



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DE LAS MUJERES SOMETIDAS A MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Alumno/a: Ruiz Porras Alejandro

**Tutor/a: Prof. Dra. Pastor Bravo, M^a del Mar
Prof. Dr. García-Fernández, Francisco P.**



UNIVERSIDAD DE JAÉN
Facultad de Ciencias de la Salud

Trabajo Fin de Grado

**CONSECUENCIAS PARA LA
SALUD DE LAS MUJERES
SOMETIDAS A MUTILACIÓN
GENITAL FEMENINA.
UNA REVISIÓN
BIBLIOGRÁFICA**

Alumno/a: Ruiz Porras, Alejandro

Tutor/a: Prof. Dra. Pastor Bravo, M^a del Mar
Prof. Dr. García-Fernández, Francisco P.

Dpto: Departamento de Enfermería

Firma

Resumen	2
Abstract	2
Keywords	2
Introducción	3
Objetivos	13
Metodología	13
Resultados	17
Discusión	24
Conclusiones	25
Anexos	26
Bibliografía	32

Resumen

La mutilación genital femenina (MGF) o ablación es un problema de salud que viola los derechos humanos de las mujeres y niñas que son sometidas, y va en aumento en Europa a causa de los movimientos migratorios.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es conocer la información más relevante sobre la MGF, principalmente sus posibles consecuencias sobre la salud, y cuánto conocen los profesionales de la salud acerca de ella.

La metodología utilizada ha sido una búsqueda en las principales base de datos que recogen información contrastada de utilidad sobre el tema.

Se ha encontrado que las mujeres que son sometidas a esta práctica tradicional, sufren riesgos de padecer numerosos problemas de salud asociados, y que debido a su delicadeza y complejidad, la mayoría de los profesionales de la salud no conocen lo suficientemente bien el tema para realizar un abordaje adecuado.

Abstract

The female genital mutilation (FGM) or ablation is a health problem that violates the human rights of women and girls who are subjected. In Europe, this problem is increasing because of migration.

The objective of this bibliographical review is to know the information most relevant about the FGM, mainly its possible consequences on health, and how much the health professionals know about it.

The methodology used is based on a search in the main database with useful and verified information about the subject.

The conclusion is that those women who are subjected to this traditional practice, risk for many disease. Due to this complexity, the most health professionals do not know enough about the issue to make an adequate approach.

Keywords

Mutilación genital femenina; conocimientos; profesionales de la salud; female genital mutilation; prácticas tradicionales

Introducción

Definición

La mutilación genital femenina (MGF), según la OMS, “comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos y otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos”. No tiene efectos beneficiosos para la salud y perjudica de formas muy variadas a las mujeres y las niñas (1).

La MGF es reconocida internacionalmente como una violación de los “Derechos Humanos” y de los “Derechos de la infancia”, mostrando una desigualdad entre sexos y una forma de discriminación a la mujer, cuyas causas están profundamente arraigadas en las estructuras sociales, económicas, políticas y, en algunas ocasiones, religiosas, de algunas comunidades (2), sobre todo en el centro de África y Oriente Medio.

Tipos

La OMS reconoce cuatro tipos de mutilación genital a las mujeres:

Tipo 1: Clitoridectomía: consiste en la eliminación parcial o total del clítoris, con o sin prepucio, y es equivalente a la circuncisión.

Tipo 2: Escisión: ablación del clítoris acompañada de la mutilación total o parcial de los labios menores, con o sin la extirpación de los labios mayores.

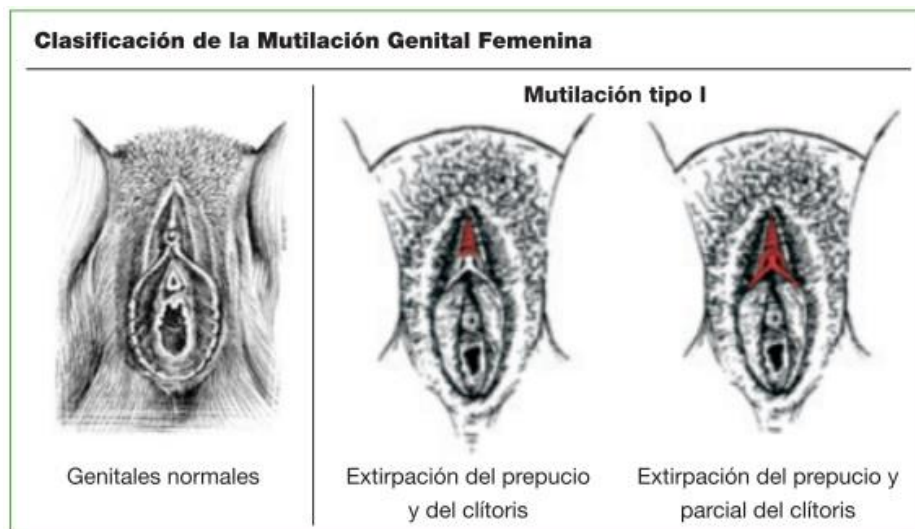


Ilustración 1. Imagen recogida del Protocolo común de actuación ante la MGF

Tipo 3: Infibulación: extirpación del clitoris, labios menores, labios mayores y cierre del orificio de la vagina con una sutura a ambos lados de la vulva. Se deja un pequeño orificio para la salida de la orina y del flujo menstrual. Esta sutura es retirada en caso de embarazo y cosido de nuevo posteriormente.



Ilustración 2. Fotografías cedidas por el Departamento de Ginecología de Florencia, Italia (3).

Tipo 4. Diferentes prácticas, como punciones del clitoris, anillamiento, o cauterización de los tejidos, introducción de hierbas corrosivas en la vagina o estiramiento de los labios (4).

