



**TRABAJO DE FIN DE GRADO DE ENFERMERÍA**  
**LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA: UNA PERSPECTIVA GLOBAL Y**  
**MEDIDAS DE ACTUACIÓN DESDE LA ENFERMERÍA**

**“FEMALE GENITAL MUTILATION: A GLOBAL PERSPECTIVE AND ACTION  
MEASURES FROM NURSING”**



*Lorente Acosta M. Mutilación Genital Femenina [Internet]. 2015 [consultado el 6 febrero 2017]. Disponible en:  
<https://miguelorenteautopsia.wordpress.com/2015/02/10/mutilacion-genital-masculina/>*

**ALUMNA: Amanda Alonso Garriga**  
**DIRECTORA: Beatriz Corona Gómez**

**GRADO UNIVERSITARIO DE ENFERMERÍA**

**PROMOCIÓN LXXXIII**

**AÑO ACADÉMICO 2016/2017**

**EUE. “CASA DE SALUD VALDECILLA”**

**UNIVERSIDAD DE CANTABRIA**



*“Aunque algunos argumenten que esta práctica es una “tradición”, debemos recordar que la esclavitud, los llamados crímenes de honor y otras prácticas inhumanas se han defendido con el mismo argumento débil. El hecho de que una práctica perjudicial haya existido durante mucho tiempo no justifica que se continúe. Todas las tradiciones que degradan, deshumanizan y lesionan son violaciones de los derechos humanos que debemos combatir activamente hasta que desaparezcan”*

Ban Ki- moon,  
Secretario General de las Naciones Unidas.  
6 de febrero de 2014.

## ÍNDICE

<b>RESUMEN:</b> .....	<b>1</b>
<b>INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>2</b>
<b>CAPÍTULO 1: LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA</b> .....	<b>5</b>
1.1. Definición: .....	5
1.2. Tipos de MGF: .....	5
1.3. Origen:.....	7
1.4. Áreas y Población afectada:.....	8
1.5. El rito: .....	9
<b>CAPÍTULO 2: CAUSAS Y CONSECUENCIAS</b> .....	<b>10</b>
2.1 Motivos por los que se practica la MGF.....	10
2.2 Consecuencias derivadas de la mutilación genital femenina: .....	11
<b>CAPÍTULO 3: MARCO LEGAL Y ABORDAJE SANITARIO</b> .....	<b>14</b>
3.1: Marco Legal:.....	14
3.2 Abordaje Sanitario: .....	15
<b>CONCLUSIONES</b> .....	<b>21</b>
<b>ANEXO 1:</b> .....	<b>23</b>
<b>ANEXO 2:</b> .....	<b>24</b>
<b>ANEXO 3:</b> .....	<b>26</b>
<b>ANEXO 4:</b> .....	<b>27</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	<b>28</b>

**RESUMEN:**

La Mutilación Genital Femenina (MGF) es un problema de nivel pandémico que afecta a más de 200 millones de mujeres y que atenta contra los derechos humanos. Es una tradición que consiste en el corte parcial o total de los genitales femeninos de niñas entre los 4 y los 14 años y que se practica mayoritariamente en 30 países africanos. Los defensores de esta práctica se basan en razones de tipo religioso, higiénico o sexual que se alejan completamente de la realidad. Sus consecuencias son fatales para la salud de la mujer e incluso, en algunos casos, puede llegar a producir la muerte.

Son muchas las estrategias internacionales desarrolladas para intentar erradicar esta práctica, impulsadas por organizaciones tan importantes como la OMS o la ONU. Además, muchos países han establecido leyes específicas que la prohíben.

En España, con las migraciones cada vez más frecuentes, el número de inmigrantes de países donde se realiza la MGF está creciendo en los últimos años. Por ello, es necesario que los profesionales sanitarios, que tienen un contacto muy cercano con esta población, tengan los conocimientos suficientes para abordar este problema. Las enfermeras y médicos de Atención Primaria y Especializada son un punto clave en la detección precoz de situaciones de riesgo.

La erradicación de esta práctica se basa en el trabajo conjunto de diversos profesionales, entre los que la enfermería se encuentra como pieza fundamental.

**Palabras clave:** Mutilación genital femenina, enfermería, salud.

**ABSTRACT:**

Female Genital Mutilation (FGM) is a pandemic problem that affects more than 200 million women and it's a human rights violation. It is a tradition that consists in the partial or total cut of the female genitalia of girls that are between 4 and 15 years old. It is widely spread in 30 African countries. Supporters of this practice are based on religious, hygienic or sexual reasons that are completely away from reality. Its consequences are fatal to women's health and they might even lead them to death.

Many international strategies have been developed by such important organizations as WHO or UN to try to eradicate this practice. Besides, many countries have enacted specific laws to ban it.

In Spain, due to the increasing rates of immigration, the number of people that comes from countries where FGM is practiced has grown in the last years. For this reason, it is necessary that health professionals, who have close contact with this population, have enough knowledge to be able to manage this problem. Nurses and doctors of primary care and specialized care are one of the key points in the early detection of risk situations.

The eradication of this practice is based on the joint work of various professionals, among whom nursing is a fundamental piece.

**Key words:** Female circumcision, nursing, health.

## INTRODUCCIÓN

### **A) Contextualización:**

La Mutilación Genital Femenina es, según la definición que aporta la OMS, “todo procedimiento que implica la resección parcial o total de los genitales externos u otras lesiones de los órganos genitales femeninos por razones no médicas”. Se trata de una práctica ancestral que afecta a más de 200 millones de mujeres en todo el mundo y se estima que 85 millones de niñas y mujeres podrán ser mutiladas de cara al año 2030 (1, 2).

Todo esto quiere decir que la MGF sigue vigente hoy en día, atentando de forma directa contra los derechos de las mujeres y produciendo, a su vez, importantísimas consecuencias para su salud física, emocional y reproductiva.

Esta práctica se lleva a cabo fundamentalmente en 30 países de África y Oriente Medio y, de forma mucho menos significativa, en otros países como Indonesia, Pakistán o la India (1). Sin embargo, debemos tener en cuenta que, décadas atrás, podía tratarse de un problema relegado a los países en vías de desarrollo, siendo prácticas que se creían dirigidas a zonas muy aisladas del planeta, pero, actualmente, se va conociendo su extensión, la cual, debido a la globalización y los movimientos migratorios, comienza a ser un problema generalizado y de nivel pandémico.

Hoy en día, pueden verse mujeres con este problema en las consultas sanitarias de nuestro país, por lo que es importante que los profesionales sanitarios sepan cómo afrontar estos casos, principalmente desde la perspectiva de la protección de la salud, ya que van a tener un contacto muy directo con estas pacientes.

En España, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad creó en 2015 un protocolo nacional para la asistencia sanitaria a mujeres que han sufrido una mutilación (3), que es de uso común para todas las Comunidades Autónomas, aunque algunas de ellas también han creado sus propias guías, como Cataluña, Aragón o Navarra.

Cataluña es la Comunidad Autónoma española con más población procedente de estos países (4), por lo que es donde más concienciación existe con el problema. En el año 2007, la Fundación Dexeus Salud de la Mujer, a través de los profesionales sanitarios de la clínica Dexeus y el Hospital Universitario Quirón, implantó un programa de reconstrucción genital gratuito para mujeres mutiladas en sus países de origen y que sean residentes en España. Entre 2008 y 2014 se intervinieron 59 mujeres de 27 años de media, consiguiendo la recuperación anatómica en el 90% de los casos (5).

En Cantabria, el último registro realizado en el 2012 afirma que había 1410 personas, de las cuales 372 eran mujeres, procedentes de países donde se practica la MGF, principalmente Nigeria, Camerún, Senegal, Ghana y Benín (4). También, la entidad de los Servicios Sociales de Cantabria, dentro del ámbito de protección a la infancia con respecto a la violencia de género, publicó en 2006 un informe que recogía los datos más básicos sobre la MGF y la situación en nuestra comunidad para informar sobre ello a la sociedad y hacer el tema más visible (6).

Entre las poblaciones donde se lleva a cabo la MGF, son muchos los motivos que explican el porqué de la realización de esta práctica, estando la mayoría de las razones fundamentadas en la propia tradición y en mitos o ideas relacionados con el supuesto beneficio que conlleva, principalmente debido la falta de educación sanitaria.

Se trata de un tema muy complicado de manejar, puesto que es una práctica muy arraigada en las sociedades y difícil de comprender para quienes no lo ven desde esa perspectiva cultural. En muchas ocasiones, el intento de erradicación puede verse como un ataque hacia aquellas culturas donde se practica.

No obstante, es importante recordar que se trata de una acción enmarcada dentro de la violencia de género y que, como tal, se puede considerar un factor importante en el análisis de la desigualdad que, aún hoy en día, siguen sufriendo las mujeres. Su estudio pone de manifiesto la cultura machista y la creencia de superioridad del hombre con respecto a la mujer que existe en muchas zonas del mundo.

El abordaje de la MGF como una práctica sexualmente discriminatoria y como una violación de los derechos de las mujeres y de las niñas, se llevó a cabo en 1979, en la Convención de la ONU sobre la Eliminación de todas las formas discriminatorias contra la mujer (7). Además, la mutilación genital femenina vulnera algunos de los artículos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, proclamada en 1948, como el artículo número 5 donde se recoge: "*Nadie será sometido a torturas ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes*" (8).

Por estos motivos se debe luchar contra ella desde las altas instituciones, tanto nacionales como internacionales. La creación de leyes que lo prohíban y castiguen, la educación y la asistencia sanitaria dirigida a los habitantes de esas comunidades, son algunas de las acciones que se están llevando a cabo para intentar dar fin a esta tradición.

Uno de los principales problemas que se encuentran en la lucha contra la mutilación genital femenina es que más del 18% son llevadas a cabo por personal sanitario, médicos o enfermeras y matronas, con el pretexto de que, al utilizar medidas de asepsia y anestesia, las complicaciones serán menores. Es una tendencia que va en aumento según la OMS, principalmente en Egipto, donde más del 75% de las mutilaciones son llevadas a cabo por personal sanitario. No obstante, se están desarrollando estrategias internacionales para frenar la profesionalización de esta práctica e incluso se ha procesado judicialmente algún caso, ya que el hecho de medicalizar la mutilación genital femenina legitima una acción que, como se mencionó anteriormente, vulnera los derechos más fundamentales de las mujeres y niñas. Las intervenciones médicas, como se recoge en los principios de la ética sanitaria, deben proporcionar un beneficio a la salud de la persona y no un daño. Además, la acción debe estar consentida por quien vaya a recibirla, una vez haya obtenido los conocimientos científicos necesarios que avalen dicha intervención (9-12).

UNICEF y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA) son algunos de los principales agentes que intentan que se produzca el cambio. Como un ejemplo de las acciones de lucha que llevan a cabo, en el año 2008 desarrollaron el mayor programa a nivel mundial para acelerar la erradicación de la Mutilación Genital Femenina. El tema sobre el que trabajan en este año 2017 es "*Construir un puente sólido e interactivo entre África y el mundo para acelerar la erradicación de la mutilación genital femenina antes del 2030*" (13).

Además, con motivo del Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina, que se celebra el 6 de febrero, la Comisión Europea se reúne para analizar los avances conseguidos cada año con respecto al tema (14).

Al ser un problema que afecta a un nivel cada vez mayor, en el año 2000, en la sede de las Naciones Unidas, se celebró una reunión de 190 jefes de estado conocida como Cumbre del Milenio. En ella se establecieron una serie de metas para el año 2015, denominadas Objetivos de Desarrollo del Milenio (ODM) (15).

La extensión y las consecuencias de la MGF son tales para el mundo entero que, de los ocho objetivos planteados, cinco de ellos no se han podido cumplir, entre otros motivos, por la permanencia de esta práctica en determinados países.

El ODM 1, "*Erradicar la pobreza extrema y el hambre*" ve afectado su cumplimiento porque la mutilación produce una incapacidad para la mujer que le impide ser productiva y acrecentar sus

recursos económicos, encontrándose en una situación de pobreza. De ello se deriva una dificultad para alimentarse, agravándose aún más la situación.

El ODM 3, *“Promover la Igualdad entre los géneros y la Autonomía de la Mujer”* es el que más afectado se ve, ya que la MGF se engloba dentro de sociedades patriarcales donde, para que las mujeres sean aceptadas, deben someterse obligatoriamente a esta tradición.

Los objetivos de desarrollo del milenio 4, 5 y 6 son: *“Reducción de la Mortalidad Infantil”*, *“Mejorar la salud materna”* y *“Combatir el VIH/SIDA, paludismo y otras enfermedades”*. Todos ellos se ven directamente contrariados por las consecuencias que tiene la MGF, detalladas más adelante en el segundo capítulo de este trabajo.

En 2015 se desarrollaron 17 nuevos objetivos para 2030, denominados *“Objetivos de Desarrollo Sostenible”* (ODS). Entre todos, el ODS 5, *“Lograr la igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y las niñas”*, especifica como meta la erradicación de la MGF. Al igual que ocurrió con los ODM, algunos ODS desarrollan metas que pueden verse afectadas si la MGF sigue practicándose, como por ejemplo el ODS 1, sobre la pobreza, el ODS 3, relacionado con la salud materna e infantil, el VIH y otras enfermedades, o el ODS 16, sobre la consecución de la paz y la justicia (16).

