tasa de respuesta fue superior a la obtenida por Turkmani *et al*⁽²⁶⁾ en Australia (4%), y similar a la obtenida por Leye *et al*⁽⁴³⁾ (15%), siendo inferior al 20% en los tres casos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Organización Mundial de la Salud. Mutilación Genital Femenina. Ginebra: OMS; 2018. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
2. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Female Genital Mutilation (FGM); 2020. Disponible en: <https://data.unicef.org/topic/child-protection/female-genital-mutilation/>
3. Female Genital Mutilation/cutting: A call for a global response. Marzo 2020. Equality now, End FMG. EU Network, End FGM/C. US Network. Disponible en: https://d3n8a8pro7vhm.cloudfront.net/equalitynow/pages/2280/attachments/original/1587032303/FGM_Global_-_ONLINE_PDF_VERSION_-_07.pdf?1587032303
4. Van Baelen L, Ortensi L, Leye E. Estimates of first-generation women and girls with female genital mutilation in the European Union, Norway and Switzerland. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2016 Dec;21(6):474-482. doi: 10.1080/13625187.2016.1234597. Epub 2016 Sep 21. PMID: 27652839.
5. González Henao R. La ablación genital femenina en comunidades emberá chamí. *Cadernos Pagu*. 2011;(37): 163-183. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.1590/S0104-83332011000200006>

6. UNFPA. PROYECTO EMBERA-WERA. Una experiencia de cambio cultural para la eliminación de la ablación genital femenina en Colombia – América Latina. 1ª ed. Colombia; 2011.
7. Fondo de Población de las Naciones Unidas - UNFPA. Estado de la población mundial 2020. Contra mi voluntad. Desafiar las prácticas que perjudican a las mujeres y niñas e impiden la igualdad. Nueva York; 2020.
8. Castañeda Reyes JC. Fronteras del placer, fronteras de la culpa: a propósito de la mutilación femenina en Egipto. México: El Colegio de México, Centro de Estudios de Asia y África; 2003:16
9. Sequi A, Touray I, Piniella Z. La erradicación de la Mutilación Genital Femenina. Enfoques y perspectivas desde la cooperación internacional para el desarrollo. Oviedo, Asturias: O'DAM ONGD I La Estafeta Ediciones; 2013.
10. Álvarez Degregori MC. Sobre la mutilación genital femenina y otros demonios (Publicacions d'Antropologia Cultural:19). 1ª ed. Barcelona: Servei de Publicacions de la Universitat Autònoma de Barcelona; 2001.
11. Inter- Parliamentary Union. Parliamentary Campaign "Stop Violence Against Women": Female Genital Mutilation. What is female genital mutilation? Septiembre 2001. Disponible en: <http://archive.ipu.org/wmn-e/fgm-what.htm>
12. Saldaña M. Sexualidad de las mujeres de la población Shipibo/Konibo Chacarena 2007; (34): 42-46.
13. Unión Nacional de Asociaciones Familiares (UNAF). La Mutilación Genital Femenina en España. Prevención e intervención. Guía para Profesionales. Madrid: UNAF- Unión de Asociaciones Familiares; 2016. Disponible en: <https://www.slideshare.net/UNAF/gua-para-profesionales-la-mutilacion-genital-femenina-en-espaa-prevencin-e-intervencionunaf>
14. UNFPA. Fondo de población de las Naciones Unidas (27 de abril de 2020). Se prevén millones de nuevos casos de violencia, matrimonio infantil, mutilación genital femenina y embarazos no deseados debido a la pandemia de COVID-19. Disponible en: <https://www.unfpa.org/es/news/se-prev%C3%A9n-millones-de-nuevos-de-casos-de-violencia-matrimonio-infantil-mutilaci%C3%B3n-genital>
15. Ministerio del interior. Informe quincenal. Inmigración irregular 2020. Gobierno de España, 2020. Disponible en: <http://www.interior.gob.es/documents/10180/11389243/Informe+Quincenal+sobre+Inmigraci%C3%B3n+Irregular+Datos+acumulados+desde+el+1+de+enero+al+31+de+diciembre+de+2020.pdf/e5553964-675a-40d7-9361-5dbf4dfd3524>
16. Missing Migrants. Tracking Deaths Along Migratory Routes. Informe: Afrique de l'Ouest et du Centre — Routes de la migration irrégulière vers l'Europe: Mouvements irréguliers vers les Îles Canaries (Janvier—Novembre 2020), 2020. Disponible en: [https://migration.iom.int/system/tdf/reports/IOM%20-%20Flow%20from%20Western%20African%20Route%20-%20November%202020%20-%20FR_Final%20\(1\).pdf?file=1&type=node&id=10167](https://migration.iom.int/system/tdf/reports/IOM%20-%20Flow%20from%20Western%20African%20Route%20-%20November%202020%20-%20FR_Final%20(1).pdf?file=1&type=node&id=10167)
17. Caminando Fronteras. Monitoreo del derecho a la vida año 2020, 2020. Disponible en: <https://caminandofronteras.org/monitoreo/moniteero-del-derecho-a-la-vida-ano-2020/>
18. Parlamento Europeo. Resolución del 14 de junio de 2012, sobre la erradicación de la mutilación genital femenina [2012/2684(RSP)]. Estrasburgo; 2012. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+TA+P7-TA-2012-0261+0+DOC+PDF+V0//ES>
19. Kaplan A, López A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016. Bellaterra: Universitat Autònoma de Barcelona, Fundación Wassu- UAB; 2017. Disponible en: <https://www.uab.cat/web/transferecia-de-conocimiento/mutilacion-genital-femenina-mgf-1345799901785.html>
20. Ley 16/2003, de 8 de abril, de Prevención y Protección Integral de las Mujeres contra la Violencia de Género de la Comunidad Autónoma de Canarias (referencia MGF, artículo 3). BOE 08/09/2003; 162: 26392-26402.
21. Correa Ventura N, Infancia y Violencia de Género: Prevención de la Mutilación Genital Femenina desde el ámbito sanitario. Index de Enfermería. 2020; 29(1-2):21-5. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ie/e12691>