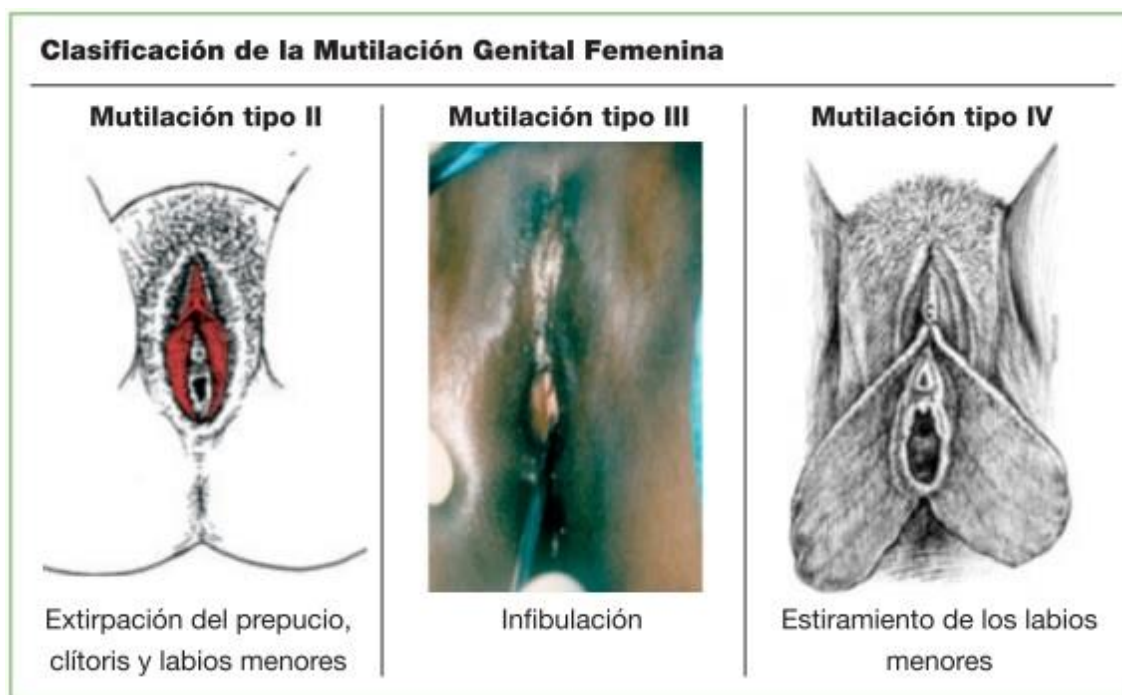
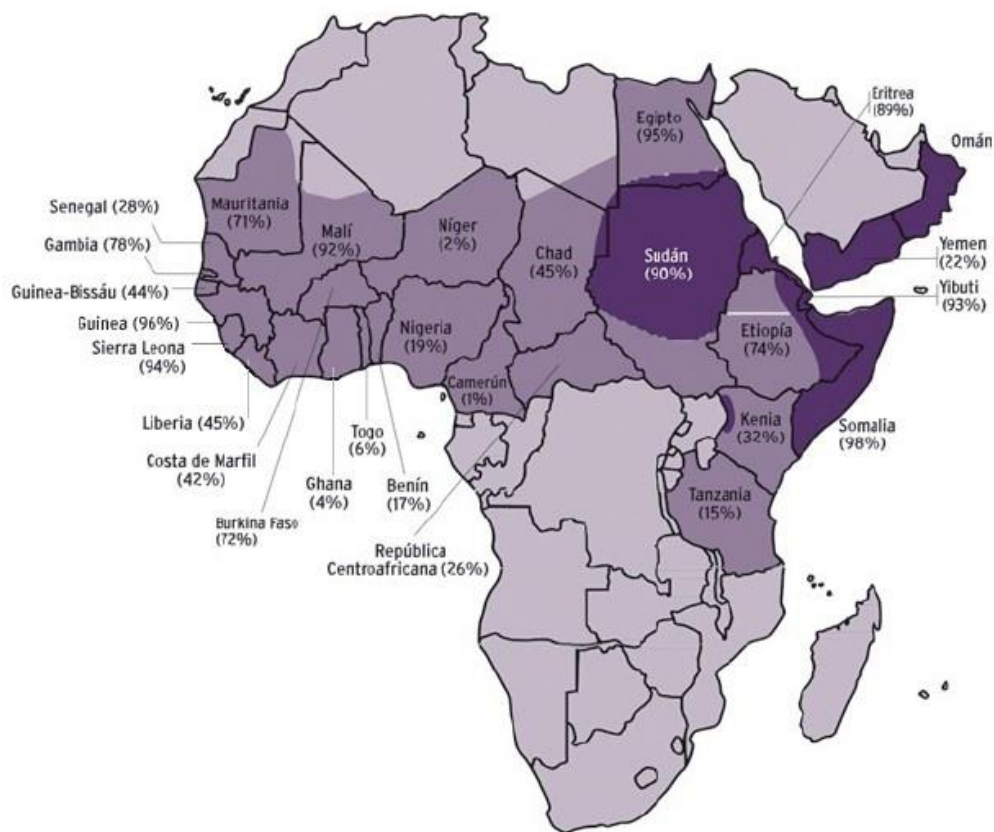


Ilustración 3. Imagen recogida del Protocolo común de actuación ante la MGF (2)

Prevalencia

Los datos de prevalencia actuales son medias nacionales, por lo que no reflejan las distintas prevalencias entre las diferentes áreas de un país (5). Se conoce que en algunas áreas dentro de una misma región, la prevalencia es mayor.

Se estima que entre 100 y 140 millones de niñas y mujeres han sido sometidas a algún tipo de mutilación en todo el mundo, y que alrededor de 91,5 millones de mujeres con más de 9 años viven con sus consecuencias asociadas a este tipo de práctica (6). La gran mayoría viven en África, donde más de 3 millones de mujeres al año corren el riesgo de ser mutiladas (7).



Tipología de la MGF

- I. Eliminación del prepucio del clitoris.
- II. Corte total o parcial del clitoris, a veces con corte de labios menores.
- III. Ablación del clitoris, labios menores y mayores, con sutura de los lados de la vulva.

MGF tipo I y II

MGF tipo III

Fuente: GIPE/PTP – Fundación Wassu-UAB; a partir de datos del Demographic & Health Survey 2008. KAPLAN, A.; MORENO, J. y PÉREZ JARAUTA, M. J. (coords.) (2010) Mutilación Genital Femenina. Manual para profesionales. Bellaterra, Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB.

Ilustración 4. Prevalencia de mutilación genital según su tipología (2).

En Europa, se estima que alrededor de medio millón de mujeres corren el riesgo de ser sometidas a la MGF (2). En España no hay datos a nivel nacional de las mujeres mutiladas que residen en nuestro país. Sin embargo, los datos existentes sobre la distribución territorial de la población femenina procedente de países donde se practica la MGF, sirve para prevenir y detectar posibles casos, ya sea de niñas nacidas en España, como de aquellas con riesgo de ser mutiladas durante un viaje a

su país de origen. Es importante considerar el lugar de procedencia, la etnia, la edad, incluso el nivel cultural (2) como variables que implican riesgo de mutilación.

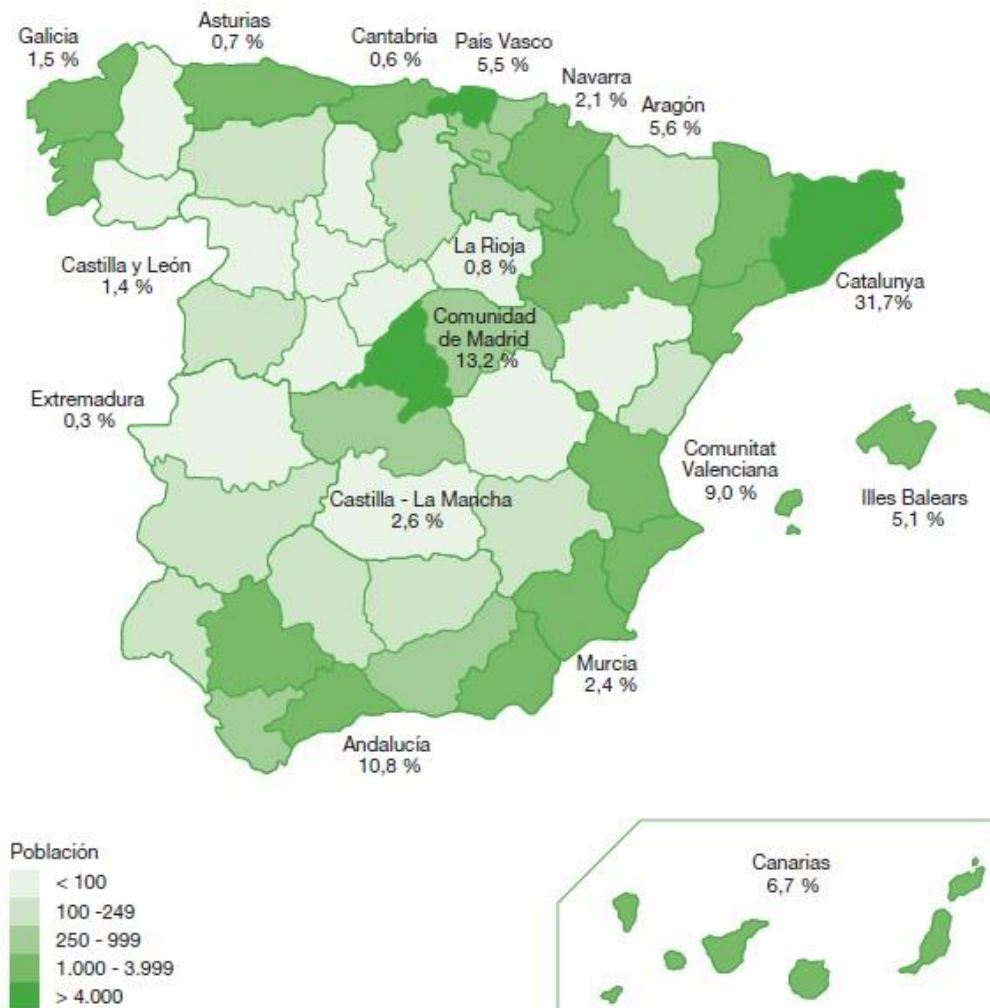


Ilustración 5. Mapa de la distribución femenina procedente de países donde se practica la MGF (20)

En el mapa mostrado, podemos ver cuál es el porcentaje de población femenina, procedente de países donde se practica la MGF, que residen en nuestro país.