A pesar de que, en los últimos años, se ha producido un descenso de las cifras de mujeres mutiladas en el mundo, del 51% al 37%, la situación actual sigue siendo negativa, ya que muchas niñas continúan en riesgo y la tendencia va en aumento (1). Por este motivo, las estrategias de erradicación deben seguir hacia adelante. Son muchos los países que ya contemplan la MGF como un delito en sus legislaciones y también se han desarrollado numerosos planes de acción para detectarla y prevenirla. No obstante, es necesario tener en cuenta que para que dichas estrategias sean eficaces, deben ser difundidas entre los profesionales que van a tener un contacto directo con las mujeres ya afectadas o en riesgo.

Aquí es donde la enfermería entra en juego con un papel fundamental: detectar casos reales o casos de riesgo y, ante estos últimos, prevenir la mutilación de millones de niñas.

### **B) Objetivos del trabajo:**

El trabajo tiene los siguientes objetivos:

1. Describir en qué consiste la práctica de la mutilación genital femenina.
2. Conocer el impacto de la MGF sobre la salud de las mujeres afectadas.
3. Identificar las medidas de actuación para detectar y prevenir casos desde la enfermería.

### **C) Estrategia de búsqueda bibliográfica:**

Este trabajo es una monografía para la que se ha realizado una búsqueda profunda de información, a partir de los descriptores de ciencias de la salud (DeCS Y MeSH) como: *“circuncisión femenina”*, *“mutilación femenina”* o *“female circumcision”*, *“enfermería”* o *“nursing”*, junto con términos como *“cultura”*, *“social”* o *“legal”*. Los criterios que se han seguido han sido:

- Idioma: Español o Inglés
- Publicaciones: Textos completos gratuitos
- Tiempo: Últimos 5 años (desde 2011).

La búsqueda ha tenido lugar en las principales bases de datos científicas nacionales e internacionales como PubMed, Ibecs, Dialnet, Index, Digitum, Redalyc, SciELO, Cochrane, etc; así como en las páginas webs de las Organizaciones No Gubernamentales (ONG) que enfocan su trabajo hacia la erradicación total de esta práctica, como UNICEF, Médicos del Mundo, Wassu-UAB, Acnur o Plan Internacional. Además, se han utilizado protocolos de actuación sanitaria del Gobierno de España.

Del total de artículos revisados, finalmente se han seleccionado 42 publicaciones digitales y 2 libros, por ser los más adecuados e interesantes para el desarrollo de este trabajo.

#### **D) Estructura del trabajo:**

El documento se va a dividir en tres capítulos principales.

El primero trata de ofrecer una visión global del problema: qué es, el origen, qué tipos hay y cuáles son las poblaciones que más afectadas se ven por la realización de esta práctica.

En el segundo capítulo se desarrollan las causas que llevan a realizar esta práctica y las consecuencias para la salud que conlleva este tipo de mutilación a las mujeres.

Por último, en el tercer capítulo, se describe a grandes rasgos el marco legal mundial que existe acerca de la Mutilación Genital Femenina. De forma más detallada, se tratan las acciones que los profesionales sanitarios, y en concreto la enfermería, pueden llevar a cabo para evitar que se produzca el daño a más niñas y mujeres, así como mejorar la calidad de vida de las mujeres que ya han sido mutiladas.

### **CAPÍTULO 1: LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA**

#### **1.1. Definición:**

La OMS define la Mutilación Genital Femenina (MGF) como “todo procedimiento que implica la resección parcial o total de los genitales externos u otras lesiones de los órganos genitales femeninos por razones no médicas” (17).

El término de “Mutilación Genital Femenina” fue adoptado en 1990 por el Comité Interafricano sobre Prácticas Tradicionales que afectan a la Salud de Mujeres y Niños. Y posteriormente, en el año 1991, la OMS recomienda su uso a las Naciones Unidas (12, 18).

Esta denominación tiene un fin ideológico, quedando explícito con su uso el rechazo de la práctica, entendiéndose como una violación a los derechos humanos y tratando de exponer la violencia que genera (19).

Sin embargo, existen múltiples términos para referirse a esta práctica, encontrándose entre los más frecuentes:

- “Ablación”: Es un término técnico, que se utiliza en el lenguaje médico para referirse a la extirpación o resección de un órgano. El uso de esta palabra trata de evitar las connotaciones polémicas que conlleva la MGF (19).
- “Circuncisión femenina”: Es un término utilizado como eufemismo y que se puede entender como una denominación religiosa, tratando de equipararlo a la circuncisión masculina. Es el más utilizado en las zonas donde se realiza esta práctica. (19)
- Algunos países en donde se realiza esta acción, tienen sus propios términos específicos, como: “*tahúr*” en Sudán, “*bolokoli*” en Mali o “*tahara*” en Egipto, que significan “purificación”. El término más extendido es “*sunna*” (9).

Debido al riesgo que existe de demonizar la cultura, las Naciones Unidas propusieron utilizar el término conjunto “Mutilación Genital Femenina/Ablación”, que recoge el término “mutilación” para destacar la parte negativa, pero, a su vez, también utiliza un término más neutro como es el de ablación (12, 18).

#### **1.2. Tipos de MGF:**

Dentro de la Mutilación Genital Femenina se pueden distinguir diferentes prácticas, entre las que existen importantes diferencias con respecto a la magnitud de los daños y los tejidos afectados.

La última tipología oficial sobre la MGF es la publicada por la OMS en el año 2008, en la cual se establecen cuatro tipos distintos (9, 10, 17, 21, 22):

- Tipo I o Clitoridectomía: Resección parcial o total del clítoris y, de forma menos frecuente, solo del prepucio.
- Tipo II o Ablación o Escisión: Resección parcial o total del clítoris y de los labios menores, pudiendo aparecer también la escisión de los labios mayores.
  - Tipo II a: Resección parcial o total de los labios menores.
  - Tipo II b: Resección parcial o total del clítoris y de los labios menores.
  - Tipo II c: Resección parcial o total del clítoris, labios menores y labios mayores.
- Tipo III o Infibulación: Estrechamiento de la vagina, quedando sellada mediante el corte y la recolocación de los labios menores y mayores. Puede añadirse clitoridectomía.
  - Tipo III a: Estrechamiento vaginal, uniendo los labios menores y dejando un pequeño orificio.
  - Tipo III b: Unión de los labios mayores, dejando un pequeño orificio para eliminar orina y menstruación. Es el tipo más grave de mutilación, correspondiéndose con un 20% del total. El país donde más se realiza es Somalia, donde el 63% de las mujeres mutiladas presentan este tipo. También se conoce como circuncisión sudanesa o faraónica.

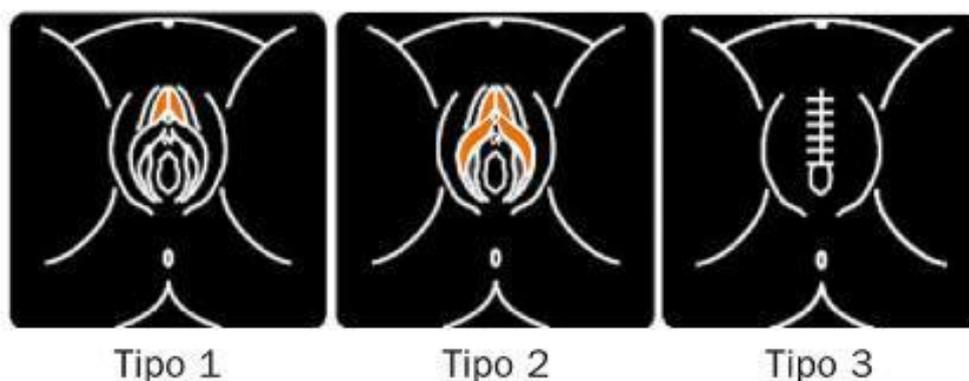


Imagen 1: Tipos de MGF. Fuente: Fundación Wassu-UAB (20)

- Tipo IV: En esta categoría se incluyen todas las demás acciones lesivas de los genitales de la mujer con fines no terapéuticos, que no son clasificables bajo otro concepto. Algunos ejemplos son: anillamiento, cosido, estiramiento o cauterización del clítoris, *cortes gishiri* de Nigeria (cortes internos vaginales para agrandar el orificio) o *dry sex* en África subsahariana (introducción por vía vaginal de detergentes, antisépticos, cocaína, o hierbas para aumentar la rigidez y sequedad).

En los países de África y Oriente Medio, el 85% de las mutilaciones que se realizan son del tipo I o II. El tipo III es el menos frecuente, representando al 15% de las mutilaciones restantes y llevándose a cabo en países como Somalia, Sudán o Yemen (23).

En la *Imagen 2* se puede ver cómo se distribuyen los 3 principales tipos de mutilación genital femenina a lo largo del mapa africano.

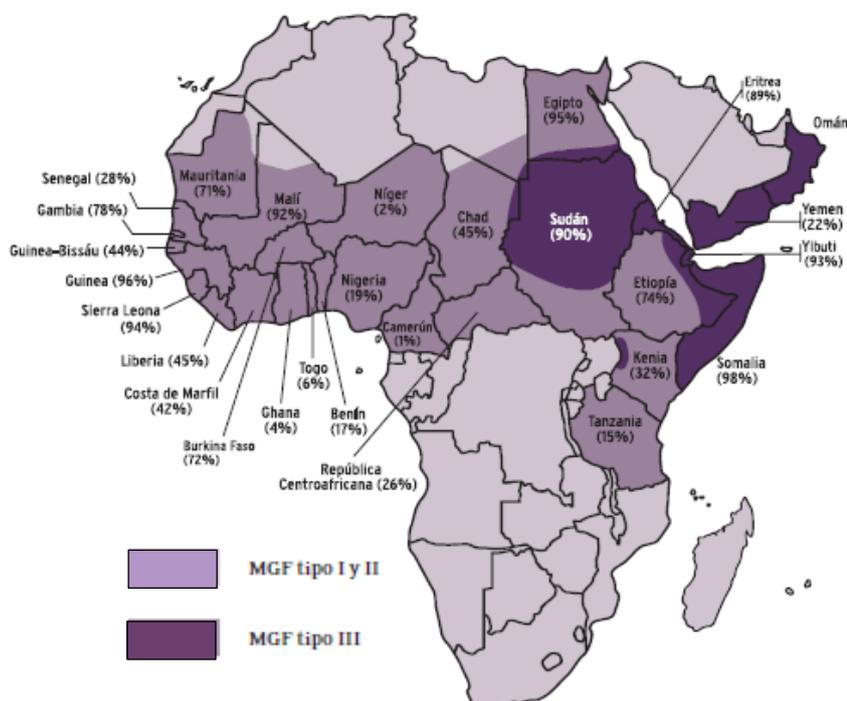


Imagen 2: Tipos de MGF más prevalente según el país.  
Fuente: Mapa de la MGF en España 2012 (4)

En estos países, la mutilación genital femenina es conocida como uno de “los tres dolores de las mujeres”, considerando la noche de bodas y el parto como los otros dos dolores (9, 11, 24). El día en que la mujer contrae matrimonio, debe ser desinfibulada mediante un corte realizado por la misma practicante que la infibuló o el propio marido mediante la penetración, como prueba de su virilidad. En el momento del parto, también debe ser desinfibulada, volviendo a cerrarse después (reinfibulación) y repitiendo el proceso tantas veces como la mujer dé a luz (9).

### 1.3. Origen:

El origen de la mutilación genital femenina no es conocido ni cronológica ni geográficamente. Gracias a los descubrimientos históricos, se sabe que, en el Antiguo Egipto, en los años 5000 y 6000 a.C ya se practicaba y se han encontrado momias infibuladas del siglo II a.C., creyendo que pudiera tratarse de una preparación postmortem (9, 23).

En el siglo V a.C, el historiador Heródoto afirmó que la escisión se practicaba entre las mujeres de los fenicios, los hititas y los etíopes (9, 23).

Una de las teorías que explican por qué comenzó a realizarse la escisión del clítoris en Egipto es que, al considerar que los dioses eran bisexuales, los hombres debían acogerse a un solo sexo en señal de respeto y sumisión, por lo que ellos eran circuncidados para eliminar el prepucio, propio de la mujer, y a las mujeres se les eliminaba el clítoris, propio del hombre. Además, las infibulaciones podrían ser una forma de mantener la virginidad (11).

En un papiro griego del año 163 a.C aparece la operación que se les hacía a las niñas en Memphis (Egipto) en la edad de paso a mujer adulta. Se creía que era un órgano cuyo crecimiento era excesivo y motivo de vergüenza, por lo que debía eliminarse antes de que creciera tanto que estimulara sexualmente a la mujer con el simple roce de la ropa (18).

Se cree, por tanto, que la extensión de la práctica se debe a la influencia de la civilización egipcia sobre los cristianos, judíos y musulmanes; aunque no se hace referencia a ella ni en la Biblia ni en el Corán. Se extendió por los países africanos debido a la proximidad, aunque no se descarta que hubiera otros focos desde los que se influenciara también a otras zonas más lejanas (9, 11).