22. Parlamento Europeo. Informe sobre salud sexual y reproductiva y derechos afines [2013/2040(INI)]. Estrasburgo: Comisión de Derechos de la Mujer e Igualdad de Género del Parlamento Europeo; 2013. Disponible en: <http://www.europarl.europa.eu/sides/getDoc.do?pubRef=-//EP//NONSGML+REPORT+A7-2013-0306+0+DOC+PDF+V0//ES>
23. Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. BOE 30/09/2003; 234:35398-35404.
24. Correa Ventura N, Mutilación Genital Femenina. Conocimiento y Cuidados desde Atención Primaria. Ética de los Cuidados. 2020; 13: e12662. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/et/e12662> [acceso: 11/03/2021]
25. González Timoneda A, Ruiz Ros V, González Timoneda M, Cano Sánchez A. Knowledge, attitudes and practices of primary healthcare professionals to female genital mutilation in Valencia, Spain: are we ready for this challenge? BMC Health Serv Res. 2018;18 (1): 579. doi: 10.1186/s12913-018-3396-z
26. Turkmani S, Homer C, Varol N, Dawson A. A survey of Australian midwives' knowledge, experiences, and training needs in relation to female genital mutilation. Women Birth. 2018; 31(1): 25-30. doi: 10.1016/j.wombi.2017.06.009
27. Lumley T (2010) Complex Surveys: A Guide to Analysis Using R. John Wiley and Sons.
28. R Core Team (2020). R: A language and environment for statistical computing. R Foundation for Statistical Computing, Vienna, Austria. URL <https://www.R-project.org/>
29. Kaplan-Marcusán A, Torán-Monserrat P, Moreno-Navarro, 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. doi: 10.1186/1472-6963-9-11
30. Vega-Recio A, Luque-Salas B. Exploración de los conocimientos sobre mutilación genital femenina del personal sanitario materno-infantil de Melilla. Matronas Prof. 2018 [Consultado]; 19 (4): 143-150. Disponible en: https://www.federacion-matronas.org/revista/wp-content/uploads/2019/01/Original_Mutilacion-genital-1.pdf
31. Relph S, Inamdar R, Singh H, Yoong W. Female genital mutilation/cutting: knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2013; 168 (2):195-198. doi: 10.1016/j.ejogrb.2013.01.004
32. Surico D, Amadori R, Gastaldo LB, Tinelli R, Surico N. Female genital cutting: A survey among healthcare professionals in Italy. J Obstet Gynaecol. 2015; 35(4): 393-396. doi: 10.3109/01443615.2014.960826
33. Cappon S, L'Ecluse C, Clays E, Tency I, Leye E. Female genital mutilation: Knowledge, attitudes and practices of Flemish midwives. Midwifery. 2015; 31 (3): 29-35. doi: 10.1016/j.midw.2014.11.012
34. 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 [Consultado 15 Jun 2019];15 (2): 56-61. Disponible en: <https://www.federacion-matronas.org/wp-content/uploads/2018/01/original-mutilacion-genital-femenina.pdf>
35. Christoffersen GM, Bruhn PJ, de Neergaard R, Engel S, Naeser V. Mapping the lack of public initiative against female genital mutilation in Denmark. Reprod Health. 2018 Apr 7;15(1):59. doi: 10.1186/s12978-018-0499-2. PMID: 29625619; PMCID: PMC5889535
36. Generalitat Valenciana. Protocolo de actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF). Valencia:Generalitat. Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública; 2016. Disponible en: http://www.san.gva.es/documentos/151311/6735740/Castellano_Protocolo_MGF.pdf
37. Grupo de trabajo de Fisioterapia en MGF de la comisión de fisioterapeutas de Uro-ginecología y Obstetricia del Colegio Oficial de Fisioterapeutas de Canarias, febrero 2021. Consultado el 21/03/2021. Disponible en: <https://www.mandarinacomunicacion.es/es/blog/6-de-febrero->