Un hecho relevante es que la mayoría de las personas inmigrantes son varones, como es el caso en España, por lo que es un dato a tener en cuenta para el desarrollo de futuras intervenciones de prevención.

Se calcula que alrededor del 8 % de la población diana (población en riesgo de sufrir MGF), son niñas de 0 a 14 años, lo que constituye un total de 17.000 niñas en riesgo de ser mutiladas en España (2).

Contextualización de la MGF

Durante el ritual en el que se realiza la mutilación, dependiendo de la etnia y tradición, se cantan canciones mientras llevan en procesión a la niña, con un manto en la cabeza en señal de respeto, hasta el lugar de la mutilación. Este lugar suele ser a las afueras del pueblo, o dentro de una cabaña, encima de una esterilla, entre otros.

En el momento de la práctica se encuentran presentes la mujer que va a realizarla, que suele ser de edad adulta y muy respetada en la comunidad, y sus ayudantes. La madre se queda fuera en el caso de que la niña sea mutilada en su hogar, mientras reza o canta por su hija.

La edad a la que se les practica la mutilación suele estar comprendida entre el año y los 15, la tendencia es hacerlo cada vez a edades más tempranas para evitar recuerdos desagradables.

Para los miembros de las comunidades donde se practica, supone un ritual de transición entre la edad infantil y la edad adulta.

La práctica es realizada en algunas ocasiones con materiales rudimentarios, como cuchillas de afeitar compradas por las propias niñas. No se usa anestesia, ni ningún tipo de medicación, y las medidas de higiene son escasas. Además, no se usan medidas de asepsia, por lo que las infecciones y el resto de posibles complicaciones, son muy frecuentes (6).

Causas

A pesar de estas complicaciones, la práctica se sigue realizando. Suele justificarse manifestándose que protege a las niñas de experimentar demasiados deseos sexuales, lo que ayudaría a preservar su moralidad, castidad y fidelidad antes de llegar al matrimonio. Incluso puede asociarse a la higiene corporal y a la belleza (8).

Además de las citadas, existen otras causas, como son: la costumbre y la tradición, el control de la sexualidad, creencias falsas sobre reproducción, razones de higiene, razones estéticas, o motivos religiosos (5); aunque los textos sagrados no hablan de la práctica en ningún versículo (4).

UNICEF hace hincapié en el arraigado sentimiento de obligación social que poseen las personas de las comunidades donde se realiza esta práctica (2), por lo que constituye una de las principales causas a tratar en el desarrollo de intervenciones eficaces que erradiquen la MGF.

Código penal

A nivel mundial, la MGF está desaprobada por todos los países miembros de la ONU y por instituciones como la Organización Mundial de la Salud, pero no hay un marco legal común para todos los países.

En Europa, a partir de 1994, la MGF se considera como un trato inhumano y degradante que queda recogido en el Convenio Europeo de Derechos Humanos. En 2013, la Comisión Europea hizo un comunicado que recogía su compromiso real y político con medidas específicas para trabajar en la erradicación de la MGF.

A partir de 2014, la Unión Europea adoptó las Conclusiones sobre “Prevención y lucha frente a todas las formas de violencia contra la mujer y la niña, incluida la MGF”, un documento que propone emprender acciones multidisciplinarias efectivas contra todas las formas de violencia que atenten contra el sexo femenino (2). Pero a pesar de ello, sólo nueve países europeos poseen leyes específicas contra la MGF (Austria, Bélgica, Chipre, Dinamarca, Irlanda, Italia, Suecia, Reino Unido, y España).

En nuestro país, la MGF y cualquiera de sus variantes, está penada como delito de lesiones según el Código Penal actualmente vigente, en los artículos 149.2 (“el que causare a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones, será castigado con penas de prisión de 6 a 12 años. Si la víctima fuera menos o incapaz, sería retirada la custodia a los progenitores por un tiempo de 4 a 10 años, si así lo decidiera el juez”), y en el artículo 151 (“castiga la conspiración y la proposición de cometer delitos de lesiones”).

Estos artículos penales son aplicables tanto si la mutilación se realiza en nuestro territorio nacional, como si se realiza fuera.

Los profesionales de salud, tienen la obligación de poner en comunicación judicial cualquier caso de mutilación que se les presente. Y aunque no existen leyes que prevengan las medidas cautelares en caso de sospecha, se debe recurrir al protocolo de actuación ante una MGF (9), como puede ser el Protocolo común para la actuación sanitaria desarrollado por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

Medidas preventivas y de acción

La prevención de la MGF debe realizarse desde una perspectiva multidisciplinar, realizando labores de prevención desde el ámbito familiar, laboral, sanitario y educativo (10).

Se propone desde Atención Primaria, por su proximidad con las familias, se realice un abordaje longitudinal de la cuestión. Algunas de las propuestas son:

- Avanzar en programas formativos y de sensibilización sobre la MGF.
- Conocer las niñas en riesgo de la población asignada a cada centro de salud utilizando datos sobre el cupo poblacional y citando periódicamente.
- Transmitir el respeto por sus costumbres, pero desaprobando las dadas sus consecuencias físicas y psicológicas perjudiciales para la salud.
- Informar sobre la legislación vigente nacional (11)(12).

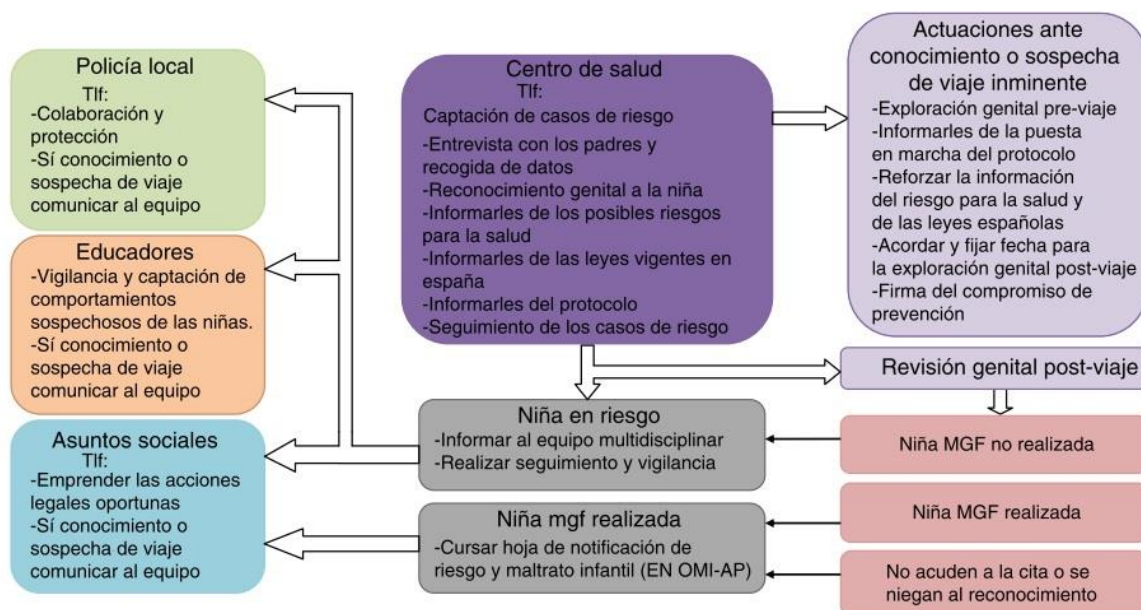


Ilustración 6. Algoritmo de actuación para la prevención de la MGF desde la AP (11).

El anterior algoritmo (Ilustración 6) pretende orientar de una manera clara y directa la actuación para la captación de casos de riesgo desde los Centros de Salud.

Desde enfermería, es importante realizar una labor de detección de estos casos, y en tal caso comunicarlo al equipo interdisciplinar para hacer un abordaje efectivo entre todos los profesionales implicados.