En la Antigua Roma se realizaba un tipo de mutilación a las esclavas para evitar que quedaran embarazadas, anillando los labios y cerrándolos con alambre (23).

En Occidente también se realizaba la escisión del clítoris, junto con ovariectomías, durante los siglos XVIII y XIX como tratamiento médico para algunas enfermedades nerviosas como la histeria, la epilepsia o la migraña. En Europa y Estados Unidos llegó a utilizarse este método para tratar la cleptomanía y modificar conductas sexuales como la masturbación, la ninfomanía o la inclinación lésbica (9, 23).

#### **1.4. Áreas y Población afectada:**

Cifras recogidas en el año 2012 estimaron que se mutilaban 4 niñas por minuto, lo que conlleva que, cada año, 4 millones de mujeres y niñas corren el riesgo de ser mutiladas (21).

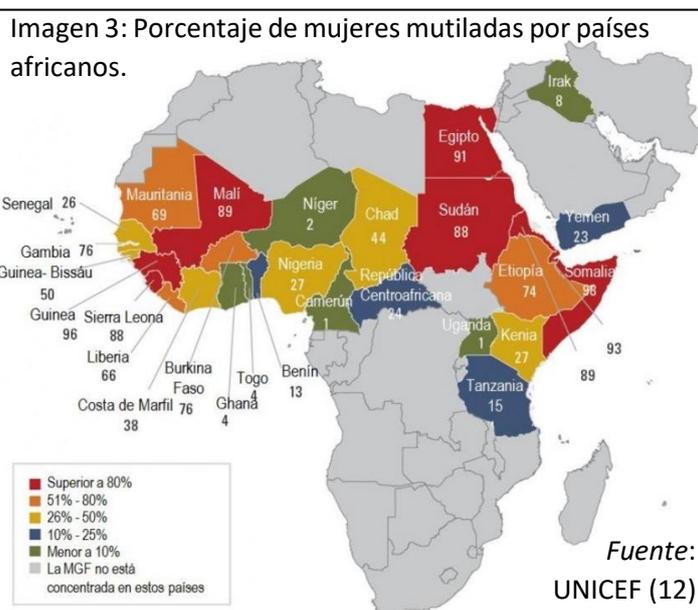
En cifras generales, la mutilación genital femenina ha afectado a más de 200 millones de niñas y mujeres en el mundo y amenaza a otros 85 millones de cara a 2030, practicándose principalmente en 30 países de África y Oriente Medio, y de forma mucho menor en otras partes del planeta como Indonesia, Pakistán o la India. Dentro de cada país, no se trata de una práctica de ámbito nacional, si no que se limita a determinadas etnias o grupos (1, 2).

La edad en la que se realiza la mutilación varía en función del país (*Anexo 1*) y la comunidad donde se encuentra la niña. Principalmente, se practica entre los 4 y los 14 años, según la OMS. No obstante, existe una tendencia cada vez mayor a realizarla en edades más tempranas para evitar el rechazo por parte de la niña. Destaca que, en Nigeria, el 95% de las niñas sufren la mutilación entre los 0 y los 4 años de vida. En otras comunidades, como por ejemplo la República Central Africana, Kenya o Egipto, la práctica se realiza entre los 10 y los 14 años, formando parte del rito de transición de niña a mujer. En aquellos lugares donde se lleva a cabo el rito del bautizo, la mutilación forma parte de él. (9, 12)

Con respecto a la prevalencia, los países en los que esta es mayor son: Somalia, donde un 98% de las mujeres entre los 15 y los 49 años han sido mutiladas, y Guinea, con un 97%. Camerún, Uganda, Níger, Ghana, Togo, Iraq y Benin mantienen sus cifras por debajo del 10%. (*Imagen 3*)

En el año 1985, más de la mitad de la población mundial femenina entre los 15 y los 19 años, concretamente el 51%, había sufrido la mutilación de sus genitales. En los últimos años ha habido un descenso en dicha cifra, consiguiéndose en el año 2016 llegar al 37%. Burkina Faso (89% - 58%), Kenya (41% - 11%) y Liberia (72%-31%) son los países que más han reducido las cifras entre el principio de la década de los 80 y 2010-2014 (12).

No obstante, el descenso no ha sido unánime y sigue sin ser



suficiente. Pese a los esfuerzos internacionales por erradicarlo, la reducción de los casos de mujeres mutiladas no es proporcional al gran aumento que sufre la población, lo que significa que, si la tendencia continúa, el número de niñas y mujeres que sufrirán la MGF aumentará de forma significativa en los próximos 15 años (1).

Además, en Irak, con la ocupación militar yihadista del Estado Islámico, las cifras de MGF aumentarán en un futuro, debido a las órdenes de mutilar a todas las mujeres que se encuentran dentro del rango de edad entre la adolescencia y los 49 años, estimándose que se verán afectadas 4 millones de mujeres (11).

Con respecto a la opinión de las personas de los países en los que se practica la MGF, se encuentran diferencias entre hombres y mujeres de la misma edad, entre los 15 y los 49 años. Togo (95%), Kenya (93%) y Ghana (93%) son los países donde más mujeres rechazan la realización de la MGF. La tendencia habitual es que haya menos hombres en contra (63%), que mujeres (67%), excepto en Guinea y Sierra Leona, donde los hombres, tanto los adolescentes de 15 a 19 años como los adultos de 45 a 49 años, destacan por encima de las mujeres en cuanto a la idea de erradicar la práctica (1).

En el estudio realizado por Ismael Jiménez Ruiz y Pilar Almansa Martínez, titulado: “Los hombres ante la Ablación/Mutilación Genital Femenina: factores culturales que fundamentan esta tradición” se entrevista a 9 hombres subsaharianos para conocer su opinión con respecto a esta práctica. Los entrevistados tienen una edad media de 35,11 años y han vivido en sus comunidades una media de 26,44 años, por lo que tienen su cultura muy arraigada. De todos ellos, sólo dos se manifiestan en contra, mientras que los otros 7 defienden su posición a favor con diferentes argumentos, entre los que destacan factores sexuales y factores religiosos (25).

### **1.5. El rito:**

En muchas comunidades, esta práctica forma parte de un ritual o rito de iniciación, que marca el paso de la niñez a la edad adulta. Puede realizarse de forma individual o en grupo, a adolescentes de la misma edad (alrededor de los 13 años) o hermanas.

El rito cuenta con tres fases (9-11, 26):

- Primera fase o Separación: Las niñas son alejadas de la comunidad y se les lleva al lugar donde se realiza la mutilación, sin ninguna medida higiénica ni anestésica; tampoco se les administran analgésicos ni antibióticos. Sólo participan mujeres, las cuales ayudan a la encargada de realizar la práctica, sujetando fuertemente los brazos y las piernas de las niñas, tapándolas los ojos e incluso la boca para evitar que griten. También es habitual el uso de un tambor, denominado *Yitantango*, para que los llantos no sean escuchados en la comunidad. El lugar puede ser la casa de un familiar, normalmente de la abuela materna, la casa de quien practica la mutilación, el domicilio de la niña o el bosque. El corte del órgano se relaciona con la ruptura de la etapa infantil, marcado por el dolor y la sangre.
- Segunda fase o Marginación: Se refiere al tiempo de cicatrización de la herida, que en función del tipo de mutilación realizada puede variar desde las dos semanas, en el tipo I, hasta las ocho semanas en el tipo III, manteniéndolas, en muchas ocasiones, con las piernas atadas para favorecer la hemostasia. Otras técnicas utilizadas para detener el sangrado son: polvos hemostáticos, orina, zumo de limón o alcohol. Mientras dura esta fase, además de curas dos veces al día con hierbas y productos naturales, las mujeres mayores educan a las recién mutiladas en cuestiones de identidad de género y respeto hacia su cultura.

Durante este tiempo permanecen en el lugar donde se realizó la mutilación y, en el caso de tratarse del bosque, acuden a casa al anochecer para dormir y vuelven antes del amanecer para evitar ser vistas por los hombres de la comunidad

- Tercera fase o Agregación: Se celebra una fiesta de bienvenida, presentando a la comunidad a las recién “iniciadas”. Durante la fiesta, son aceptadas por el resto de miembros y pasan a formar parte del mundo de las mujeres, con sus nuevos roles.

Dentro de cada país, etnia o tribu, puede haber características específicas añadidas al ritual general.

La ablación es realizada por circuncidadoras tradicionales, muy respetadas por la comunidad y con un alto estatus social dentro de ella. Estas mujeres reciben presentes en señal de agradecimiento por parte de las familias de las niñas a las que mutilan, convirtiéndose muchas veces en su medio de vida (11, 25, 27).

Según las comunidades, realizar la circuncisión se trata de un “don” que se transmite de generación en generación (26).

Para realizar el corte de los genitales utilizan tijeras, cristales, cuchillas o navajas y para las suturas se usa hilo de pescar, espinas, fibras vegetales o alambres. Estos utensilios son usados de una niña a otra sin ninguna medida higiénica y durante años, hasta que el filo de las cuchillas deja de cortar (9, 27).

En cada país, idioma o cultura, a las mujeres encargadas de mutilar se les conoce con diferentes nombres como, por ejemplo: *Daya* (Egipto), *Matrona* (Kenia) o *Ngnangsimbah* (Gambia). La mayoría de los nombres que reciben significan *fertilidad* (11, 26).

## **CAPÍTULO 2: CAUSAS Y CONSECUENCIAS**

### **2.1 Motivos por los que se practica la MGF**

Entre las comunidades donde se realiza la MGF, podemos encontrar diversos argumentos que explican el por qué se considera necesaria esta tradición. La mayoría de las razones están fundamentadas en mitos o ideas relacionadas con la desigualdad de género y conocimientos erróneos, mayoritariamente relacionados con la sexualidad femenina.

A continuación, se exponen los principales factores que determinan la continuidad de esta práctica ancestral:

- **Factores psicológicos y sexuales:** Se considera que el clítoris es un órgano de origen masculino y que hay que eliminarlo para el desarrollo de la feminidad. Además, consideran que, si no se elimina, seguirá creciendo a lo largo de la vida de la mujer, lo cual sería una forma de desautorizar a los hombres. También, su tamaño llegaría a impedir la penetración y el roce del clítoris con el pene causaría la muerte del varón (9, 11).

Por otro lado, existe la creencia de que, para que el hombre pueda satisfacer sexualmente a la mujer, así como para evitar relaciones sexuales prematrimoniales (preservar la virginidad) y extramatrimoniales, es necesario que la mujer esté mutilada. Se trataría de un método capaz de mitigar y controlar el “exagerado” deseo sexual que tiene la mujer, pues es el hombre quien debe tener el control del sexo en la pareja. La mutilación es considerada un signo de sumisión al dolor, haciendo a la mujer más dócil y obediente con su marido (10, 11, 22, 25, 28).

Son muchos los países africanos donde existe la poligamia masculina, considerándose que el hombre no sería capaz de mantener la fidelidad de todas sus mujeres porque no podría tenerlas satisfechas sexualmente (11, 25).

En aquellos lugares donde se llevan a cabo mutilaciones de tipo IV, con estrechamiento vaginal, consideran que es una forma de aumentar el placer durante las relaciones sexuales, tanto para el hombre como para la mujer. (25)

En algunas comunidades, se llega a pensar que el clítoris segrega una sustancia venenosa capaz de destruir los espermatozoides, impidiendo así la reproducción (9).

- **Factores socioculturales:** Para que sea considerada una mujer plena, femenina y disciplinada, es necesario que se someta a la mutilación. Además, es un signo de respeto y fidelidad a la cultura. Existe una gran presión social, puesto que, si no se realiza la mutilación, la familia deja de ser aceptada y la niña no podrá casarse, quedando aislada de la sociedad. Se considera que una mujer no mutilada será vaga, no apta para la crianza o imán para enfermedades en la comunidad.

En la mayoría de las comunidades, la mutilación está contextualizada dentro del rito denominado “rito de iniciación”, en el que la niña pasa a ser considerada una mujer respetable y madura, con un rol en la sociedad (9-11, 25, 28).

- **Factores higiénicos y estéticos:** Se considera que los genitales femeninos son una zona sucia y antiestética, que impide la correcta higiene de la mujer, por lo que su eliminación las hace más limpias y deseables. Si una mujer no es mutilada no puede manipular agua y alimentos, ya que los contaminaría (9-11, 22, 25, 28).
- **Factores religiosos:** De forma objetiva, en ninguna religión se encuentra descrita esta práctica, ni forma parte de ninguna norma religiosa. No obstante, algunas de las interpretaciones afirman que, para ser protegido por las divinidades, es necesario renunciar a la parte erótica del cuerpo humano, ya que el clítoris hace que las mujeres nazcan endemoniadas. Es un acto de purificación espiritual. Esto se hace visible predominantemente en la religión musulmana, interpretándose que para que una mujer pueda rezar, debe estar mutilada (9-11, 22, 25, 28).
- **Factores ginecológicos y reproductivos:** La mutilación es una forma de prevención de enfermedades como el cáncer vaginal, y de protección para el bebé durante el parto. Existe la creencia de que, si durante el nacimiento, el neonato roza el clítoris, le provocará la muerte o una discapacidad. También se considera una forma de evitar embarazos en adolescentes y de aumentar la fertilidad, así como un método para facilitar el parto (9, 28).
- **Factores económicos:** Si la niña no es mutilada, no podrá casarse y, por lo tanto, no tendrá un marido que la mantenga. Además, las circuncidadoras se ganan la vida mediante esta “profesión”. Si la mutilación es realizada dentro del rito de iniciación, los invitados tienen que aportar regalos o dinero a la familia de la niña (9, 11, 22, 25, 28).

