



F. Javier García Castaño y  
Nina Kressova (coords.)

# Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía

Granada: Instituto de Migraciones, 2011

ISBN: 978-84-921390-3-3 · Depósito Legal: GR 1235-2012



## EDUCACIÓN SANITARIA SOBRE MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA PARA PROFESIONALES DE LA SALUD<sup>1</sup>

**Encarnación Martínez García\*, María Carmen Olvera Porcel\*\*,  
María Dolores Pozo Cano\*\*\*, María Dolores Hernández Benítez\*\*\*\*,  
Carmen Amezcua Prieto\*\* y Rocío Olmedo Requena\*\***

\* Hospital de Guadix, Facultad de Ciencias de la Salud de Granada

\*\* Departamento de Medicina Preventiva Universidad de Granada

\*\*\* Facultad de Ciencias de la Salud de Granada

\*\*\*\* Hospital Materno-Infantil de Granada

El objetivo de este estudio ha sido elaborar un proyecto de programa de Educación Sanitaria dirigido a profesionales de la salud en nuestro medio, sobre un tema aún bastante desconocido pero en el que cada vez nos estamos viendo más implicados como es la Mutilación Genital Femenina (MGF).

El hecho de plantearse este objetivo es debido a que aunque la MGF se trate de una práctica ancestral y que se ha venido realizando en unos lugares muy concretos del mundo, en nuestros días ha pasado a ser un problema global, es decir, ya no se practica únicamente en comunidades de África u Oriente Medio. El aumento de los flujos migratorios en las últimas décadas, ha visualizado en los países occidentales, a una gran cantidad de mujeres procedentes de países subsaharianos sobre todo, donde esta práctica es realizada, enfrentándonos a una realidad que además de provocar en general en nuestra sociedad un gran rechazo por suponer una clara violación de los derechos humanos básicos de las niñas y las mujeres, que las priva de su integridad física y mental, de su derecho a no ser objeto de prácticas violentas o discriminatorias, y en los casos más extremos, de su vida (UNICEF, 2005), provoca además en los profesionales directamente implicados, una gran incertidumbre y ansiedad por la ignorancia en su abordaje.

Aunque son una amplia variedad los profesionales que están en contacto con mujeres y niñas que han sido sometidas a una MGF, o están en riesgo de sufrirla, el personal sanitario es quizá el que tiene un contacto más estrecho con las afectadas que cualquier otro grupo (Jøger, et al, 2002). UNICEF, el FNUAP y la OMS, reconocen el papel determinante que los profesionales sanitarios tienen, no sólo para tratar las complicaciones relacionadas directa e indirectamente con la práctica, sino como agentes directos y activos para promover su abandono (UNICEF, 2005). El modelo WECC (Women's Empowerment-Community Consensus) de cambio social para terminar con la MGF, planteado por Toubia y Sharief, considera a los sanitarios, como uno de los grupos de la comunidad a los que es necesario llegar para conseguir el cambio de conducta con respecto a esta práctica (Toubia y Sharief, 2003).

### 1. PLANIFICACION DEL PROGRAMA

En primer lugar se realiza un análisis de la situación, tanto epidemiológico como educativo.

#### 1.1 Análisis Epidemiológico

Este análisis pone de manifiesto la situación en los países occidentales, que revelan la importancia del problema y cómo concretamente en España se estima que teniendo en cuenta las prevalencias de esta práctica en el país de origen, pueden residir unas 12.500 mujeres que hayan sufrido una mutilación genital, sobre todo en zonas del Maresme catalán y Poniente almeriense donde se asientan la mayor parte de mujeres procedentes de países subsaharianos (OPI, 2010).

Identificamos también una encuesta realizada en Cataluña, que muestra como el 21% del personal del programa de atención a la salud sexual y reproductiva (PASSIR), el 7% de los pediatras u el 5% de los profesionales de medicina general declararon haber detectado o conocido algún caso de MGF, tanto en las madres como en sus hijas (Kaplan, et al, 2006).

#### 1.2 Análisis educativo

A continuación se realiza un análisis educativo o diagnóstico educativo de las conductas a promover a partir de la revisión bibliográfica y se observa que existen diferentes factores que pueden influir en que los profesionales no pongan en práctica medidas de asesoramiento en un caso de MGF.