Desde el servicio de enfermería de los centros de salud, se accederá al patrón de cada región o municipio para conocer el número de mujeres y niñas que cumplen con los criterios elegidos para permanecer al grupo de mujeres o niñas en riesgo, como pueden ser: niña de 0 a 18 años, residente en la región o municipio estudiado, procedente de algún país centroafricano, o de oriente medio, donde se practique la MGF, que pertenezcan a una familia en la que alguna mujer haya sufrido la MGF, que tengan organizado un viaje a su país de origen, o una niña que informa de que su familia quiere realizarle la mutilación genital. Y posteriormente se les citará.

Cabe resaltar la importancia de no hablar el tema en la primera consulta que podamos tener con las mujeres o niñas, a no ser que sea un riesgo inminente, sino esperar a tener un clima de mayor confianza para ir introduciendo el tema. Y una vez hablándose, es importante evitar connotaciones que culpabilicen o muestren rechazo. Para esto, aprovecharemos diferentes consultas o programas de salud infantil, o de manera oportunista, consultas a demanda por temas relacionados. En

estas consultas se realizará actividad preventiva, informándoles de las consecuencias para la salud que conlleva la MGF, exploraciones genitales, y se informará sobre la legislación vigente (2)(10).

Coste

La MGF conlleva grandes pérdidas, no sólo de salud y de vida, sino también económicas.

En un estudio realizado en seis países africanos sobre el costo anual de las complicaciones obstétricas asociadas a la MGF reveló que la inversión sanitaria ascendía a los 3,7 millones de dólares.

También se calculó los años de vida perdidos a causa de hemorragias obstétricas en mujeres mutiladas. El resultado fue de 130.000 años, lo que supone un recorte de medio mes en la esperanza de vida de dichos países (13), un dato que nos ayuda ver las dimensiones de sus consecuencias.

Justificación

Pero en definitiva, no es este coste económico el principal problema de esta práctica. El problema principal radicaliza en las consecuencias sobre la salud asociados a ella, y la violación de derechos de los millones de mujeres y niñas que la sufren. Nos encontramos con un problema de salud justificado por causas muy interiorizadas para la población donde se practica, como son la cultura o sus creencias, por lo que es necesario una búsqueda de los datos disponibles sobre el tema para poder conocer bien cuáles son sus fundamentos, qué conocemos sobre ello, y cómo podemos erradicar, o al menos disminuir, el número de casos que se producen. Es, por tanto, una obligación para los profesionales de la salud, como promotores de salud, abordar el tema desde el conocimiento y el respeto. Para ello, es necesaria la realización de trabajos y proyectos que recojan el conocimiento actual para que este sirva de ayuda en la ampliación de conocimientos y en la sugerencia de posibles formas de actuación ante la MGF.

La mutilación genital femenina (MGF) o ablación, por tanto, es un problema de salud reconocido internacionalmente por instituciones como la Organización Mundial de la Salud, que va en aumento en Europa a causa de los movimientos migratorios.

Se trata de una práctica que viola los derechos humanos de las mujeres y niñas que son sometidas; y es llevada a cabo por causas culturales, de abstinencia sexual, o de belleza, entre otras.

La falta de conocimientos por parte de los profesionales de la salud sobre esta práctica y todo lo que le rodea, hace que se perpetúe en el tiempo. Además, dificultan una prevención eficaz y un abordaje adecuado.

Esta revisión bibliográfica ha sido realizada con el fin de saber cuánto se conoce sobre la MGF, principalmente sus problemas de salud asociados, y cuánto conocen los profesionales de la salud acerca de ella.

Objetivos

El objetivo principal de la realización de este trabajo es conocer la diferente información recogida en las diferentes bases de datos, revistas, protocolos, etc. sobre la Mutilación Genital Femenina, principalmente sus problemas de salud asociados. Y también el conocimiento que poseen los profesionales de salud sobre el tema, evaluando la posibilidad de erradicar o reducir el número de niñas y mujeres que son mutiladas por causas no médicas, y así evitar una serie de consecuencias físicas y psicológicas perjudiciales para su salud.

Metodología

Se trata de una revisión bibliográfica de los diferentes documentos existentes, creados en los últimos años sobre la MGF, sus consecuencias, por qué sigue produciéndose y cómo podemos evitarlo.

Los criterios de inclusión han sido los siguientes: todos aquellos documentos que ofrezcan información contrastada sobre el tema realizados entre 2005 y 2016, para usar información actualizada; en los idiomas: español, inglés, y francés.

El resto de los resultados fueron excluidos por no interesar tras leer el título, por ser en otro idioma diferente del español, inglés o francés, o por ser anteriores al año 2005.

Las bases de datos seleccionadas han sido: Cuiden Plus, Enfispo, Cuidatge, LILACS, CSIC, TESEO, PubMed, y Cochrane Plus. Además, se han buscado revistas o documentos fiables y contrastados en los que recabar información, páginas de organizaciones gubernamentales o protocolos desarrollados por profesionales expertos. En todas ellas se ha procurado encontrar documentos en los que se expliquen esta tradición y todo lo que le rodea. También, se han visualizado videos y documentales que abordan el tema, aportando información gráfica y visual.

La cadena de búsqueda ha sido modificada según la base de datos para encontrar aquellos artículos que entren en los criterios de búsqueda y que sean de utilidad.

Se ha utilizado el programa de edición de texto Microsoft Word 2013 para la redacción de este trabajo. Para la gestión de la bibliografía se ha utilizado el programa Mendeley Desktop.

BASE DE DATOS	CADENA DE BÚSQUEDA	DOCUMENTOS ENCONTRADOS
CUIDEN	(Female genital mutilation OR circundation OR ablation OR infibulación OR ablación OR mutilación genital femenina OR genital cutting) AND (parto OR embarazo OR obstetricia OR pregnancy) AND (problemas OR problems OR consecuencias OR consequences OR sexual dysfunction)	1
	(Female genital mutilation OR circundation OR ablation OR infibulación OR ablación OR mutilación genital femenina) AND (problemas OR problems OR complications OR complicaciones OR	8

	consecuencias)	
ENFISPO	(Mutilación genital femenina)	12
Cuidatge	(Mutilación genital femenina)	0
LILACS	(Female genital mutilation OR circundation OR ablation OR infibulación OR ablación OR mutilación genital femenina OR genital cutting) AND (obstetricia OR pregnancy OR sexual)	1
	(Female genital mutilation AND (problemas OR problems OR complications OR complicaciones))	5
	(Mutilación genital femenina)	11
CSIC	(Female genital mutilation OR circundation OR ablation OR infibulación OR ablación OR mutilación genital femenina) AND (problemas OR problems OR complications OR complicaciones OR consecuencias)	0
TESEO	(Mutilación genital femenina)	2
SciELO	(Female genital mutilation OR circundation OR ablation OR infibulación OR ablación OR mutilación genital femenina) AND (problemas OR problems OR complications OR complicaciones OR consecuencias)	11

	consecuencias)	
Google Académico	(Circumcision OR circundation OR Female genital mutilation OR genital cutting) AND (hemorrhage OR problems OR complications) AND (pregnancy OR sexual dysfunction OR coitus OR delivery) AND (women OR woman OR female) NOT (medication OR drug OR medicine) NOT (illness OR disease).	22.600
	(Mutilación genital femenina AND prevención)	2.890
	(Mutilación genital femenina AND conocimientos profesionales)	4.560
PubMed	(Circumcision OR circundation OR Female genital mutilation OR genital cutting) AND (hemorrhage OR problems OR complications) AND (pregnancy OR sexual dysfunction OR coitus OR delivery) AND (women OR woman OR female) NOT (medication OR drug OR medicine) NOT (illness OR disease) Filtros: - Free full text - Humans - Female - English, French, Spanish	38

Resultados

Se encontraron un total de 30.128 resultados, de los cuales fueron seleccionados 22 por entrar dentro de los criterios de inclusión y ser de interés para la elaboración de esta revisión.

La búsqueda bibliográfica abarcó varios meses, concretamente desde el mes de diciembre de 2015 al el mes de abril de 2016.