## **2.2 Consecuencias derivadas de la mutilación genital femenina:**

La mutilación genital femenina acarrea muchas consecuencias para la mujer a lo largo de su vida, tanto a nivel físico como psicológico. Estas consecuencias pueden ser:

- Inmediatas o a corto plazo, siendo todas aquellas que aparezcan dentro de las 10 horas siguientes al corte de los genitales.
- Crónicas o a largo plazo, suponiendo incluso la muerte de la mujer.

Cuanto más radical sea la mutilación, mayores serán las consecuencias; por lo que la infibulación o mutilación de tipo III es la que más riesgo conlleva.

De forma general, las complicaciones más frecuentes son:

### 1. Físicas:

- A corto plazo (9-11, 22) (28-30):
  - Hemorragia, pudiendo desarrollar shock hipovolémico por la gran vascularización existente en esa zona y la cantidad de sangre que se pierde.
  - Dolor muy intenso debido a que la región genital está muy inervada, pudiendo desarrollar un colapso neurogénico.
  - Heridas perigenitales por los movimientos de la niña/mujer durante la mutilación.
  - Retenciones de orina por dolor o inflamación de la zona.
  - Muerte de la mujer.
  
- A largo plazo (9-11, 22) (28-30):
  - Dolor crónico.
  - Infecciones recurrentes, tanto del sistema reproductivo como del sistema urinario, por un vaciado lento y doloroso de la vejiga, pudiendo desarrollar una pielonefritis.
  - Septicemia, con las graves consecuencias que esta conlleva, como, por ejemplo, shock séptico.
  - Aumento del riesgo de adquirir una infección de transmisión sexual o parenteral, debido, esta última, al uso compartido de instrumentos no estériles para realizar el corte. Las infecciones más frecuentes son VIH, VHC, VHB y tétanos.
  - Obstrucción crónica de la orina o incontinencia por inestabilidad de la musculatura pélvica.
  - Sinequia de los labios, abscesos, cicatrices queloides y/o quistes.
  - En mujeres infibuladas es frecuente la aparición de cálculos uretrales y vesicales.
  - La pérdida de sangre unida a la mala alimentación, que suele ser frecuente en los países en vías de desarrollo, aumenta el riesgo de sufrir anemia crónica.
  - Riesgo de deshidratación, ya que las mujeres restringen la ingesta hídrica para no tener que orinar.
  - Fístulas vesico-vaginales o recto-vaginales.

### 2. Ginecológicas:

Dentro de las consecuencias ginecológicas encontramos algunas relacionadas con las exploraciones médicas. Existen procedimientos que resultan difíciles de llevar a cabo por culpa de la mutilación como, por ejemplo, ecografías vaginales, introducción de espéculos o tactos manuales, entre otros. (9)

Con frecuencia, sufren dismenorrea y, en los casos más radicales como en la infibulación o mutilación de tipo III, es muy frecuente la aparición de hematocolpos y hematometra. Esto último se refiere a la acumulación de sangre menstrual en la vagina y en el útero, respectivamente, debido a la dificultad que existe para la salida del flujo a través del pequeño orificio. La menstruación puede durar semanas y esas retenciones pueden llegar a producir infecciones y, finalmente, infertilidad (11, 22, 28-30).

### 3. Sexuales:

El ámbito sexual de la mujer se ve claramente afectado tras la mutilación genital femenina. Los síntomas y manifestaciones que más se presentan son: dispareunia, dificultad para el orgasmo o anorgasmia, disminución de la libido y de la lubricación vaginal y, en muchos casos, modificación de la sensibilidad sexual. Debido a todo ello, las relaciones sexuales no

son satisfactorias en la inmensa mayoría de las mujeres que han sufrido la mutilación (9-11, 22, 28-30).

#### **4. Obstétricas o reproductivas:**

En muchas ocasiones, la mujer queda infértil o estéril tras la realización de la mutilación y puede aparecer atresia vaginal. Las complicaciones relacionadas con el parto son muy numerosas, siendo las más frecuentes: parto prematuro, prolongado o distócico y hemorragia durante el parto, así como atonía uterina, que presenta una probabilidad de aparición de un 70% más que en las mujeres no mutiladas. Las complicaciones pueden llegar a ser tan graves que produzcan la muerte a la mujer, tanto antes como durante el parto (9, 11, 22).

En estos casos, la probabilidad de tener que realizar una episiotomía aumenta considerablemente, ya que hay un alto riesgo de desgarro. Se recurre a la cesárea en un 30% más de los casos. Esto es debido a la pérdida de elasticidad de los tejidos, causada por las cicatrices queloides y los quistes que se forman tras la mutilación. Después del parto, es habitual que aparezcan hematomas perineales (11, 22).

En las mujeres infibuladas, se desinfibula para permitir el parto, volviendo a sellar los genitales tras el mismo. Estas acciones aumentan el riesgo de infecciones y terminan provocando incontinencia urinaria y fecal, por destrucción de las capas musculares (9, 10).

Las mujeres mutiladas no pueden utilizar métodos anticonceptivos como el DIU o el preservativo femenino por la dificultad para introducirlo por vía vaginal, así como el método sintotérmico, que se basa, entre otros factores, en las características del moco cervical a lo largo del ciclo menstrual, lo que puede sufrir modificaciones a raíz de la mutilación (9).

#### **5. Psicológicas:**

La mutilación también afecta psicológicamente a las mujeres, principalmente porque tienen ideas encontradas con respecto a esta práctica. En muchas ocasiones, rechazan la MGF, pero sienten el miedo de no ser aceptadas y ser acosadas por la sociedad si muestran ese rechazo. Tras ser mutilada, sufre ansiedad, terrores nocturnos, insomnio, pérdida de apetito, depresión, estrés postraumático o enfermedades psicósomáticas. Algunas también tienen un sentimiento de traición hacia su familia por haberle obligado a pasar por algo así (9-11).

En muchos casos, refieren tener flashbacks del momento en que las mutilaron, produciendo desórdenes mentales similares a los de las niñas víctimas de abusos sexuales. La fobia sexual y la frigidez son frecuentes, debido al miedo a sentir dolor durante las relaciones íntimas (10).

Se desarrolla el síndrome “genitally focused anxiety depression”, es decir, ansiedad-depresión enfocada genitalmente. Se manifiesta por una preocupación constante de las niñas y mujeres mutiladas con respecto al estado de sus genitales y por un miedo desmedido a la infertilidad (9-11, 30).

Cuando las mujeres mutiladas emigran a países occidentales donde la mutilación genital no es aceptada, se sienten humilladas y avergonzadas, pudiendo llegar a afectar a su autoestima y verse excluidas (30).

A raíz de la mutilación, no solo la mujer es víctima de las consecuencias negativas, ya que tanto sus hijos como su marido pueden sufrirlas.

Por un lado, el recién nacido también tiene alto riesgo de mortalidad durante el parto, aumentando las probabilidades en un 55% en el caso de la mutilación tipo III. Un 22% de las muertes neonatales se atribuyen a bebés de madres mutiladas. En las mutilaciones tipo I y II, el riesgo de muerte neonatal aumenta un 15% y un 32%, respectivamente. En numerosas

ocasiones, el neonato recibe una puntuación baja en el test de Apgar, debido al alargamiento de la fase de expulsión, teniendo que llegar a ser reanimados (9-11).

Por otro lado, algunos hombres han tenido problemas con el alcohol u otras drogas; comenzando con el abuso de estas sustancias por la incapacidad de mantener relaciones sexuales debido a que su mujer las rechaza. También sufren depresión, impotencia y miedo por producir daño a su esposa. La falta de sexo dentro del matrimonio hace que lo busquen fuera del mismo, por lo que el riesgo de contraer infecciones de transmisión sexual se ve aumentado (11, 21).

Además, el sistema sanitario de los países africanos donde se lleva a cabo esta práctica, así como los sistemas sanitarios de otros países occidentales como puede ser España, se ven también afectados. Las mujeres sometidas a la mutilación, en numerosas ocasiones necesitan asistencia sanitaria para tratar las complicaciones. También son necesarias intervenciones quirúrgicas para intentar reparar los daños causados. Según el estudio *“Incontinence and trauma: sexual violence, female genital cutting and proxy measures of gynecological fistula”*, realizado en 2009 por Amber Peterman y Kiersten Johnson, todo ello supone un gasto sanitario de entre el 0,1 y el 1% del presupuesto que el gobierno de determinados países africanos destina a las mujeres en edad de fecundar (22).

### **CAPÍTULO 3: MARCO LEGAL Y ABORDAJE SANITARIO**

#### **3.1: Marco Legal:**

En las últimas décadas, en las Asambleas de las Naciones Unidas se han desarrollado planes para intentar erradicar la MGF, potenciando los esfuerzos mundiales para conseguir dicho objetivo (29).

En el Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, de 11 de mayo de 2011 (31), se recoge la necesidad de desarrollar medidas legislativas a nivel europeo relacionadas con las mutilaciones genitales femeninas, citando textualmente:

*“Artículo 38: Las Partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para tipificar como delito, cuando se cometa de modo intencionado:*

- a) la escisión, infibulación o cualquier otra mutilación de la totalidad o parte de los labios mayores, labios menores o clítoris de una mujer;*
- b) el hecho de obligar a una mujer a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin;*
- c) el hecho de incitar u obligar a una niña a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin.”*

A raíz de esto, en Reino Unido y Suecia, se han llegado a crear leyes específicas para prohibir la MGF y penalizarla, otros países han modificado su legislación para incluirlas como delitos (Bélgica o Italia) y en otros se ha incluido dentro de los delitos de lesiones ya tipificados (Alemania, Francia o Portugal) (32).

En nuestro país, estas prácticas se tipificaron mediante la Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre (33), que modificó el art. 149 del Código Penal de España, referente a delitos de lesiones:

*“149.2. El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con la pena de prisión de seis a 12 años. Si la víctima fuera menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección, será aplicable la pena de inhabilitación*

*especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o persona con discapacidad necesitada de especial protección.”*

Además, mediante la Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio (34), se añadió a la Ley del Poder Judicial, un epígrafe para perseguir la práctica de la mutilación genital femenina, aunque haya sido realizada fuera del país, siempre que los responsables se encontraran en territorio español. Se contempla así el concepto de “extraterritorialidad”, que condena los casos en los que las niñas son llevadas a su país de origen para ser mutiladas y regresar después a España.

No obstante, estas medidas limitan la persecución puesto que, si el responsable o el progenitor que lo permite no reside en España, no puede ser sancionado. Esta problemática se da en los casos en los que el hombre reside en España y, cuando se decide la reagrupación del núcleo familiar, la madre consiente la mutilación de la niña antes de venir a nuestro país (7).

Por otro lado, el Protocolo a la Carta Africana de los Derechos de la Mujer o Protocolo de Maputo, fue desarrollado por la Unión Africana, formada por 53 países, y puesto en vigor en el año 2005. En él se establece la obligación de los estados miembros a prohibir legalmente la mutilación genital femenina. Algunos países ya establecieron con anterioridad una legislación específica para este asunto, siendo Ghana el primero en el año 1993. Actualmente, son 26 los países africanos en donde la MGF está prohibida por ley. No obstante, su ilegalidad no impide que se lleve a cabo de forma clandestina (11, 12, 35).

Para que la legislación sea efectiva, es necesario complementarla con métodos de prevención y educación; ámbito donde los profesionales sanitarios adquieren un gran protagonismo. De no ser así, todas las medidas legales que se tomen serán inútiles, ya que se trata de civilizaciones o comunidades que, en muchas ocasiones son analfabetas y no tienen ningún contacto con las normas sociales que se toman en los países desarrollados o en las ciudades principales de los países en vías de desarrollo.

### **3.2 Abordaje Sanitario:**

#### **3.2.1 El papel de los profesionales sanitarios y su formación con respecto a la MGF**

En la lucha para erradicar la mutilación genital femenina, es imprescindible saber que sólo con prohibirlo no es suficiente. Es necesario desarrollar diferentes estrategias para que, entre todas, se consiga alcanzar dicho objetivo.

En España, el número de personas procedentes de los países donde se realiza la MGF ha aumentado considerablemente a lo largo de los años. De las 20.000 personas que había en 1998, se pasaron a 225.000 en el año 2012. De esta forma, se objetiva la necesidad de que los profesionales españoles recojan la mutilación genital dentro de sus conocimientos (4).