Martínez García, E., Olvera Porcel, M. C., Pozo Cano, M. D., Hernández Benítez, M. D., Amezcua Prieto, C. y Olmedo Requena, R. (2011). Educación sanitaria sobre mutilación genital femenina para profesionales de la salud. En F. J. García Costañó y N. Piessens (Coords.), *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía* (pp. 211-5 219-9). Granada: Instituto de Migraciones. ISBN: 978-84-981390-5-3

2195

<sup>1</sup> Trabajo realizado como actividad del I Master en Investigación y Avances en Medicina Preventiva y Salud Pública de la Universidad de Granada, en el Módulo de Educación Sanitaria dirigido por la Profesora Dra. Doña Dolores Jurado Chacón.

Por una parte está la falta de capacitación clínica debido al desconocimiento tanto de en qué consiste la técnica en sí, tipos, complicaciones, países donde se realiza, prevalencias, abordaje sobre todo en la etapa prenatal y parto, como las creencias socioculturales y tradiciones subyacentes, además del desconocimiento de la legislación vigente en cada país, para con los infractores y para consigo mismos como profesionales observadores.

Las encuestas realizadas a los profesionales sanitarios, han revelado una considerable necesidad de información sobre este tema, llegando a solicitar que se integre bien en la formación inicial o continua (UNICEF, 2005; Jäger, et al, 2002). En un estudio entre médicos en la Unión Europea, el 78% dijeron que acogería con satisfacción un código de conducta al que atenerse (Jäger, et al, 2002), y ya en el año 1998, en la II Conferencia Europea sobre MGF, se instó a que en los planes de formación de enfermeras y matronas, se incluyeran métodos de prevención y manejo de las consecuencias para la salud de la MG (Midwifery Forward, 1998). Las recomendaciones generales son por tanto, que todos los profesionales que trabajan con comunidades que practican la mutilación genital femenina, cuando sea posible, reciban una formación específica sobre el tema (Hedley y Dorkenoo 1992), no sólo para abordar las complicaciones y secuelas, sino para entrenarse en la práctica de asesoramiento de la mujer y su familia en esta cuestión, ya que así se contribuirá a reducir esta práctica entre poblaciones inmigrantes.

En segundo lugar están los factores relacionados con la falta de habilidades de comunicación para su abordaje. Cuando un profesional se enfrenta a un caso de MGF hay que tener en cuenta que no sólo se trata una cuestión clínica y jurídica, sino también a una cuestión ética y culturalmente sensible (Jäger, et al, 2002). En general este tema genera en los sanitarios sentimientos de impotencia e ira, que dan lugar a una falta de comunicación y de interés, resultando por tanto, una asistencia inadecuada a estas mujeres y niñas (Powell, et al, 2004). Esto parece que no es debido a una falta de buena voluntad, sino más bien al hecho de que, al igual que con otros problemas de salud vinculados culturalmente y que rara vez son vistos en Europa, a la mayoría de los profesionales les falta experiencia y orientación sobre cómo cuidar a estas mujeres, tomando decisiones clínicas basadas a menudo en suposiciones en lugar de en la evidencia o en directrices establecidas (Thierfelder, et al, Febr 2005).

De manera que aunque se adquieran las habilidades clínicas necesarias, éstas se pueden mostrar insuficientes sino van acompañadas de actitudes adecuadas y culturalmente sensibles (Beverly y Victoria, 2003). Tenemos que tener en cuenta que las mujeres mutiladas necesitan profesionales de salud competentes que no sólo puedan ofrecer una atención adecuada sino que también sean sensibles y respetuosos con la cultura de otros pueblos (Beverly y Victoria, 2003).

### 1.2.1 ANÁLISIS EDUCATIVO EN LA POBLACIÓN OBJETO DEL PROGRAMA

En nuestro grupo a educar de profesionales sanitarios, para realizar un análisis educativo de las conductas que nos planteamos modificar con el Programa, utilizaremos el Modelo PRECEDE del cual se consideró la fase educativa y que permite identificar los factores que predisponen, posibilitan y refuerzan las conductas positivas en salud (de las siglas en inglés *predisposing, reinforcing and enabling causes in educational diagnosis and evaluation*) y que se ha utilizado en diagnósticos de conductas (Green y Kreuter, 1999).