Tabla 1. Cadenas de búsqueda y resultados

BASE DE DATOS	DOCUMENTOS SELECCIONADOS
CUIDEN	1. Mutilación Genital Femenina. ¿Estamos preparados los Profesionales de Enfermería? 2. Estrategias para el abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde la Enfermería: Una revisión videográfica 3. Estrategias orientadas al abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde enfermería: Revisión videográfica 4. Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la mutilación genital femenina 5. Vivencias de un grupo de mujeres de Yibuti con la Mutilación Genital Femenina 6. Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural. Una revisión bibliográfica 7. Una visión global de la mutilación genital femenina 8. Mutilación genital femenina: Conocimientos y actitudes de los profesionales de enfermería en la Región de Murcia 9. Una visión global de la mutilación genital femenina

ENFISPO	1. Estrategias para el abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde la Enfermería: una revisión videográfica 2. Conocimientos, actitudes y experiencias profesionales de las matronas de atención primaria de salud de Sevilla sobre mutilación genital femenina 3. Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la mutilación genital femenina 4. Una visión global de la mutilación genital femenina = A global vision about female genital mutilation 5. Mutilación genital femenina: una aproximación bibliográfica 6. Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria
Cuidatge	0
LILACS	1. Mutilación genital femenina y sus complicaciones a largo plazo 2. Algoritmo de actuación en la prevención de la mutilación genital femenina. Estudio de casos desde atención primaria
CSIC	0
TESEO	0
SciELO	1. Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries 2. Conocimiento del personal de salud sobre la mutilación genital femenina

Google Académico	1. Care of women with female genital mutilation / cutting 2. Algoritmo de actuación en la prevención de la mutilación genital femenina. Estudio de casos desde atención primaria 3. Educación Sanitaria sobre mutilación genital femenina para profesionales de la salud
PubMed	1. Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis

En los documentos seleccionados, se ha podido encontrar información de utilidad sobre la MGF. A través de ellos, se ha podido conocer las numerosas complicaciones asociadas a la práctica, justificando así el principal problema de su realización.

Complicaciones asociadas

En esta práctica, al realizarse sin conocimientos de cirugía, sin asepsia, y sin anestesia, las complicaciones son frecuentes.

Pueden ser inmediatas, como:

Dolor intenso: consecuencia de las heridas provocadas por la mutilación, la ansiedad, y el shock. Pueden presentarse llagas abiertas en la región genital.

Hemorragias: debido a la gran vascularización de la zona, es muy frecuente la pérdida de grandes cantidades de sangre, lo que puede acabar en shock hemorrágico, o incluso en la muerte.

Infecciones: al no usar medidas de asepsia, y al utilizar a veces el mismo material cortante para realizar otras mutilaciones, las infecciones son frecuentes, incluso por VIH. También son ocasionadas por la retención de orina cuando se daña la uretra en el proceso.

A medio plazo, las consecuencias pueden ser: anemias severas unidas a problemas de malnutrición, dificultades para orinar, abscesos, úlceras, y cicatrices (2).

Y por último, las complicaciones a largo plazo, pueden ser:

Genitourinarias: como infecciones de orina repetidas, insuficiencia renal, dismenorrea, retención de flujos, inflamación pélvica, etc.

Reproductivas: como infertilidad.

Cicatrizaciones anómalas: quistes, queloides, neuromas, o quistes dermoides.

Obstétricas: problemas en el parto como hemorragias posparto, sufrimiento fetal, mayor probabilidad de cesárea, mayor incidencia de mortalidad posparto, aumento de las probabilidades de episiotomía, desgarros, fistulas, aumento de mortalidad perinatal y materna.

Sexuales, como dolor en durante el coito (dispareunia), anorgasmia, disminución del deseo sexual, imposibilidad de penetración vaginal, o vaginismo (4).

Psicológicas: como trastornos de los hábitos de la alimentación y del sueño, en el humor y en la cognición, síntomas típicos del estrés postraumático (5), sentimientos de mutilación, fobias, vergüenza, ansiedad, depresión o pérdida de autoestima (4).

A todo esto hay que sumar que prácticamente todas las mujeres mutiladas, que recuerdan el día de la mutilación, lo recuerdan como muy traumatizante. Alrededor del 90 % de ellas describen sentimientos de miedo, impotencia, horror, y un dolor intenso (14).

En un estudio sobre los motivos de consulta de mujeres mutiladas en un hospital de Mali, los motivos más frecuentes fueron el deseo de embarazo (25,4 %), el dolor pelviano (25 %), y la atención prenatal (11,1 %). Y entre las complicaciones más frecuentes, se encuentra la dispareunia profunda (33,3 %) y superficial (31,3 %) (15).

Y por supuesto, dado que la mutilación genital está estrechamente relacionada con el parto, y las probabilidades de complicaciones obstétricas son más elevadas para las mujeres mutiladas (2), en la atención del mismo de mujeres con mutilaciones genitales de tipo I y II, es importante evaluar la elasticidad del tejido cicatricial para evitar desgarros, y se le realizaría episiotomía si hiciera falta.

Complicaciones en el momento del parto

La tasa de mortalidad fetal intraparto/mortalidad neonatal es también mucho mayor

- Un 15% superior en los casos de MGF I
- 32% en caso de MGF II, y
- 55% en caso de MGF III.
- Se estima que en el continente africano la práctica ocasiona entre 10 y 20 muertes adicionales de bebés por cada 1000 partos

MGF Tipo III respecto a otros tipos

- Mayor necesidad de cesárea, 30% más
- Más hemorragias postparto, 70% más
- Más reanimación en los niños 66%
- Alta probabilidad de hospitalización prolongada
- Aumento del número de episiotomías, especialmente en las mutilaciones de tipo III
- Mayor mortalidad maternal

Ilustración 7. Tabla recogida en el Protocolo común de actuación ante la MGF (2)

En el caso de mutilaciones genitales tipo III (infibulación), se realizará la desinfibulación durante el embarazo o en el momento del parto, junto a episiotomía si fuera necesario (5). Bajo ningún concepto se le realizará la reinfibulación después del parto (2), por lo que necesitaremos de la autorización o el consentimiento informado.

La técnica de desinfibulación durante el embarazo, sería la siguiente:

- Realizar un lavado antiséptico evitando los antisépticos yodados perjudiciales en el embarazo.
- Realizar una exploración, introduciendo un dedo, para valorar la cicatriz de la infibulación (Figura 1).
- Infiltrar pequeñas dosis de anestesia local con aguja fina a 45º a ambos lados de la cicatriz.
- Posteriormente, infiltrar anestesia en el tejido grueso a ambos lados de la cicatriz, en sentido longitudinal con una aguja intramuscular a 45º (Figura 2).

- Por último, introducir un dedo en el orificio vaginal que se quedara sin infibular, y cortar a lo largo de la cicatriz hasta que el orificio uretral sea visible (Figura 3)

En el caso de hacerse durante el parto, se aprovechará la anestesia epidural, y si no, se recurrirá a la técnica detallada anteriormente (2).

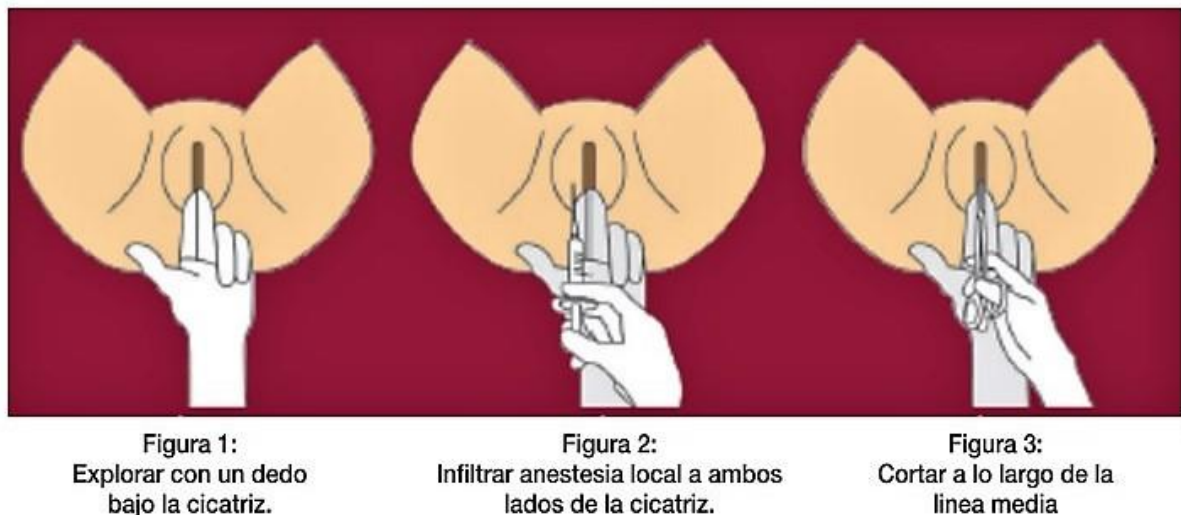


Ilustración 8. Técnica de la desinfibulación (2)

En cuanto a los conocimientos que poseen los profesionales de la salud, según varios artículos encontrados, se ha demostrado que los profesionales de salud han manifestado tener conocimientos deficientes sobre este asunto.