El abordaje debe ser multidisciplinar para que, dentro de su ámbito, cada profesional aporte sus conocimientos y competencias. Aquellos profesionales que pueden llegar a mantener algún tipo de relación con mujeres y niñas mutiladas o en riesgo de serlo y que pueden actuar de alguna manera son: profesores, policía, psicólogos o personal de ONG's entre otros. (36).

No obstante, muchas entidades que luchan contra la MGF reconocen que el personal sanitario juega un papel crucial en el intento de cambiar la tradición, ya que son los que más en contacto están con las mujeres y niñas, pudiendo detectar los factores de riesgo y actuar de una forma más temprana (27).

En el caso de la enfermería, con el demostrado aumento de las migraciones, los profesionales deben ampliar sus objetivos y proporcionar cuidados para resolver las necesidades de la totalidad de la población con la que trabaja. Para ello es imprescindible el desarrollo de la Enfermería Transcultural, que fomente el respeto por otras culturas, pero que garantice el

cumplimiento de los derechos humanos para todas las personas; como se recoge en el código deontológico enfermero (11).

Debido a la estratégica posición con la que cuentan los sanitarios, es necesario que médicos y enfermeras estén formados para saber abordar este problema de una forma exitosa y contribuir al objetivo común de erradicar esta práctica. En 1998, en la II Conferencia Europea sobre MGF se solicitó que se incluyera el manejo de la mutilación genital en los planes de estudios de médicos y enfermeras. La realidad indica que, para una gran parte de ellos, la MGF sigue siendo un tema desconocido o lejano.

El principal problema que encuentran los sanitarios es el desconocimiento sobre el desarrollo de la técnica y en qué consiste, así como tampoco tienen conocimientos suficientes acerca de los aspectos legales. Por otro lado, las barreras de comunicación por la dificultad idiomática y la diferencia de culturas son otros factores que dificultan la atención sanitaria de estas mujeres. Se deben adquirir las competencias necesarias para incorporar el tema de la MGF en las entrevistas clínicas que se realizan durante las consultas sin que las mujeres se sientan atacadas o prejuizadas por nuestro lenguaje verbal o no verbal.

En el I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía celebrado en 2011, se presentó un programa de educación sanitaria destinado a profesionales de la sanidad, con el que se aportan los conocimientos necesarios para asistir a las mujeres o niñas que hayan sufrido la mutilación genital o que estén en riesgo de sufrirla (37).

En concreto, la población sanitaria sobre la que se debe trabajar es, en Atención Primaria, médicos y enfermeras de familia, pediatras y enfermeras de pediatría, matronas y trabajadores sociales; y en Atención Especializada, los médicos y enfermeras de las unidades de ginecología y obstetricia, pediatría, psiquiatría, urología y urgencias. La capacitación de todos estos grupos de profesionales ayuda a garantizar una continuidad en los cuidados (3).

Mediante charlas y grupos de trabajo del Programa de Educación Sanitaria sobre MGF, los profesionales pueden llegar a conseguir diversos objetivos como, por ejemplo: conocer al detalle dónde, cómo y cuándo se realiza la mutilación, cuáles son las consecuencias para la salud que se derivan de ella, cómo pueden abordar a las mujeres ya mutiladas y, sobre todo, cómo prevenir que se realice a más niñas. Sobre este último punto es sobre el que más hay que trabajar para eliminar la práctica y es donde la enfermería adquiere una gran importancia, puesto que su espectro de acción es bastante amplio (37).

De hecho, las propias mujeres que se ven vinculadas de alguna manera con la MGF manifiestan que el personal de enfermería es con el que encuentran más confianza para poder hablar sobre el tema (38). Debido a ello, estos profesionales se encuentran en una posición muy ventajosa para poder hacer una detección temprana del riesgo e intervenir, de forma autónoma o interdisciplinar, así como poder prestar asistencia a las mujeres que ya han sido mutiladas y mejorar su estado de salud.

Son numerosas las encuestas que se han realizado en diferentes servicios de salud del sistema nacional sanitario para comprobar los conocimientos sobre Mutilación Genital Femenina que tienen los profesionales. En la mayoría de ellas, los sanitarios consideran conocer la MGF, pero los resultados difieren mucho de esas percepciones.

Para conocer de forma detallada la situación de la mutilación genital femenina entre los profesionales de enfermería de Cantabria, se ha propuesto realizar a las matronas del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, de forma voluntaria y anónima, un cuestionario (*Anexo 2*).

Dicho cuestionario fue desarrollado en 2004 para el estudio: "Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence",

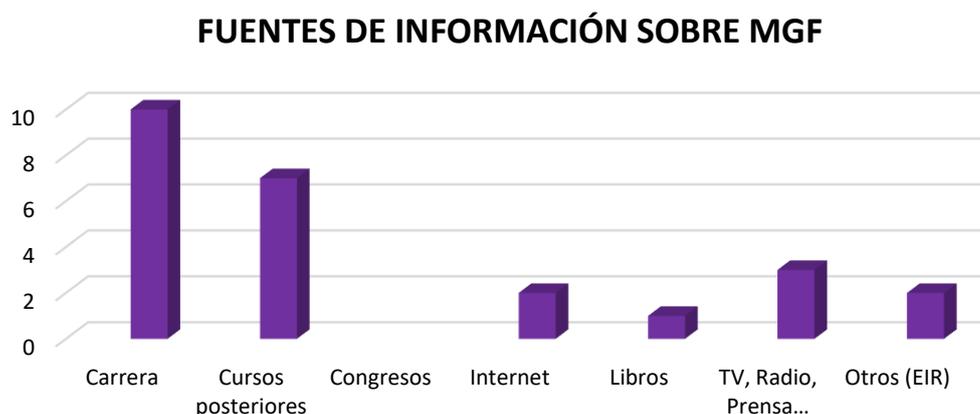
llevado a cabo por la doctora Adriana Kaplan, experta en la lucha contra la MGF, y otros autores (39). Además, también ha sido usado en otros estudios en diferentes comunidades como Cataluña o Andalucía.

En total, en Cantabria, participaron 28 matronas.

A pesar de que la totalidad de los participantes afirman conocer lo que es la MGF, sólo 15 de ellos son capaces de aportar una definición que puede ajustarse correctamente, mientras que el resto dan como definición sólo uno de los tipos.

De los profesionales que han respondido el cuestionario, 10 afirman haber encontrado algún caso de mutilación a lo largo de su vida laboral. De ellos, dos personas han respondido que no hicieron nada y sólo una persona habló del tema con la mujer. El resto de profesionales no ha indicado ninguna de las opciones. Ninguno de los encuestados que indicó haber detectado un caso de MGF decidió reportarlo a las autoridades.

Con respecto a la formación o a los conocimientos que poseen, doce personas afirman haber recibido algún tipo de formación sobre el tema a través de diferentes fuentes de información, lo cual queda detallado en la gráfica que se encuentra a continuación.



*Gráfica 1: Gráfica de elaboración propia a partir de los datos obtenidos en el cuestionario.*

A pesar de que la carrera universitaria es, de todas las fuentes, la que más información aporta según los profesionales, los conocimientos son muy superficiales y no capacitan a los profesionales a abordar de forma correcta y completa la mutilación genital femenina. Destaca que la totalidad de los participantes creen necesario recibir formación más profunda acerca de qué es y cómo se maneja este problema. Además, sólo 6 personas conocen la existencia de protocolos específicos, en concreto, el protocolo nacional.

Los resultados obtenidos pueden equipararse a los de otro estudio del año 2012 en el que se entrevistó a matronas y matrones de la ciudad de Sevilla. En él, los profesionales también consideraban no tener los conocimientos necesarios para afrontar casos de mutilación y desconocían los protocolos y la legislación existente. Además, a la hora de definir la MGF lo hacían de forma incompleta, al igual que ocurre en el estudio realizado en Cantabria (40).

En otra encuesta más amplia realizada en Valencia, también fueron sujetos de estudio ginecólogos y pediatras, aparte de matronas. De los 110 participantes, sólo la mitad supo responder correctamente qué era la mutilación genital femenina y la mayoría de ellos reconocieron la necesidad de ampliar sus conocimientos (41).

Finalmente, como se puede observar con los resultados obtenidos en las diferentes encuestas, los profesionales sanitarios de nuestro país no tienen suficiente información sobre la MGF y su propia percepción es que necesitan ser formados en esta materia.

### **3.2.2 Línea de acción sanitaria con las familias**

Debido a la creciente importancia que va adquiriendo este problema para la salud de la población, en el año 2015, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad desarrolló un protocolo común de actuación sanitaria ante la MGF (3).

El protocolo expresa la necesidad de sensibilizar y formar a los profesionales sanitarios con respecto a la problemática de las mutilaciones genitales femeninas. Además, se establecen planes de actuación conjuntos con otros profesionales de la comunidad educativa, Servicios Sociales, Departamento de Protección de la Infancia, Fiscalía y Cuerpos y Fuerzas de Seguridad del Estado, entre otros.

Como se pone de manifiesto a lo largo del presente trabajo, la enfermería tiene un papel fundamental ante la MGF y son múltiples las actuaciones e intervenciones que estos profesionales pueden realizar. A continuación, se detallan englobándolas dentro de los tres grados de la prevención.

#### **Prevención Primaria:**

En primer lugar, el personal sanitario, en concreto el de enfermería, debe conocer y llevar a cabo diferentes estrategias para intentar prevenir la MGF. Podemos actuar de forma general mediante campañas de sensibilización y educación sanitaria dirigidas a la comunidad, pero también individualmente, con cada mujer, desde las propias consultas de enfermería (28). Para ello es imprescindible establecer una relación de confianza con la paciente e intentar no hablar del tema en la primera consulta, a no ser que sea la mujer quien lo haga directamente. Una buena forma de ir creando ese clima de confianza son las sucesivas citas para consultas sanitarias dentro del programa de la mujer o en los programas de atención al niño sano.

La enfermería puede actuar mediante la educación sanitaria, explorando cuáles son los conocimientos que presenta la familia con respecto a la mutilación y aportar nuevos datos o corregir aquello que sea necesario. Se debe informar acerca de las consecuencias para la salud que se derivan de esta práctica, así como de las consecuencias legales establecidas en nuestro país que pueden recaer sobre ellos si deciden mutilar a su hija (3).

A veces, cuando la comunicación verbal es complicada por la diferencia de idiomas, un mediador intercultural puede ser una pieza clave en la relación entre el sanitario y la paciente. Además, otra estrategia que se puede utilizar es contar con mujeres mutiladas o circuncidadoras que hayan cambiado de opinión y que cuenten su experiencia para tratar de convencer sobre los daños para la salud que conlleva la MGF. También se puede recurrir a matronas que participen en reuniones, charlas, talleres formativos, etc. La proyección de vídeos puede ser otra estrategia complementaria a llevar a cabo para concienciar a las mujeres (25, 42).

#### **Prevención secundaria y terciaria:**

La enfermería debe saber abordar a las mujeres que ya han sido mutiladas para mejorar su calidad de vida e informarles sobre sus posibles alternativas, como medidas de apoyo psicológico o programas de reconstrucción.

Además, en una consulta, se pueden detectar tanto casos de mujeres mutiladas como casos de riesgo y hay que saber diferenciarlos y cómo actuar.

Mujer adulta mutilada: Se debe registrar en la Historia Clínica toda la información disponible, como el tipo de mutilación, las consecuencias para la salud que pueda tener, el país de origen, la opinión que tiene la mujer con respecto a la MGF... Además, si tiene hijas en riesgo de ser mutiladas, es imprescindible ponerlo en conocimiento del equipo de pediatría de Atención Primaria para que, de forma conjunta, se comiencen las estrategias de prevención anteriormente explicadas.

Niña en riesgo de ser mutilada: Para ser considerado caso de riesgo, debe cumplir los siguientes criterios: sexo femenino, país de origen donde se practica la MGF y pertenecer a una familia donde una o más mujeres han sido mutiladas. Ante un caso como este se debe iniciar el plan de prevención de Atención Primaria para intentar evitarlo. No obstante, si el riesgo es inminente, es decir, si se está preparando un viaje con la niña al país de origen, la estrategia debe ser diferente. Se programa una consulta antes de dicho viaje y en ella se realiza una exploración genital a la niña y se anota en la Historia Clínica el estado de los mismos, además se vuelve a informar a los padres sobre las consecuencias de la mutilación y las penas legales en España. Antes de finalizar, se programa una consulta post-viaje.

También se les entrega a los padres la Carta de Compromiso de Prevención de la Mutilación Genital Femenina (*ver Anexo 3*), en la cual se objetiva que han sido informados y que, de forma voluntaria, deciden no mutilar a su hija en el viaje. Los padres deben firmar este documento, el cual les servirá también como un elemento de apoyo en su decisión una vez se encuentren en su país y sientan la presión social.

En caso de que no acudan a la consulta pre viaje o se nieguen a firmar el Compromiso de Prevención, el personal sanitario lo comunicará a la Entidad de Protección de Menores.