Las categorías de factores que consideramos en modelo PRECEDE en su aspecto educativo para la elaboración del Programa de Educación Sanitaria sobre MGF entre profesionales sanitarios serían:

Factores Predisponentes (hacia una conducta positiva de salud):

- Interés por acudir a un Taller de Formación
- Interés por el tema
- Disposición para detectar los casos, afrontar las complicaciones y prevenir nuevos casos
- Información previa
- Percepción del sistema sanitario
- Competencia Cultural

Factores Posibilitadores (para poder llevar a cabo la conducta positiva en salud):

- Accesibilidad a la información sobre MGF
- Conocimientos sobre aspectos clínicos, jurídicos y culturales de la MGF
- Habilidades clínicas en abordaje de casos de MGF
- Habilidades comunicativas con personas de culturas diferentes
- Disponibilidad de recursos (aula, material didáctico, guías de actuación, instructores, intérpretes, tiempo asistencial)
- Movimiento y concienciación social en la comunidad
- Apoyo Institucional
- Sistema normativo

Factores Reforzadores (para adoptar una conducta positiva en salud):

- Percepción de integración en el servicio sanitario
- Coordinación con otras Instituciones sanitarias y sociales
- Formación continuada con respecto al tema
- Investigación
- Diálogo con comunidades de inmigrantes

Elaboraremos un cuestionario/entrevista para valorar todos estos aspectos indicados que pueden predisponer, capacitar o posibilitar y reforzar una nueva conducta.

## 2. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

A partir del análisis de la situación, identificamos como *Problema de Salud*, el hecho de que

La atención sanitaria que reciben las mujeres y niñas residentes en países de acogida de inmigrantes, tanto en riesgo de sufrir una MGF, o realizada con anterioridad, no se muestra como adecuada para satisfacer sus necesidades y conseguir la erradicación de esta práctica.

El *Objetivo de Salud* del Programa Educativo que planteamos y que deriva de este problema, sería:

A los dos años del programa, las mujeres de nuestra comunidad afectadas de mutilación genital habrán mejorado su calidad de vida física y mental debido a una atención sanitaria adecuada

Las *Conductas a Educar* en los profesionales serían aquellas que impiden conseguir el Objetivo de salud tales como:

- No detectar y tratar adecuadamente los casos de MGF entre las poblaciones inmigrantes
- No realizar actividades de prevención de nuevos casos

Los *Objetivos de Conducta* enfocados por tanto a modificar las conductas citadas serían:

- Los profesionales de la salud tras recibir el Programa de Educación Sanitaria sobre MGF deberían:
  - ser capaces de ofrecer una atención de calidad a las mujeres afectadas de mutilación genital y a las niñas en riesgo de sufrirla y,
  - realizar actividades de prevención de nuevos casos de MGF, colaborando así en la erradicación de esta práctica

Los *Objetivos Educativos* que planteamos se deberían de cubrir con el Programa Educativo, atienden a los tres tipos, Cognitivos, Afectivos y Psicomotores que describimos a continuación:

*Objetivos Cognitivos:* los profesionales sanitarios después de recibir el Programa de Educación Sanitaria sobre MGF deberían de:

- Identificar los países donde esta práctica se realiza de forma tradicional
- Identificar los distintos tipos de MGF
- Identificar el simbolismo y significación cultural de la práctica
- Reconocer las consecuencias físicas, psicológicas y sociales sobre las niñas, mujeres, y hombres
- Conocer la legislación vigente a nivel Internacional y Nacional
- Conocer cómo se realiza la técnica de Desinfibulación
- Conocer el modelo de atención centrado en el paciente
- Conocer los principales procesos de comunicación en diferentes culturas
- Conocer los componentes de la Competencia Cultural, y los obstáculos para llevarla a cabo

*Objetivos Afectivos:* los profesionales sanitarios después de recibir el programa de Educación Sanitaria sobre MGF deberían de:

- Reconocer sus temores e inseguridades acerca de la MGF
- Tener conciencia sobre el problema de la MGF y sus consecuencias
- Valorar la importancia de detectar los casos de mujeres mutiladas en origen
- Valorar su papel en la detección y prevención de nuevos casos
- Sentirse motivados para implicarse activamente en la prevención de nuevos casos y por tanto en la erradicación de la práctica
- Comprender la importancia de adoptar la competencia cultural en su práctica clínica
- Valorar el efecto de criminalizar y estigmatizar frente a integrar a otras culturas
- Valorar la necesidad de educar y apoyar de forma cultural y sensiblemente apropiada a estas poblaciones
- Comprender la importancia de la participación de los hombres para facilitar los debates dentro de la pareja y la comunidad.