--dia-mundial-de-tolerancia-cero-contra-la-mutilacion-genital-femenina--mgf--a2173.html

38. Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Derechos Humanos (ACNUDH), Hoja informativa No. 23, Prácticas tradicionales nocivas que afectan la salud de mujeres y niños, agosto de 1995, No. 23. Disponible en: <https://www.ohchr.org/documents/publications/factsheet23en.pdf>

39. Leye E, Ysebaert I, Deblonde J, Claeys P, Vermeulen G, Jacquemyn Y, Temmerman M. Female genital mutilation: knowledge, attitudes, and practices of Flemish gynaecologists. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2008 Jun;13(2):182-90. doi: 10.1080/13625180701780957. PMID: 18465481.

40. International Society of Aesthetic Plastic Surgery. ISAPS. Isaps International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures, 2019. Consultado el 18/03/2021. Disponible en: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2020/12/Global-Survey-2019.pdf>

41. International Society of Aesthetic Plastic Surgery. ISAPS. Isaps International Survey on Aesthetic/Cosmetic Procedures performed in 2016, 2016. Consultado el 18/03/2021. Disponible en: <https://www.isaps.org/wp-content/uploads/2017/10/GlobalStatistics2016-1.pdf>

42. Fernández Bautista B, Cerdá Berrocal J, Torre Macías M, Ordóñez Pereira J, Pérez Egidio L, Fanjul Gómez M *et al*. Situación de la circuncisión por motivos religiosos en España. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2019 Jun; 21(82): e41-e45. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1139-76322019000200006&lng=es. Epub. 14-Oct-2019

43. Leye E, Powell RA, Nienhuis G, Claeys P, Temmerman M. Health care in Europe for women with genital mutilation. *Health Care Women Int*. 2006 Apr;27(4):362-78. doi: 10.1080/07399330500511717. PMID: 16595367.