Posteriormente, en la consulta post viaje se pueden dar las siguientes situaciones:

- Niña no mutilada: Reforzar positivamente la decisión de los padres y continuar alerta.
- Los padres no permiten la exploración: Comunicar a Entidad de Protección de Menores, quien obligará a la realización de las exploraciones pertinentes.
- No acude a la consulta: Notificar a Servicios Sociales para que se pongan en contacto y si no da resultado, comunicarlo a la Entidad de Protección de Menores.
- Niña mutilada: Se valorará el tipo de mutilación y las consecuencias y se cumplimentará un parte de lesiones en el que se recojan el máximo número de datos posible: Datos de persona que mutiló, datos de la niña, datos de los padres, si la madre está mutilada y el tipo, si tiene más hijas... datos del centro sanitario y del profesional que emite el parte y la hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil desde el ámbito sanitario (*ver Anexo 4*). Se comunicará a la Autoridad Judicial.

En el caso de que la víctima sea una mujer mayor de 18 años dependiente de sus padres, se actuará de la misma manera, ya que el viaje puede ser con el objetivo de mutilarla para que pueda ser casada (3).

En Murcia se desarrolló un algoritmo de prevención de MGF desde Atención Primaria (36) que fue exitoso a la hora de detectar casos de riesgo. Se formó a un equipo de 16 profesionales de diferentes ámbitos (educadores, trabajadores sociales, médicos, enfermeras, policía, psicólogos...) en materia sobre MGF y se estableció un plan de actuación.

El algoritmo a seguir, una vez se ha citado a las niñas en riesgo, es el mismo que detalla el protocolo del Ministerio de Sanidad para los sanitarios, pero incluye las competencias del resto de profesionales.

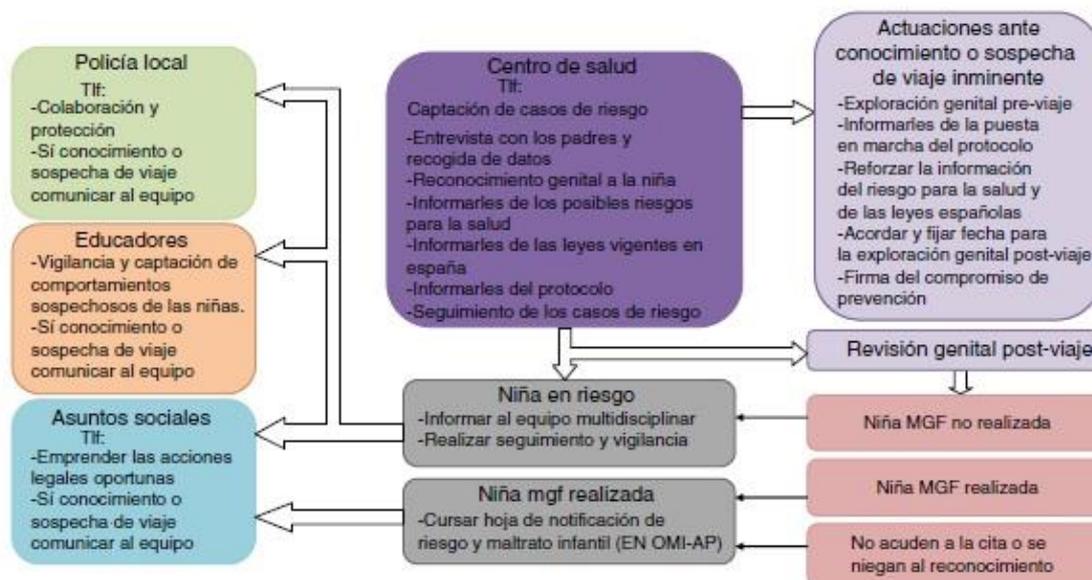


Imagen 4: Algoritmo de actuación ante MGF. Fuente: Algoritmo de actuación en la prevención de la mutilación genital femenina. Estudio de casos desde atención primaria. (36)

El personal sanitario es el primer eslabón de la cadena, ya que son quienes pueden detectar más fácilmente las situaciones de riesgo y ponerlo en conocimiento del resto de equipo. Enfermería tiene un papel fundamental, puesto que es quien se encarga de localizar a la población de riesgo y ponerse en contacto con ella para recoger información y comenzar planes de prevención.

En estos casos, los profesionales sanitarios pueden encontrarse ante un conflicto entre sus principios éticos de no violar el secreto profesional y sus obligaciones legales. En España, la ley obliga a romper la confidencialidad en el siguiente artículo de la Ley de Enjuiciamiento Criminal:

*“Art. 262: Los que por razón de sus cargos, profesiones u oficios tuvieren noticia de algún delito público, estarán obligados a denunciarlo inmediatamente al Ministerio Fiscal, al Tribunal competente, al Juez de Instrucción y, en su defecto, al municipal o al funcionario de policía más próximo al sitio, si se tratare de un delito flagrante.”*

Por otro lado, es importante tener en cuenta que las mujeres que están de acuerdo con la mutilación son, frecuentemente, aquellas con un bajo nivel de alfabetización y las que no cuentan con información real sobre las consecuencias de esta práctica, por lo que la educación es la mejor llave para abrir el camino a la erradicación. Como se puede comprobar en una entrevista llevada cabo en Murcia a 4 mujeres mutiladas, la única que se muestra abiertamente en contra de la MGF es la que tiene estudios, frente a las otras tres mujeres que se muestran a favor y presentan analfabetismo (43). Algunas ONG's como Plan Internacional, han desarrollado proyectos en los que intentan educar a todos los miembros de la sociedad sobre la realidad de la mutilación. Además, el empoderamiento de las mujeres mediante la escolarización de las niñas, por ejemplo, también es un punto sobre el que trabajan. Una de las acciones que han desarrollado es un rito de iniciación alternativo, es decir, mantener todos los aspectos del rito para continuar la tradición y no atentar sobre su cultura, pero sustituyendo la mutilación por otra alternativa no dañina como puede ser un corte de pelo (22).

La enfermería también puede trabajar de la mano con estas ONG's, llevando a cabo acciones como: educar a la comunidad al completo sobre aspectos sanitarios, dar charlas de sexualidad

e igualdad o romper los falsos mitos que establecen la MGF como una práctica positiva para la salud y explicar las consecuencias que la mutilación tiene para la mujer y para el resto de miembros de la familia.

Por otro lado, los programas de reconstrucción genital son una oportunidad, para las mujeres, de romper con el pasado, eliminar las secuelas de la mutilación y recuperar su autoestima y su salud sexual y reproductiva. Tal es así que, lejos de ser una técnica propia de los países occidentales, también se lleva a cabo en algunos países donde se realiza la MGF. Nigeria, Burkina Faso y la República Independiente del Congo son algunos de los países que, recientemente, han incluido este procedimiento en sus hospitales. Además, Somalia, donde el 98% de las mujeres están mutiladas y que se conoce como el país con la mayor prevalencia de MGF del mundo, cuenta con un hospital donde reconstruyen los genitales de estas mujeres desde hace más de 20 años (9).

En nuestro país, en cuanto a la reconstrucción, aparte de la Fundación Dexeus Salud de la Mujer, también existe en Cataluña la Fundación IM del cirujano plástico Iván Mañero. Esta fundación tiene desarrollado un programa de lucha contra la MGF y se encargan de dar asistencia sanitaria a las mujeres que lo necesiten.

Un claro ejemplo de la importancia que tiene la enfermería son las matronas del Instituto Catalán de Salud, que son quienes detectan los casos de las mujeres que pueden ser beneficiadas por el programa de reconstrucción y las ayuda a ponerse en contacto con la Fundación IM cuando se encuentran preparadas para someterse a la intervención quirúrgica (44).

## **CONCLUSIONES**

La Mutilación Genital Femenina es un problema cada vez más extendido a los países occidentales. La crueldad de su acto y las terribles consecuencias que conlleva para la salud de la mujer, hacen de ella una tradición que no puede perpetuarse en el tiempo.

Debemos concienciarnos de que es un problema que nos afecta a todos y que favorece la permanencia de otros problemas como la pobreza y las malas condiciones de salud.

En España, existen comunidades que ya han comenzado a desarrollar planes de acción contra esta problemática y han diseñado sus propios protocolos, como Cataluña o Aragón. En nuestra comunidad, por ejemplo, aún estamos lejos de desarrollar una línea de acción clara y ha quedado demostrado que los profesionales de la salud, en concreto las matronas, no se sienten preparados para afrontar un caso de mutilación porque sus conocimientos sobre el tema son escasos. Debemos tener en cuenta que, en nuestra comunidad, la tasa de migraciones es menor y, por lo tanto, el número de población en riesgo en nuestra comunidad no es tan elevado. No obstante, esto último no puede ser motivo para no afrontar el problema ya que la mutilación genital femenina conlleva unas consecuencias tan graves que es necesario que los profesionales estén capacitados y formados para saber cómo detectar casos de riesgo o casos en donde ya se ha realizado y puedan actuar correctamente.

A nivel mundial, muchas organizaciones internacionales e instituciones establecen la necesidad de erradicar esta práctica. En la legislación de numerosos países se ha recogido la MGF como un delito. Además, cada vez hay más servicios sanitarios que desarrollan planes de actuación y protocolos para prevenir y detectar esta práctica.

Sin embargo, esto no es suficiente, sobre todo porque estas acciones no llegan a los profesionales sanitarios. Es necesario que los planes de actuación contra la MGF vayan de la mano con campañas de difusión y de educación para los profesionales sanitarios que están en contacto directo con las mujeres afectadas. No obstante, como se ha visto en el cuestionario planteado a las matronas del Hospital Universitario Marqués de Valdecilla, de los 28

participantes, sólo 6 eran conocedores de la existencia de un protocolo sanitarios específico para la MGF.

Los sistemas sanitarios deberían intervenir en este problema e invertir recursos en el abordaje de las mujeres mutiladas o en riesgo de serlo. La implantación de medidas de prevención y detección de casos reales y casos de riesgo o el desarrollo de campañas de sensibilización y educación para la salud dirigidas a familias de riesgo, son estrategias que pueden apoyar la erradicación de esta práctica.

Invertir en la capacitación de los profesionales a través de programas de formación para, posteriormente, realizar intervenciones sobre la población de riesgo, va a tener como consecuencia el empoderamiento de las mujeres. Ellas conocerán realmente su sexualidad y las consecuencias que la mutilación conlleva para su salud y para la de sus hijas y, de este modo, podrán tomar decisiones fundamentadas en hechos científicos.

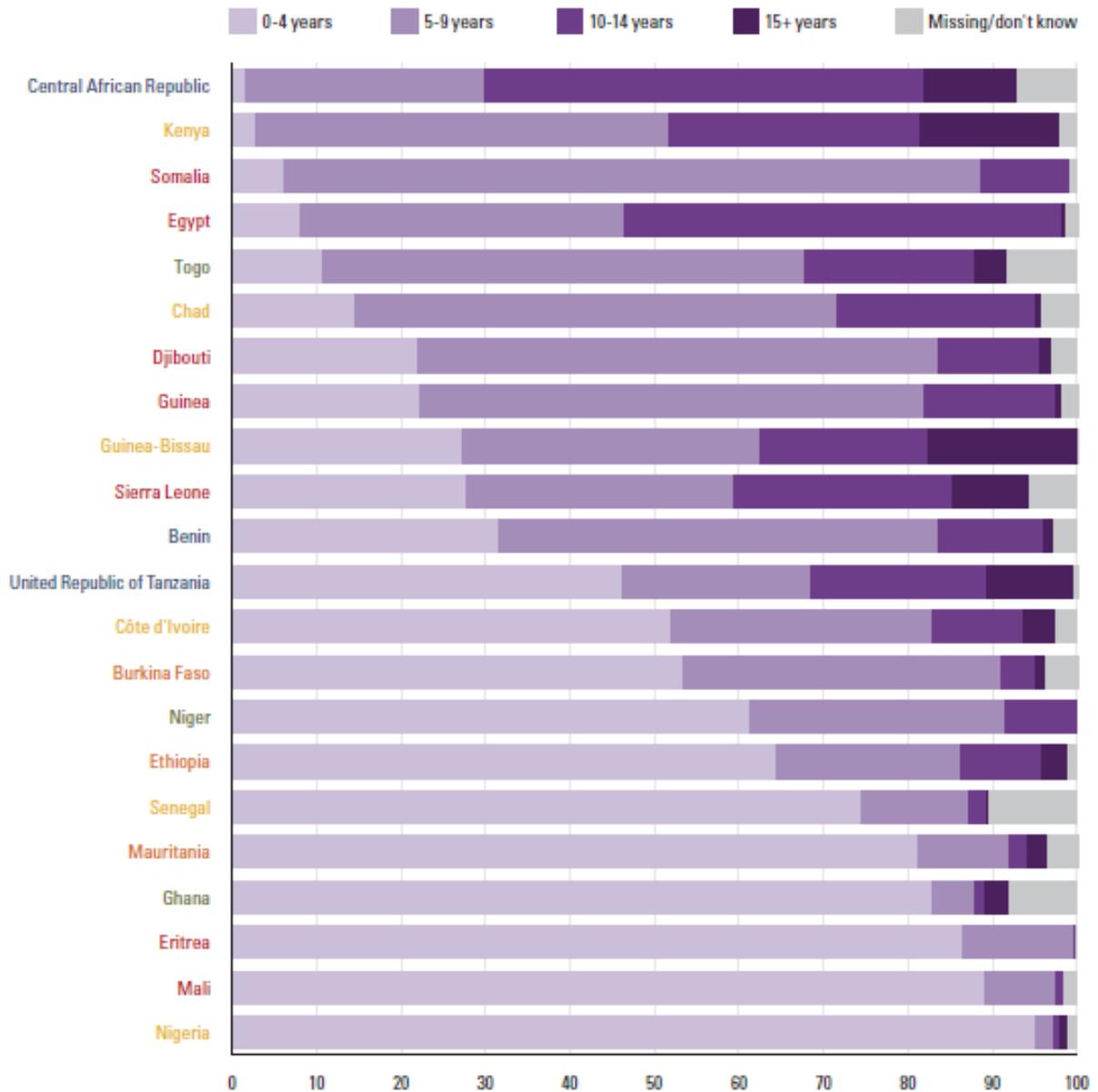
Queda demostrado que los profesionales sanitarios son la clave fundamental para poder dar una solución a este problema, destacando por encima de todas las categorías, la enfermería. Las estrategias que deben llevarse a cabo para intentar frenar la MGF se engloban dentro del cuidado de la salud, campo en el que la enfermería es experta. Los profesionales enfermeros son los más adecuados y preparados para llevar a cabo intervenciones en la comunidad y educar a la población femenina susceptible de ser mutilada. Además, las propias mujeres mutiladas afirman que son los profesionales que más confianza les aportan para conversar sobre este tema, por lo que los enfermeros deben aprovechar esa oportunidad para lograr mejorar la salud de millones de mujeres en el mundo.