- Valorar la importancia del trabajo en equipo

*Objetivos Psicomotores:* los profesionales sanitarios después de recibir el Programa de Educación Sanitaria sobre MGF deberían de ser capaces de:

- Realizar técnicas de Desinfibulación
- Aplicar el modelo de atención centrado en el paciente en las entrevistas clínica a personas extranjeras
- Incorporar preguntas sobre MGF en la entrevista clínica de mujeres procedentes de países donde se realiza de forma tradicional
- Detectar casos de MGF durante las exploraciones ginecológicas y obstétricas
- Preguntar por la intención de realizarla a sus hijas (nacidas aquí o no)
- Informar sobre la legislación vigente y consecuencias sanitarias a las familias donde la mujer ha sufrido MGF
- Comunicarse con otras instituciones sanitarias y sociales de la comunidad
- Participar en la información y formación de otros profesionales implicados en la atención a inmigrantes
- Ofrecer un debate sobre los efectos perjudiciales de la MGF y las opciones alternativas en comunidades de inmigrantes

### 3. MÉTODOS Y MEDIOS EDUCATIVOS

Los Métodos educativos serían:

- *Métodos de Exposición:* A través de *Charlas* que permitan a los profesionales alcanzar los objetivos cognitivos y *Sesiones de Demostración* que los capacite para adoptar habilidades clínicas y de entrevista
- *Métodos de Grupo:* No se aconseja que el grupo fuera mayor de unas 20 personas para poder fomentar la *Discusión*, con el objetivo de conseguir una toma de conciencia y su implicación con el problema, y poder hacer grupos más pequeños de 5-6 personas. Además mediante la resolución de *Supuestos Prácticos* se facilita el entrenamiento en la toma de decisiones ante problemas concretos
- *Enseñanza Individualizada:* *Consejo sanitario* para resolver dudas o conflictos personales y fundamentalmente *ejercicio de Autoevaluación*

Los Medios Educativos a utilizar serían:

- Cuestionarios de evaluación pre y post realización del Programa
- CD con documentación relevante acerca del tema, y con el contenido teórico del Programa
- CD con videos relacionados con la técnica de Desinfibulación, con las técnicas de entrevista y otros aspectos relacionados con la MGF

### 4. EJECUCIÓN DEL PROGRAMA

#### 4.1 Ámbito de Ejecución

Hay que tener en cuenta el ámbito de ejecución, hospitalario, de atención primaria, u otros grupos sanitarios pertenecientes a otras entidades. Así mismo, la densidad de población extranjera procedente de países donde esta práctica se realiza, la existencia de asociaciones ciudadanas de personas de estos países, de líderes sociales representativos, e incluso de mujeres líderes de estas comunidades.

#### 4.2 Recursos

- *Instalaciones:* Aulas de formación adecuadas en cuanto a mobiliario, luz, ruido, y fácil accesibilidad para la realización de actividades educativas a pequeños grupos.
- *Pedagógicos:* Ordenador Portátil y cañón de luz para exponer las presentaciones de los temas y los videos demostrativos y Pizarra. También de Impresora para los cuestionarios y unidad de Informática para la creación de los CDs.
- *Personales:* Profesionales expertos en el tema, sanitarios para facilitar una enseñanza entre iguales con respecto a las cuestiones clínicas y no necesariamente sanitarios para las cuestiones jurídicas y culturales.
- *Tiempo:* Se plantea realizar el Programa en 3 Talleres de Formación, de cuatro horas cada uno en horario de tarde de 16:30 a 20:30, durante tres semanas. Debido a que va dirigido a profesionales que trabajan normalmente por la mañana y algunos además realizan guardias de 24 horas, pensamos que este horario es el que mejor puede adaptarse a sus requerimientos de tiempo. Consideramos que se deberían de ofertar como parte de la Formación Continuada para garantizar que la máxima cantidad de profesionales pudieran acceder a la capacitación.

#### 4.3 Barreras

Se esperaría no encontrar dificultades por parte de los Direcciones/Gerencias de Hospitales o Distritos sanitarios, ya que se trata de un tema no solamente clínico, sino que afecta también a cuestiones éticas de los pacientes, en este caso de las mujeres y niñas que atienden.

#### 4.4 Marketing

Ya que el fomento de la Investigación y la Formación viene siendo una de las líneas de actuación prioritarias que tiene planteadas desde la Consejería de Salud de Andalucía, se esperaría que las Unidades de Formación de los centros dieran la suficiente difusión sobre la ejecución del Programa Educativo entre los trabajadores del centro, invitándolos mediante comunicados internos, o incluso de manera personal mediante correos electrónicos, o llamadas telefónicas.