Los profesionales sanitarios, después de recibir formación sobre la MGF o de haberse informado sobre el tema, deberían conocer los países donde se realiza la MGF, los distintos tipos, el significado cultural que posee, las consecuencias para la salud, la legislación vigente, la técnica de desinfibulación y los distintos procesos de comunicación en diferentes culturas. Hay que tener en cuenta que cuando se aborda un tema tan sensible como la MGF, no solo se trata de una cuestión jurídica y clínica, sino también de una cuestión ética y cultural (16).

En un estudio sobre los conocimientos de ginecólogos, matronas y pediatras sobre la MGF en Valencia en el año 2013, se entregó un cuestionario a 110 sujetos para que respondieran sobre algunas cuestiones respecto a la MGF (17).

En una primera pregunta, el 94,5 % dijo conocer en qué consistía la MGF frente al 5,5 % que contestó no saberlo. En una segunda sobre si habían recibido formación

respecto al tema: el 71,81 % no la habían recibido. En otra pregunta, el 80 % no reconoció los cuatro tipos de mutilación, y en otra, el 48,2 % de los encuestados, no conocían las posibles consecuencias asociadas a la práctica. También se les preguntó si sabían que la MGF era un delito en España, y el 75,45 % contestó que sí. Aunque en esta última pregunta, se intuye por la formulación de la pregunta, que la MGF debe ser un delito penado en nuestra legislación, por lo que este último resultado no aporta datos significativos.

Por último, 26,36 % de los encuestados habían atendido casos de MGF, y fue el 90 % del total, quienes manifestaron que era necesario ampliar su formación sobre el tema (17).

En otro estudio realizado en 2014 en el que se utilizó un cuestionario para que fuera contestado por las matronas de atención primaria de la provincia de Sevilla, se demostró que los conocimientos sobre la MGF eran escasos por parte de los profesionales de salud (18).

El cuestionario fue contestado por 68 matronas. El 100 % dijo conocer qué es la mutilación genital femenina, pero solo el 41,18 % supo definirla correctamente y conocer los diferentes tipos de mutilación. Además, sólo el 4,41 % definen correctamente las causas que perpetúan esta práctica.

A esto, se le suma que el 98,48 % afirma no conocer ningún protocolo de actuación frente a la MGF, y que al 92,30 % de los sujetos que no han recibido formación previa (36 de 68), les gustaría recibirla (18).

En otro estudio realizado en 2008 en Costa Rica para ver cuáles eran los conocimientos de los profesionales de la salud sobre la MGF (19), el 63 % de los encuestados ignoraba que la MGF podía producir complicaciones obstétricas. El 97 % dijo no conocer la técnica de desinfibulación. Por el contrario, el 81 % de los encuestados sí conocían el continente donde se practicaba con mayor frecuencia, África; y sólo el 16 % desconocía cualquier tipo de mutilación.

Discusión

Una vez realizada una búsqueda bibliográfica sobre la MGF y todo lo que le rodea, hemos podido comprobar que cada vez hay más información referente al tema. En la mayoría de documentos, las consecuencias de esta práctica, que resultan ser problemas de salud a tratar, han sido reflejadas en general, y ha sido en menos documentos donde se detallaban más extendidamente.

Este aumento de información se ha traducido en un mayor interés por la MGF, lo que ha llevado a la creación de nuevos protocolos, guías de actuación y algoritmos de los que tener una referencia para un abordaje adecuado (2)(10).

También se ha avanzado en materia de prevención, pero aún falta mucho para llegar a un mayor número de personas y a otros tipos de colectivos; muy necesario dada la implicación interdisciplinar en las intervenciones de captación de casos, por ejemplo (10).

Los profesionales de la salud, principales implicados en la erradicación de esta práctica, necesitan aumentar su formación sobre ella. Porque aunque la mayoría tenga nociones básicas, no conocen datos fundamentales para que las mujeres o niñas mutiladas reciban unos cuidados de calidad, sobre todo desde el punto de vista cultural; ya que aunque el objetivo de erradicar la MGF sea conseguir el bienestar de las mujeres y niñas, a veces, supone un problema para ella en relación con su familia y su entorno de origen (17)(18)(19).

La globalización hacia la que avanza la civilización, y el aumento de movimientos migratorios y mezclas de culturas, hace pensar que cada vez, los profesionales de salud, recibirán un mayor número de casos al que debemos atender y frente a los que deberemos estar cualificados para abordar. Y desde ese punto, se debe hacer una correcta prevención y dar la información necesaria de los riesgos que conlleva, para ir disminuyendo el número de mujeres y niñas a las que se les viola sus derechos como personas con capacidad de decidir sobre lo que es bueno para ellas, o no.

En España, los datos sobre las mujeres que han sido sometidas a la MGF durante su estancia en el país no existen. De momento, sólo se puede conocer las mujeres y niñas que están en riesgo de ser sometidas a esta práctica, por lo que sería

necesario registrar el número de casos que se dan de aquí en adelante y realizar nuevos estudios epidemiológicos para tener cifras concretas del número de mujeres a las que se mutila en nuestro país, ya sea dentro del mismo, o durante viajes al extranjero (2)(20).

Conclusiones

- En la mayoría de los documentos seleccionados, se ha encontrado información referente a las principales complicaciones que conlleva la realización de esta práctica.
- En algunos casos, la información ha sido completa y detallada; en cambio, en otros, se ha encontrado un resumen de esas mismas complicaciones.
- En los documentos encontrados en relación con los conocimientos que poseen los profesionales de salud respecto a la MGF, en todos, se ha encontrado que estos profesionales no poseen los conocimientos suficientes.
- La mayoría de ellos sabe definir en qué consiste la MGF, y algunos de ellos pueden definir algunos de los tipos de mutilación, pero a penas ninguno conoce detalladamente la información referente a esta práctica.

Anexos

MODELO DE COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

Desde el Centro de Salud:

Se certifica que, hasta este momento, en los exámenes de salud realizados a la niña cuyos datos se consignan a continuación, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales.

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO de la niña	PAÍS AL QUE VIAJA

Por ello se informa a los familiares/ responsables de la niña sobre las siguientes circunstancias:

- Los riesgos socio- sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación genital, y el reconocimiento a nivel internacional que tiene esta práctica como violación de los Derechos Humanos de las niñas.

- El marco legal de la mutilación genital femenina en España, donde esta intervención es considerada un **delito de lesiones** en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque haya sido realizada fuera del territorio nacional (por ejemplo en Gambia, Malí, Senegal, etc.), en los términos previstos en la Ley Orgánica del Poder Judicial, modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo.

- La práctica de la mutilación genital se castiga con pena de prisión de 6 a 12 años para los padres, tutores o guardadores; y con pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento de 4 a 10 años (es decir, los padres no podrían ejercer la patria potestad ni tener consigo a su hija, por lo que la entidad pública de protección de menores correspondiente podría asumir su tutela, pudiendo la niña ser acogida por una familia o ingresar en un centro de Protección de Menores).

- El compromiso de que, al regreso del viaje, la niña acuda a consulta pediátrica/médica de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil.

- La importancia de adoptar todas las medidas preventivas relativas al viaje que le han sido recomendadas por los profesionales de la salud desde los Servicios Sanitarios.