Por último, es necesario remarcar que la Mutilación Genital Femenina nunca podrá ser una práctica sanitaria, aunque haya países donde intenten fomentarlo, ya que atenta contra los 4 principios éticos básicos de los profesionales sanitarios. El principio de beneficencia y el de no maleficencia van en contra del daño a la salud que produce el corte de los genitales sin ningún motivo médico. Además, el principio de autonomía determina que la persona que vaya a recibir la intervención debe hacerlo de forma voluntaria y el hecho de ser un acto que va en contra de los derechos humanos rompe el cuarto y último principio ético, el principio de justicia.

Si no se actúa de manera firme para detenerlo y continúa la tendencia actual, en la próxima década 30 millones de niñas serán mutiladas.

## ANEXO 1: RANGO DE EDAD EN EL QUE SE PRACTICA LA MGF SEGÚN EL PAÍS

Percentage distribution of girls who have undergone FGM/C (as reported by their mothers), by age at which cutting occurred



(Fuente: Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change) (11)

## ANEXO 2: CUESTIONARIO

### QUESTIONNAIRE

The reason for this survey, anonymous and voluntary, is to know your opinion as a health professional on Female Genital Mutilation or Ablation.

**Gender:**  Male  Female

**Age:** ..... years old

**Speciality:**

- General or Family medicine  Paediatric nursing  
 Gynaecology  Paediatrician  
 General nursing  Midwife  
 Social worker

*\* Estas preguntas no se realizaron para este trabajo, ya que fue dirigido a matronas y el género y la edad no fueron factores a tener en cuenta.*

**1. Do you know what ablation is?**  No  Yes

If your answer is Yes, please select the correct option:

- Removal of the clitoris  
 Removal of the labia majora  
 Removal of the labia majora and minora  
 All of the above are true

**2. Are you interested in knowing more about this topic?**  No  Yes

**3. Why do you think that the ablation is performed?**

- Religious reasons  
 Hygiene  
 Tradition

**4. Do you know in which countries it is practiced?**  No  Yes

If your answer is **YES**, please select which of them:

- Morocco  
 Senegal  
 Gambia  
 Mauritania

**5. Do you see patients ...**

... from Morocco?  No  Yes

... from Sub-Saharan Africa?  No  Yes

6. Have you met any girl to whom the ablation was performed?  No  Yes

7. How do you think we should react to this situation?

- Ignore
- Educate
- Report to authorities

8. Have you received any kind of education about this topic?  No  Yes

If your answer is **YES**, which kind of formation?

.....

If your answer is **NO**, do you have any interest in doing so?  No  Yes

9. Do you have knowledge of any protocol of actuation?  No  Yes

If your answer is **YES**, specify which:

.....

Thank you for your collaboration.

*(Fuente: Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence) (39)*

### ANEXO 3: 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.

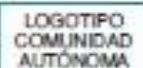
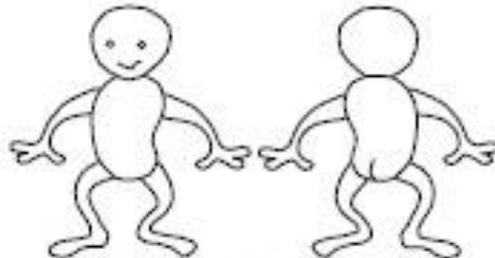
En ....., a ..... de ..... de 20.....

**Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña**

**Firma: Pediatra/ Médico**

*(Fuente: Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina) (3)*

**ANEXO 4: HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO**

	<p><b>HOJA DE NOTIFICACION DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO</b></p> <p>L = Leve    M = Moderado    G = Grave Para una explicación detallada de los indicadores, véase el dorso</p>	<p>Sospecha <input type="checkbox"/></p> <p>Maltrato <input type="checkbox"/></p>																																				
<p><b>MALTRATO FÍSICO</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Magulladuras o moretones<sup>1</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Quemaduras<sup>2</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Fracturas óseas<sup>3</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Heridas<sup>4</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Lesiones viscerales<sup>5</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Mordeduras humanas<sup>6</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Intoxicación forzada<sup>7</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Síndrome del niño zarandeado<sup>8</sup></td></tr> </table>			<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Magulladuras o moretones <sup>1</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Quemaduras <sup>2</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Fracturas óseas <sup>3</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Heridas <sup>4</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Lesiones viscerales <sup>5</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Mordeduras humanas <sup>6</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Intoxicación forzada <sup>7</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Síndrome del niño zarandeado <sup>8</sup>																				
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Magulladuras o moretones <sup>1</sup>																																					
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Quemaduras <sup>2</sup>																																					
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Fracturas óseas <sup>3</sup>																																					
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Heridas <sup>4</sup>																																					
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Lesiones viscerales <sup>5</sup>																																					
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Mordeduras humanas <sup>6</sup>																																					
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Intoxicación forzada <sup>7</sup>																																					
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Síndrome del niño zarandeado <sup>8</sup>																																					
 <p>Señale la localización de los síntomas</p>																																						
<p><b>NEGLIGENCIA</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Escasa higiene<sup>9</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Falta de supervisión<sup>10</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Cansancio o apatía permanente</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Problemas físicos o necesidades médicas<sup>11</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Es explotado, se le hace trabajar en exceso<sup>12</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>No va a la escuela</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Ha sido abandonado</td></tr> </table>		<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Escasa higiene <sup>9</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Falta de supervisión <sup>10</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Cansancio o apatía permanente	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Problemas físicos o necesidades médicas <sup>11</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Es explotado, se le hace trabajar en exceso <sup>12</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	No va a la escuela	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Ha sido abandonado	<p>Otros síntomas o comentarios:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 150px; width: 100%;"></div>																						
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Escasa higiene <sup>9</sup>																																					
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Falta de supervisión <sup>10</sup>																																					
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Cansancio o apatía permanente																																					
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Problemas físicos o necesidades médicas <sup>11</sup>																																					
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Es explotado, se le hace trabajar en exceso <sup>12</sup>																																					
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	No va a la escuela																																					
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Ha sido abandonado																																					
<p><b>MALTRATO EMOCIONAL</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Maltrato emocional<sup>13</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Retraso físico, emocional y/o intelectual<sup>14</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Intento de suicidio</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G</td><td>Cuidados excesivos / Sobreprotección<sup>15</sup></td></tr> </table>		<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Maltrato emocional <sup>13</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Retraso físico, emocional y/o intelectual <sup>14</sup>	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Intento de suicidio	<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Cuidados excesivos / Sobreprotección <sup>15</sup>																													
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Maltrato emocional <sup>13</sup>																																					
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Retraso físico, emocional y/o intelectual <sup>14</sup>																																					
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Intento de suicidio																																					
<input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> G	Cuidados excesivos / Sobreprotección <sup>15</sup>																																					
<p><b>ABUSO SEXUAL</b></p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Sin contacto físico</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Con contacto físico y sin penetración<sup>16</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Con contacto físico y con penetración</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Dificultad para andar y sentarse</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Dolor o picor en la zona genital</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Cerviz o vulva hinchados o rojos</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Explotación sexual</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Semen en la boca, genitales o ropa</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Enfermedad venérea<sup>17</sup></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Apertura anal patológica<sup>18</sup></td></tr> <tr><td colspan="2">Configuración del himen<sup>19</sup> <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/></td></tr> </table>		<input type="checkbox"/>	Sin contacto físico	<input type="checkbox"/>	Con contacto físico y sin penetración <sup>16</sup>	<input type="checkbox"/>	Con contacto físico y con penetración	<input type="checkbox"/>	Dificultad para andar y sentarse	<input type="checkbox"/>	Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada	<input type="checkbox"/>	Dolor o picor en la zona genital	<input type="checkbox"/>	Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal	<input type="checkbox"/>	Cerviz o vulva hinchados o rojos	<input type="checkbox"/>	Explotación sexual	<input type="checkbox"/>	Semen en la boca, genitales o ropa	<input type="checkbox"/>	Enfermedad venérea <sup>17</sup>	<input type="checkbox"/>	Apertura anal patológica <sup>18</sup>	Configuración del himen <sup>19</sup> <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>												
<input type="checkbox"/>	Sin contacto físico																																					
<input type="checkbox"/>	Con contacto físico y sin penetración <sup>16</sup>																																					
<input type="checkbox"/>	Con contacto físico y con penetración																																					
<input type="checkbox"/>	Dificultad para andar y sentarse																																					
<input type="checkbox"/>	Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada																																					
<input type="checkbox"/>	Dolor o picor en la zona genital																																					
<input type="checkbox"/>	Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal o anal																																					
<input type="checkbox"/>	Cerviz o vulva hinchados o rojos																																					
<input type="checkbox"/>	Explotación sexual																																					
<input type="checkbox"/>	Semen en la boca, genitales o ropa																																					
<input type="checkbox"/>	Enfermedad venérea <sup>17</sup>																																					
<input type="checkbox"/>	Apertura anal patológica <sup>18</sup>																																					
Configuración del himen <sup>19</sup> <input style="width: 50px; height: 15px;" type="text"/>																																						
<p><b>IDENTIFICACIÓN DEL CASO (Tache o rellene lo que proceda)</b></p>																																						
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td colspan="2"><b>Identificación del niño</b></td> <td colspan="2">Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input checked="" type="checkbox"/> SI</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Apellidos <input style="width: 150px;" type="text"/></td> <td colspan="2">Nombre <input style="width: 150px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Domicilio <input style="width: 150px;" type="text"/></td> <td colspan="2">Localidad <input style="width: 100px;" type="text"/> Teléfono <input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Sexo <input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M</td> <td colspan="2">Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="4">Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input style="width: 100px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>Identificación del notificador</b></td> <td colspan="2">Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Centro:</td> <td colspan="2">Servicio / Consulta:</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Nombre:</td> <td colspan="2">Área sanitaria <input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo</td> <td colspan="2">N.º Colegiado <input style="width: 50px;" type="text"/></td> </tr> </table>			<b>Identificación del niño</b>		Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input checked="" type="checkbox"/> SI		Apellidos <input style="width: 150px;" type="text"/>		Nombre <input style="width: 150px;" type="text"/>		Domicilio <input style="width: 150px;" type="text"/>		Localidad <input style="width: 100px;" type="text"/> Teléfono <input style="width: 100px;" type="text"/>		Sexo <input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M		Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>		Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input style="width: 100px;" type="text"/>				<b>Identificación del notificador</b>		Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>		Centro:		Servicio / Consulta:		Nombre:		Área sanitaria <input style="width: 50px;" type="text"/>		Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo		N.º Colegiado <input style="width: 50px;" type="text"/>	
<b>Identificación del niño</b>		Caso Fatal (fallecimiento del niño) <input checked="" type="checkbox"/> SI																																				
Apellidos <input style="width: 150px;" type="text"/>		Nombre <input style="width: 150px;" type="text"/>																																				
Domicilio <input style="width: 150px;" type="text"/>		Localidad <input style="width: 100px;" type="text"/> Teléfono <input style="width: 100px;" type="text"/>																																				
Sexo <input checked="" type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M		Fecha de Nacimiento (día día/mes mes/año año) <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>																																				
Acompañante Padre <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Policía <input type="checkbox"/> Vecino <input type="checkbox"/> Otro (especificar) <input style="width: 100px;" type="text"/>																																						
<b>Identificación del notificador</b>		Fecha de Notificación (día día/mes mes/año año) <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/> <input style="width: 50px;" type="text"/>																																				
Centro:		Servicio / Consulta:																																				
Nombre:		Área sanitaria <input style="width: 50px;" type="text"/>																																				
Profesional <input checked="" type="checkbox"/> Médico <input type="checkbox"/> Enfermera <input type="checkbox"/> Trabajador Social <input type="checkbox"/> Matrona <input type="checkbox"/> Psicólogo		N.º Colegiado <input style="width: 50px;" type="text"/>																																				