### 5. EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

Se realizaría una evaluación diagnóstica y una evaluación final entre los profesionales participantes en el Programa, para determinar el incremento en conocimientos y habilidades de los profesionales con respecto a la MGF.

#### 5.1 Evaluación de los efectos

- Evaluación de conocimientos y actitudes. Se analizará mediante cuestionario pre-postest la adquisición de conocimientos, y cambio de actitudes en el grupo de profesionales sanitarios. Esta evaluación se analizará mediante frecuencias simples, promedios, desviaciones estándar (DE) e intervalos de confianza al 95%. Para comparar el nivel de conocimientos inicial y final se aplicará la prueba de Wilcoxon para poblaciones apareadas.
- Evaluación de habilidades. Los participantes al programa demostrarán las habilidades aprendidas para afrontar los casos de MGF. Identificarán los distintos tipos de MGF en una serie de fotografías reales y describirán cómo se realiza la técnica quirúrgica de Desinfibulación. Realizarán además entrevistas simuladas incorporando las preguntas y el asesoramiento sobre MGF.
- Evaluación de la conducta. Después de un año se realizaría una evaluación a los profesionales para valorar su grado de implicación en la detección y prevención de nuevos casos de MGF en su práctica clínica. Estos datos sobre si incorporan preguntas sobre el tema, realizan asesoramiento a las familias, participan en formación de otros profesionales, y en debates con otros organismos sociales y comunitarios, se analizarían mediante la prueba de McNemar para proporciones dependientes.

#### 5.2 Evaluación del programa

En el cuestionario post intervención, se incluyen preguntas sobre la calidad del programa en cuanto, a los métodos utilizados, materiales, contenidos, lugar, tiempo empleado así como sobre la competencia de los docentes que han intervenido y se analizarán obteniendo los datos absolutos y relativos. Interesa saber también el grado de satisfacción general de los participantes y el grado en que sus expectativas con respecto al programa se han cumplido, que se medirá en una escala de 0 a 100 %.

### BIBLIOGRAFÍA

- Chalmers, Beverly. (2003). *Female Genital Mutilation and Obstetric Care*. Canada: Trafford Publishing.
- Green, L. W, y Kreuter M. (1999). *Health promotion planning: An educational and ecological approach*. 3 ed. Portland OR: McGraw-Hill.
- Hedley, R. and Dorkenoo, E. (1992). *Child protection and Female Genital Mutilation. Advice for Health, Education, and Social Work Professionals*. FORWARD.
- Jäger, F., Schulzeb, S, and Hohlfelda, P. (2002). Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. *Swiss Med Wkly*, 132, 259-264 (9)
- Kaplan, A, Torán, P, Bedoya, M.H., Bermúdez, K., Moreno, J. y Bolibar, B. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. *Aten Primaria*, 38(2), 122-6.
- Midwifery, Forward. (1998, diciembre). *Recomendaciones de la II Conferencia Europea MGF*. Volume 1, Issue 3.
- Observatorio Permanente de Inmigración (OPI). Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2010). Recuperado el 27/12/2010, de [http://extranjeros.mtas.es/es/general/indice\\_diciembre\\_07.html](http://extranjeros.mtas.es/es/general/indice_diciembre_07.html)
- Powell, R.A., Leye, E., Jayakody, A., Mwangi-Powell, F. N. y Morison, L. (2004). Female genital mutilation, asylum seekers and refugees: the need for an integrated European Union agenda. *Health Policy*, 70, 151-162
- Thierfelder, C., Tanner, M. y Kessler Bodiang, M.K. (2005, February). Female genital mutilation in the context of migration: experience of African women with the Swiss health care system. *Europ J of Public Health*, 15 (1), 86-90.
- Toubia, N.F. y Sharief, E.H. (2003). Female genital mutilation: have we made progress? *Int J Gynecol Obst*, 82, 251-261
- UNICEF, Innocenti Research Centre (2005). Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina. *Innocenti Digest*, 13. Recuperado el 14/02/2008, de [http://www.unicef.org/cgi-bin/unicef/download\\_insert.scl?PDFName=%ProductID=403&DownloadAddress=/publications/pdf/](http://www.unicef.org/cgi-bin/unicef/download_insert.scl?PDFName=%ProductID=403&DownloadAddress=/publications/pdf/)