Por todo ello:

- DECLARO haber sido informado, por el profesional sanitario responsable de la salud de la/s niña/s sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.

- CONSIDERO haber entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.

- ME COMPROMETO a cuidar la salud de la/s menor/es de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje.

Y para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del
que me quedo una copia.

En, a de de 20.....

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña

Firma: Pediatra/ Médico

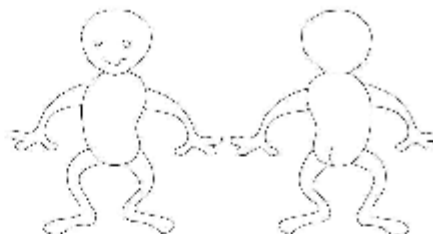
**HOJAS DE NOTIFICACIÓN
DE
RIESGO Y MALTRATO INFANTIL
DESDE EL
ÁMBITO SANITARIO**



**LOGOTIPO
COMUNIDAD
AUTONOMA**

MALTRATO FÍSICO

L	M	G		1
Magulladuras o moretones				
L	M	G	2	
Quemaduras				
L	M	G	3	
Fracturas óseas				
L	M	G	4	
Heridas				
L	M	G	5	
Lesiones viscerales				
L	M	G	6	
Moretones humanos				
L	M	G	7	
Intimidación física				
L	M	G	8	
Síndrome del niño zarandeado				



Señale la localización de los síntomas

NEGLIGENCIA

L	M	G	9	
Falta de higiene				
L	M	G	10	
Falta de supervisión				
L	M	G		
Cansancio o apatía permanente				
L	M	G	11	
Problemas físicos o necesidades médicas				
L	M	G	12	
Explotado, se le hace trabajar en exceso				
L	M	G		
No va a la escuela				
L	M	G		

Ha sido abandonado

MALTRATO EMOCIONAL

L	M	G	13	
Maltrato emocional				
L	M	G	14	
Retraso físico, emocional y/o intelectual				
L	M	G		
Intento de suicidio				
L	M	G	15	

Cuidados excesivos / Sobreprotección

ABUSO SEXUAL

SI				
Sin contacto físico				
SI			16	
Con contacto físico y sin penetración				
SI				
Con contacto físico y con penetración				
SI				
Dificultad para andar y sentarse				
SI				
Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada				
SI				
Dolor o picor en la zona genital				
SI				
Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal				
SI				
Cerviz o vulva hinchados o rojos				
SI				
Explotación sexual				
SI				
Semen en la boca, genitales o ropa			17	
SI				
Enfermedad venérea			18	
SI				
Apertura anal patológica				
Configuración del himen ¹⁹				

Otros síntomas o comentarios:

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)

Identificación del niño		Caso Fatal (fallecimiento del niño) ☒	
Apellidos		Nombre	
Domicilio		Localidad	
Sexo	☒ M ☐ F	Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año)	
Acompañante	Padre ☐ Madre ☐ Tutor ☐ Policía ☐ Vecino ☐ Otro (especificar)		
Identificación del notificador		Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año)	
Centro:		Servicio / Consulta:	
Nombre:		Área sanitaria	
Profesional	☒ Médico ☐ Enfermera ☐ Trabajador Social ☐ Matrona ☐ Psicólogo	N.º Colegiado	

ANEXO

Sospecha: No existen datos objetivos, sólo la sospecha, que se deduce de su historia clínica no creíble o contradictoria, o de la excesiva demora en la consulta.

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento,

M (Moderado): necesita apoyo / ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos,....

G (Grave): requiere intervención urgente de los servicios sociales.

- ¹ Magulladuras o moratones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido inflingidos, en varias áreas diferentes, indicando que el niño ha sido golpeado desde distintas direcciones.
- ² Quemaduras de puros o cigarrillos. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de muñeco en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).
- ³ Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un niño menor de 2 años.
- ⁴ Heridas o raspaduras en la boca, labios, encías u ojos. En los genitales externos, en la parte posterior de los brazos, piernas o torso.
- ⁵ Lesiones viscerales (abdominales, torácicas y/o cerebrales). Hinchazón del abdomen. Dolor localizado. Vómitos constantes. Son sugestivos los hematomas duodenales y las hemorragias pancreáticas, o alteraciones del sensorio sin causa aparente.
- ⁶ Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de un adulto (más de 3 cms de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.
- ⁷ Intoxicación forzada del niño por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos
- ⁸ Hemorragias retinianas e intracraneales, sin fracturas.
- ⁹ Constantemente sucio. Escasa higiene. Hambriento o sediento. Inapropiadamente vestido para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras).
- ¹⁰ Constante falta de supervisión, especialmente cuando el niño está realizando acciones peligrosas o durante largos periodos de tiempo.
- ¹¹ Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del calendario de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado.
- ¹² Incluye a niños que acompañan a adultos que «piden», vendedores en semáforos y a todos aquellos sin escolarizar debiendo estarlo.
- ¹³ Situaciones en las que el adulto responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del niño. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidos amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor al adulto.
- ¹⁴ Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.
- ¹⁵ Sobreprotección que priva al niño del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (adultos, niños, juego, actividades escolares).
- ¹⁶ Incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clítoris, que habrá de especificarse en el apartado «Otros síntomas o comentarios».
- ¹⁷ Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonococia y sífilis no neonatal. Son sospechosos de abusos sexual: Chlamidia, condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.
- ¹⁸ Incluye fisuras anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual. desgarras de la mucosa anal, cambios de la coloración o dilatación excesiva (> 15 mm, explorado el ano decúbito lateral, especialmente con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual.
- ¹⁹ Normal, imperforado,

La información aquí contenida es confidencial. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención.

La información aquí contenida se tratará informáticamente con las garantías que establece la Ley:

- L.O. 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de carácter personal.
- Directiva 95/46 CE del Parlamento Europeo y del Consejo de 24 de octubre de 1995, Relativa a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos.
- Real Decreto 994/1999, de 11 de junio por el que se aprueba el reglamento de medidas de seguridad de los ficheros automatizados que contengan datos de carácter personal.
- Leyes correspondientes de las Comunidades Autónomas de regulación del uso de informática en el tratamiento de datos personales.

Instrucciones de uso de la Hoja de Notificación

Este instrumento es un cuestionario para la notificación y recogida de información sobre casos de maltrato infantil y abandono. Este cuestionario no es un instrumento diagnóstico sino una hoja estandarizada de notificación de los casos de maltrato evidente o de sospecha de maltrato que puedan aparecer en nuestras consultas.

Para utilizar el cuestionario se debe tachar con una «X» todos los síntomas de los que se tenga evidencia o de los que se sospeche su presencia, rellenar la ficha de identificación y enviar el cuestionario por correo.

El cuestionario consta de un inventario de síntomas, una figura, un dibujo anatómico, un recuadro para comentarios, una leyenda explicativa de los síntomas y un apartado de identificación del caso.

El inventario de síntomas se desglosa por apartados de tipologías. Estos son: síntomas de

- ☐ Sospecha de maltrato físico, síntomas de negligencia en el trato del menor, síntomas de maltrato emocional y
- ☐ Síntomas de abuso sexual. Es importante resaltar que los síntomas no son exclusivos entre sí.

Con frecuencia será necesario utilizar uno o varios indicadores de los distintos apartados de síntomas para perfilar el caso.

El primer apartado a rellenar se encuentra en la esquina superior derecha. En este recuadro se debe tachar si se trata de un caso evidente de maltrato o si sólo existe la sospecha de que existe maltrato. En las leyendas se encuentra una definición de lo que es la sospecha.

El inventario de síntomas sirve de guía para recordar los síntomas más frecuentes de maltrato. Es posible elegir varios indicadores de todos y cada uno de los apartados. Los indicadores no son exclusivos entre sí.

En los tres primeros apartados (maltrato físico, negligencia y maltrato emocional), se puede elegir el grado de gravedad del síntoma. La gravedad se indica tachando la «L» si es leve, la «M» si es moderado y la «G» si es grave. Si sólo existe la sospecha, deben indicarse los síntomas pertinentes como leves.