(Fuente: Protocolo Común de Actuación Sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina) (3)

## BIBLIOGRAFÍA

1. UNICEF. Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern [Internet]. UNICEF; 2016. Disponible en: [https://www.unicef.org/media/files/FGMC\\_2016\\_brochure\\_final\\_UNICEF\\_SPREAD.pdf](https://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf)
2. Plan Internacional. Más de 85 Millones de Niñas Pueden Sufrir Mutilación Genital Femenina Hasta 2030 [Internet]. 2016. Disponible en: <https://plan-internacional.es/mas-de-85-millones-de-ninas-pueden-sufrir-mutilacion-genital-femenina-hasta-2030>
3. Naciones Unidas. Declaración de los derechos humanos. United Nations Human Rights: Office of the high commissioner; 1948. Disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=spn>.
4. Kaplan Marcusán A, López Gay A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012 [Internet]. Barcelona: Universitat Autònoma de Barcelona; 2012. Disponible en: [http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific\\_publications/MapaMGF2012.pdf](http://www.mgf.uab.cat/esp/scientific_publications/MapaMGF2012.pdf)
5. Fundación Dexeus Salud de la Mujer. Memoria de Actividades [Internet]. 2014 p. 69-70. Disponible en: [http://www.dexeus.com/es\\_ES/memorias-libro-online/2014/fundacion/files/assets/basic-html/page-71.html](http://www.dexeus.com/es_ES/memorias-libro-online/2014/fundacion/files/assets/basic-html/page-71.html)
6. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de Cantabria. Hablando de infancia... La Mutilación Genital Femenina. Gobierno de Cantabria; 2006.
7. Vallejo Peña C. Mutilación Genital Femenina: Violencia de género con nuevas trabas para su persecución en España. Revista de Estudios Jurídicos [Internet]. 2014 [Consultado el 5 enero 2017];14(2):4. Disponible en: <http://revistaselectronicas.ujaen.es/index.php/rej/article/view/2134/1872>
8. Naciones Unidas. Declaración de los derechos humanos. United Nations Human Rights: Office of the high commissioner; 1948. Disponible en: <http://www.ohchr.org/EN/UDHR/Pages/Language.aspx?LangID=spn>.
9. García Bueno MP. Manual de prevención de la mutilación genital femenina: Buenas Prácticas. 2ª ed. Madrid: Confederación Nacional Mujeres en Igualdad; 2016.
10. Jiménez Ruiz I, Almansa Martínez P, Pastor Bravo M, Pina Roche F. Aproximación a la Ablación/Mutilación Genital Femenina (A/MGF) desde la Enfermería Transcultural. Una revisión bibliográfica. Enfermería Global [Internet]. 2012 [consultado el 29 diciembre 2016];28(1):396-410. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000400022&lng=pt](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000400022&lng=pt)
11. Pastor Bravo M. La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina. Saberes para la disciplina enfermera. [Tesis Doctoral]. Murcia: Facultad de Enfermería de la Universidad de Murcia; 2014.
12. UNICEF. Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change [Internet]. Nueva York: United Nations Children's Foundation (UNICEF); 2013. Disponible en: [http://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/FGMC\\_Lo\\_res\\_Final\\_26.pdf](http://data.unicef.org/wp-content/uploads/2015/12/FGMC_Lo_res_Final_26.pdf)

13. Naciones Unidas. Día Internacional de Tolerancia Cero con la Mutilación Genital Femenina - 6 de febrero [Internet]. Naciones Unidas. 2017 [consultado el 4 junio 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/es/events/femalegenitalmutilationday/>
14. European Commission. Día Internacional de la Eliminación de la Violencia contra la Mujer: la Comisión Europea toma medidas para luchar contra la mutilación genital femenina [Internet]. 2013. Disponible en: [http://europa.eu/rapid/press-release\\_IP-13-1153\\_es.htm](http://europa.eu/rapid/press-release_IP-13-1153_es.htm)
15. Jiménez Ruiz I, Almansa Martínez M, Pastor Bravo M. Impacto de la Mutilación Genital Femenina en los Objetivos del Milenio. Rev Gaúcha Enferm [Internet]. 2015 [consultado el 29 diciembre 2016];36(esp):254-261. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1983-14472015000500254&lng=en&nrm=iso&tIng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472015000500254&lng=en&nrm=iso&tIng=en)
16. Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible [Internet]. Naciones Unidas. [consultado el 9 mayo 2017]. Disponible en: <http://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible/>
17. Organización Mundial de la Salud. Mutilación Genital Femenina [Internet]. 2017. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>
18. Médicos del Mundo. Diagnóstico sobre Mutilación Genital Femenina en Mallorca [Internet]. Médicos del Mundo; 2014 p. 6-7. Disponible en: <https://www.medicosdelmundo.org/actualidad-y-publicaciones/publicaciones/diagnostico-sobre-mutilacion-genital-femenina-en-mallorca>
19. Asociación Mujeres entre Mundos. Guía para la Concienciación sobre Mutilaciones Genitales Femeninas. Andalucía: Junta de Andalucía: Consejería de Igualdad y Políticas Sociales; 2016. Disponible en: [http://www.juntadeandalucia.es/institutodelajuventud/sites/igualat/images/descargas/guia\\_mutilacion\\_genital\\_femenina\\_0.pdf](http://www.juntadeandalucia.es/institutodelajuventud/sites/igualat/images/descargas/guia_mutilacion_genital_femenina_0.pdf).
20. Fundación Wassu-UAB. Tipos de MGF [Internet]. [consultado el 26 abril 2017]. Disponible en: <http://www.mgf.uab.cat/esp/mgf.html#types>
21. Casajoana Guerrero M, Caravaca Nieto E, Martínez Madrigal M. Una Visión Global de la Mutilación Genital Femenina. Matronas Prof [Internet]. 2012 [consultado el 29 diciembre 2016];13(3-4):76-82. Disponible en: <http://www.federacion-matronas.org/revista/matronas-profesion/sumarios/i/16517/173/una-vision-global-de-la-mutilacion-genital-femenina>
22. Organización Mundial de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Mutilación genital femenina. [Internet]. Washington DC: Organización Panamericana de la Salud; 2013. Disponible en: [http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com\\_docman&task=doc\\_view&gid=23949&Itemid=270](http://www2.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=23949&Itemid=270)
23. Ortega Sánchez I. Esculpir el género. 1st ed. Palma [de Mallorca]: Edicions Universitat de les Illes Balears; 2013.
24. Agirregomezkorta Ibarluzea R, Fuertes Cabrera I. La Ablación o Mutilación Genital Femenina: Guía Práctica. [Internet]. Paz y Desarrollo ONG; 2011. Disponible en: [http://pazydesa-cp505.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/12/guia\\_mgf\\_web.pdf](http://pazydesa-cp505.wordpress.com/wp-content/uploads/2016/12/guia_mgf_web.pdf)

25. Jiménez Ruiz I, Almansa Martínez P. Los hombres ante la Ablación/Mutilación Genital Femenina: Factores Culturales que Fundamentan Esta Tradición. En: Pina Roche F, Almansa Martínez P, ed. Por. Mujer y Cuidados: Retos en salud [Internet]. 1ª ed. Murcia: Universidad de Murcia; 2014 [consultado el 4 enero 2017]. p. 357-369. Disponible en: <http://libros.um.es/editum/catalog/book/1411>
26. Pastor Bravo M, Almansa Martínez P, Ballesteros Meseguer C, Pastor Rodríguez J. Contextualización de la mutilación genital femenina desde enfermería. Análisis videográfico. Enfermería Global [Internet]. 2012 [consultado el 29 diciembre 2016]; 25:426-439. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412012000100024](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412012000100024)
27. Escobedo Saiz M, Gómez Sánchez A. Mutilación Genital Femenina. ¿Estamos preparados los Profesionales de Enfermería? Nuberos Científica [Internet]. 2015 [consultado 29 diciembre 2016]; 2(16):47-52. Disponible en: <http://nc.enfermeriacantabria.com/index.php/nc/article/view/130/125>
28. Marchal Escalona N. Mutilación Genital Femenina y Violencia de Género. I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía [Internet]. Granada: Instituto de Migraciones de Granada; 2011 [consultado el 3 enero 2017]. p. 2179-2190. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4049692>
29. Delegación de Gobierno para la Violencia de Género. La Mutilación Genital Femenina en España [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014. Disponible en: [http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/MGF\\_definitivo.pdf](http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/MGF_definitivo.pdf)
30. Jiménez García Á, Granados Bolívar M. Impacto Bio-Psicológico en Mujeres Sometidas a Mutilación Genital. Rev ENE enferm [Internet]. 2016 [consultado 28 mayo 2017];10(1). Disponible en: <http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/588/mutilacion>
31. Consejo de Europa. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica [Internet]. Estambul: Consejo de Europa; 2011. Disponible en: <https://rm.coe.int/1680462543>
32. Sanz Mulas N. Diversidad Cultural y Política Criminal: Estrategias para la lucha contra la mutilación genital femenina en Europa (especial referencia al caso español). RECPC [Internet]. 2014 [consultado el 5 enero 2017];16-11(1). Disponible en: <http://criminet.ugr.es/recpc/16/recpc16-11.pdf>
33. Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros. Boletín Oficial del Estado, núm. 234, (30-09-2003).
34. Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina. Boletín Oficial del Estado, núm 163, (09-07-2005).
35. Grande Gascón M, Ruiz Seisdedos S, Hernández Padilla M. El Abordaje Social y Político de la Mutilación Genital Femenina. Portularia: Revista de Trabajo Social [Internet]. 2013

- [consultado el 4 enero 2017]; 18(1):11-18. Disponible en:  
<http://www.redalyc.org/pdf/1610/161026336012.pdf>
36. Alcón Belchí C, Jiménez Ruíz I, Pastor Bravo M, Almansa Martínez P. Algoritmo de actuación en la prevención de la mutilación genital femenina. Estudio de casos desde atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2016 [consultado el 29 diciembre 2016];48(3):200-205. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-algoritmo-actuacion-prevencion-mutilacion-genital-S0212656715003352>
  37. Martínez García E, Olvera Porcel M, Pozo Cano M, Hernández Benítez M, Amezcua Prieto C, Olmedo Requena R. Educación Sobre Mutilación Genital Femenina para Profesionales de la Salud. I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía [Internet]. Granada: Granada: Instituto de Migraciones; 2011 [consultado 4 enero 2017]. p. 2195-2199. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4049701>
  38. Francisco del Rey C. La Mutilación Genital Femenina como Problema de Salud Pública. Metas Enfermería [Internet]. 2016 [consultado el 29 diciembre 2016];19(9):3. Disponible en: <https://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80983/>
  39. Kaplan Marcusan A, Torán Monserrat P, Moreno Navarro J, Castany Fàbregas M, Muñoz Ortiz L. Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence. BMC Health Services Research [Internet]. 2009 [consultado el 9 mayo 2017];9(1). Disponible en: <https://bmchealthservres.biomedcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-9-11>
  40. Casado Mejía R, León Larios F. Conocimientos, actitudes y experiencias profesionales de las matronas de atención primaria de salud de Sevilla sobre mutilación genital femenina. Matronas Profesión [Internet]. 2014 [consultado el 4 enero 2017];15(2):56-61. Disponible en: <https://idus.us.es/xmlui/bitstream/handle/11441/26081/Conocimientos%2C%20actitudes%20y%20experiencias.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  41. García Aguado S, Sánchez López M. Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la mutilación genital femenina. Metas de Enfermería [Internet]. 2013 [consultado el 29 diciembre 2016];16(7):18-22. Disponible en: <http://www.enfermeria21.com/revistas/metas/articulo/80488/>
  42. Pastor Bravo M, Almansa Martínez P, Jiménez Ruíz I, Pastor Rodríguez J. Estrategias para el abordaje y prevención de la mutilación genital femenina desde la Enfermería: Una Revisión Videográfica. Index de Enfermería [Internet]. 2015 [consultado el 29 diciembre 2016];24(3):159-163. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962015000200009](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962015000200009)
  43. Pastor Bravo M, Almansa Martínez P. La mutilación genital femenina desde la perspectiva de las mujeres afectadas. Abordaje desde enfermería. En: Pina Roche F, Almansa Martínez P, ed. por Mujer y cuidados: Retos en Salud [Internet]. 1ª ed. Murcia: Universidad de Murcia; 2014 [consultado el 4 enero 2017]. p. 339-356. Disponible en: <http://libros.um.es/editum/catalog/book/1411>
  44. Programa de Lucha contra la Mutilación Genital Femenina [Internet]. Fundación Dr. Iván Mañero. [Consultado el 27 May 2017]. Disponible en: <http://www.fundacionivanmanero.org/all-project-list/programa-de-lucha-contra-la-mutilacion-genital-fememina/>