En el apartado de maltrato sexual se deben tachar aquellos indicadores de los que se tenga evidencia o sospecha de su presencia. Será frecuente que los indicadores de maltrato sexual aparezcan asociados a los síntomas de maltrato emocional. Cuando sea pertinente, se deberá rellenar la configuración del himen y/o el tamaño de la hendidura himenal en milímetros.

Algunos de los síntomas poseen una nota aclarativa, la cual se indica mediante un número. La aclaración se encuentra situada en la parte posterior del cuestionario. Es recomendable leer estas notas cuando el indicador no resulte evidente, hasta familiarizarnos con los indicadores.

Si existieran otros síntomas no contemplados en el listado, se deberá hacer uso del apartado de comentarios y reflejarlos allí.

El dibujo anatómico debe ser utilizado para indicar la localización de los síntomas. Bastará con sombrear sobre la figura la zona en la que se aprecia el síntoma. Si existieran varios síntomas que se desea localizar y su ubicación sobre el dibujo no fuera suficientemente evidente por el contexto del indicador, se puede indicar con una flecha el indicador al que se refiere el sombreado.



Existe un recuadro en el que se pueden escribir otros síntomas que no aparezcan reflejados en el cuestionario original. También es posible reflejar aquí comentarios que puedan ser pertinentes para la aclaración del caso o sospechas (por ejemplo de tipo biográfico, referentes a la credibilidad de la historia narrada por el sujeto o debidas a la reiteración de síntomas y vis-

tas) que lleven al profesional a comunicar el caso.

En el apartado de identificación del caso se recogen los datos que permitirán localizar y describir al su-jeto en la base de datos acumulativa. Es imprescindible recoger las iniciales del paciente, su sexo y su fecha de nacimiento (si se conoce).

Si la notificación se deriva de la defunción del sujeto, deberá tacharse la casilla correspondiente.

Debe consignarse la fecha de la notificación ya que pueden realizarse diversas notificaciones de un mismo caso en el mismo centro o en centros diferentes.

Por último, existe un área dedicada a la identificación de la persona que realiza la notificación. La información recogida en este apartado no se consigna en la base de datos

del registro acumulativo de casos y se utiliza exclusivamente para asegurar la veracidad de la información contenida en la notificación. Por ello, es imprescindible rellenar este apartado para que la notificación surta efecto.

Cada hoja de notificación consta de tres copias en papel autocopiativo. Una copia deberá permanecer en la historia clínica para el seguimiento del caso si fuera necesario, otra copia se enviará por correo al servicio de proceso de datos y una tercera copia se entregará al profesional de los servicios sociales.

IMPORTANTE: Cada notificación debe realizarse en un cuestionario nuevo, incluso cuando se refiera al mismo caso en fechas posteriores a la primera detección.

La eficacia de esta Hoja de Notificación depende en gran medida de la calidad de las notificaciones y del esmero con que sea utilizada. La cumplimentación descuidada puede invalidar la notificación del caso.

Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse al teléfono de Información Administrativa 012.

Bibliografía

1. OMS | Mutilación genital femenina. WHO. World Health Organization; 2015;
2. Ministerio de Sanidad SS e I. Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF) [Internet]. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [citado 29 de marzo de 2016]. Recuperado a partir de: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf
3. Abdulcadir J, Margairaz C, Boulvain M, Irion O. Care of women with female genital mutilation / cutting. 2011;(January):1-8. Recuperado a partir de: <http://www.smw.ch/content/smw-2011-13137/>
4. Sánchez AG. Mutilación Genital Femenina. ¿Estamos preparados los Profesionales de Enfermería? 2015; Recuperado a partir de: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/130/125>
5. Casajoana Guerrero M, Caravaca Nieto E, Martínez Madrigal MI. Una visión global de la mutilación genital femenina. Matronas profesión [Internet]. 2012;13(3):76-82. Recuperado a partir de: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4247475&orden=398681&info=link\nhttp://dialnet.unirioja.es/servlet/extart?codigo=4247475>
6. Pastor Bravo MM, Almansa Martínez P, Ballesteros Meseguer C, Pastor Rodríguez JD. Contextualización de la mutilación genital femenina desde enfermería: Análisis videográfico. Enfermería Glob [Internet]. Universidad de Murcia; enero de 2012 [citado 27 de noviembre de 2015];11(25):426-39. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100024&lng=es&nrm=iso&tlng=es
7. Balogun OO, Hirayama F, Wariki WMV, Koyanagi A MR. Interventions for improving outcomes for pregnant women who have experienced genital cutting [Internet]. 2013 [citado 2 de diciembre de 2015]. p. 13. Recuperado a partir de: <http://www.bibliotecacochrane.com/control.php?URL=/PDF/CD009872.pdf>
8. Luján Risco Y, Betancourt Álvarez PR. Mutilación genital femenina y sus

- complicaciones a largo plazo. Humanidades Médicas [Internet]. 2001, Cendecsa; [citado 24 de febrero de 2016];14(3):602-14. Recuperado a partir de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202014000300003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
9. MA. Gallego ML. Mutilación genital femenina . Revisión y aspectos de interés médico legal Female genital mutilation . Review and aspects of medico-legal interests. 2010;16(3):145-51. Recuperado a partir de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-76062010000200002
 10. Alcón C, Jiménez I, Pastor M, Martínez A. Algoritmo de actuación en la prevención de la mutilación genital femenina . Estudio de casos desde atención primaria. 2016;48(3):200-5. Recuperado a partir de: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0212656715003352>
 11. Kaplan A, Torán P, Helena M, Muriel B, Bermúdez K. Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. 2006;38(2). Recuperado a partir de: http://www.mgf.uab.es/eng/scientific_publications/MGF_Atencion_Primaria.pdf
 12. José García Añón, Antoni Llabrés Fuster, Victor Merino Sancho, Ruth Mestre Mestre ÀGS. Mutilación Genital Femenina: Conclusiones y propuestas sobre la aplicación del Derecho y desarrollo de buenas prácticas en su prevención. [Internet]. 2008 [citado 2 de diciembre de 2015]. Recuperado a partir de: <http://www.uv.es/CEFD/17/conclusiones.pdf>
 13. Adam T, Bathija H, Bishai D, Bonnenfant Y, Darwish M. Estimating the obstetric costs of female genital mutilation in six African countries. 2010;(September 2009):281-8. Recuperado a partir de: <http://www.who.int/bulletin/volumes/88/4/09-064808/en/>
 14. Behrendt A, Moritz S, Ph D. Posttraumatic Stress Disorder and Memory Problems After Female Genital Mutilation. 2005;(May):1000-2. Recuperado a partir de: <http://ajp.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ajp.162.5.1000>
 15. Vanegas Estrada RO, Fatou A, Valdez Álvarez O. Mutilación sexual femenina, características de esta práctica: Features of this practice. Rev Cuba Obstet y

- Ginecol [Internet]. 2000, Editorial Ciencias Médicas; 2009 [citado 2 de diciembre de 2015];35(3). Recuperado a partir de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-600X2009000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
16. Encarnación Martínez García MCOP, María Dolores Pozo Cano, María Dolores Hernández Benitez, Requena CAP y RO. Educación sanitaria sobre MGF para profesionales de la salud. 2010; Recuperado a partir de: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4049701>
 17. Valencia C, Herrera CEUC. Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la mutilación genital femenina. 2013;16(7):18-22. Recuperado a partir de: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metast/articulo/80488/>
 18. 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 - Sumarios - FAME - Federación de Asociaciones de Matronas de España. Matronas profesión [Internet]. 2014;15(2):56-61. Recuperado a partir de: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/17166/173/conocimientos-actitudes-y-experiencias-profesionales-de-las-matronas-de-atencion-primaria-de-salud-de-sevilla-sobre-muti>
 19. Cambrón-Aguilar I, Campos-Cortés C, Chavarría-Bolaños R, Chavarría-Ulate D, Gamboa-Ramón K, Loria-Chavarría G, et al. Comunicación Breve. Conocimiento del personal de salud sobre la mutilación genital femenina (Knowledge of health personnel about female genital mutilation). AMC. 2008;50(4).
 20. Kaplar. A LA. Mapa de la mutilación genital femenina en España 2012 [Internet]. 2012. Recuperado a partir de: http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/MapaMGF2012.pdf