



MEDIKUNTZA
ETA ERIZAINNTZA
FAKULTATEA
FACULTAD
DE MEDICINA
Y ENFERMERÍA

50
URTE
AÑOS

Trabajo Fin de Grado
Grado en Medicina

Mutilación genital femenina

Revisión quinquenal de casos en el Hospital de Basurto

Autor:
Alicia Cámara Faraig
Director/a:
Amelia Valladolid Urdangaray

© 2018, Alicia Cámara Faraig

Bilbao, 22 de marzo 2018

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS.....	1
1. CONTEXTO Y CONSECUENCIAS DE LA MGF.....	2
1.1. CONCEPTO	2
1.2. CLASIFICACIÓN.....	2
1.3. CONSECUENCIAS	4
1.3.1. Consecuencias físicas inmediatas	5
1.3.2. Consecuencias a largo plazo.....	5
1.3.3. Consecuencias psicológicas.....	6
1.3.4. Consecuencias sobre la sexualidad de la mujer.....	7
1.4. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA DE LA MGF	7
1.5. CONTEXTO SOCIOCULTURAL	9
1.5.1. Historia	9
1.5.2. Ritos de iniciación	10
1.5.3. Mitos y creencias.....	11
1.6. MGF EN OCCIDENTE	12
2. MARCO JURÍDICO.....	14
2.1. LEGISLACIÓN AFRICANA.....	14
2.2. LEGISLACIÓN EUROPEA.	16
2.3. LEGISLACIÓN ESPAÑOLA	16
3. ACTUACIÓN SOCIO SANITARIA.....	18
3.1. PREVENCIÓN DE LA MGF	19
3.1.1. Factores de riesgo	20
3.1.2. Prevención en atención primaria.....	20
3.1.3. Prevención en obstetricia.....	21
3.1.4. Actuación pediátrica	21
3.1.5. Educación como herramienta	24
3.2. ATENCIÓN A LA MUJER MUTILADA	28
3.2.1. Atención primaria	28
3.2.2. Ginecología y obstetricia	
3.2.2.1. Ginecología.....	29
3.2.2.2. Obstetricia.....	30
3.3. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES.....	32
4. ESTUDIO CASUÍSTICO	33

4.1. PLANTEAMIENTO Y METODOLOGÍA.....	33
4.2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	34
4.3. CONCLUSIONES	43
5. BIBLIOGRAFÍA	44

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Vivimos en una época convulsa, llena de contradicciones y retos. Hemos alcanzado un desarrollo y tecnología inigualables, pero siguen persistiendo simultáneamente ciertos ritos ancestrales. En muchos lugares del mundo, las mujeres son objeto de prácticas como la quema de la novia, el infanticidio femenino, la violación, el asesinato de honor o el matrimonio precoz y forzado. Las creencias tradicionales y los valores son interpuestos como justificación para perpetuar las prácticas tradicionales perjudiciales (PTP). Otra de estas prácticas es la mutilación genital femenina (MGF), objeto de este trabajo.

A pesar de ser una práctica penada en muchos países, más de 200 millones de mujeres han sufrido algún tipo de mutilación genital y más de 3 millones están en riesgo de padecerla cada año⁽¹⁵⁾. Las madres y las abuelas insisten en la mutilación genital de sus hijas y nietas para prepararlas para su elegibilidad en matrimonio, la única garantía de status social en su comunidad. Se trata de una muestra extrema de la desigualdad de género, que atenta contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres y contra el derecho a la salud e integridad del propio cuerpo.

Este trabajo consta de dos partes, una teórica y otra práctica. En la parte teórica, se realizará una revisión bibliográfica sobre la mutilación genital femenina. El objetivo es conocer su contexto sociocultural, las consecuencias sobre las mujeres mutiladas y el manejo de los casos en nuestro medio.

En la parte práctica, se analizarán los resultados obstétricos obtenidos en el Hospital de Basurto de mujeres con MGF que dieron a luz entre enero del 2013 y diciembre de 2017 a través de la información obtenida de historias clínicas de la Unidad de Maternidad del hospital. El objetivo es estudiar si las mujeres mutiladas presentan más complicaciones durante el parto que las mujeres sin MGF y comparar si los resultados hallados son coherentes con otros estudios publicados.

1. CONTEXTO Y CONSECUENCIAS DE LA MGF

1.1. CONCEPTO

La mutilación genital femenina (MGF) se define como todos aquellos procedimientos que, de forma intencionada y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos ⁽⁸⁾. Se incluye dentro de las conocidas como prácticas tradicionales perjudiciales (PTP) ⁽⁶⁾.

El término *circuncisión femenina* ha sido empleado con frecuencia, asemejando esta práctica a la circuncisión masculina y escondiendo la gran diferencia que existe entre ambas por su gravedad y sus consecuencias devastadoras. El concepto *mutilación* es, en general, mejor aceptado por la comunidad internacional y por las asociaciones de mujeres africanas por la connotación negativa, y rechazado por quienes apoyan esta práctica. Para las entrevistas clínicas con los pacientes es común usar *corte*, ya que su neutralidad permite una mejor comunicación con ellos ⁽¹³⁾.

1.2. CLASIFICACIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se puede clasificar la MGF en cuatro tipos en función de las zonas extirpadas ⁽⁸⁾:

Tipo I: Clitoridotomía. Supresión del prepucio con o sin supresión de todo o parte del clítoris. Es la que se practica con mayor frecuencia.

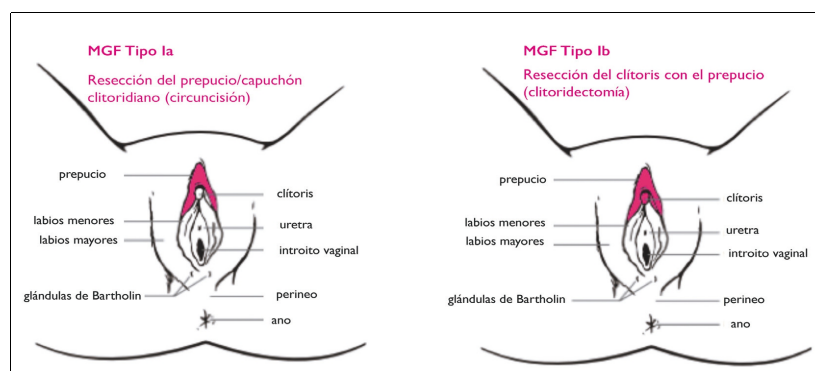


Figura 1: Representación didáctica de los tipos de MGF tipo I. Fuente: Kaplan A, Aliaga N, Salas N, et al. MGF. Manual para profesionales. UAB; 2017.

Tipo II: Clitoridectomía. Supresión del clítoris con extirpación total o parcial de los labios menores. Puede afectar también a los labios mayores. Se subclasifica en función de la afectación de estos tres elementos (clítoris, labios menores y labios mayores).

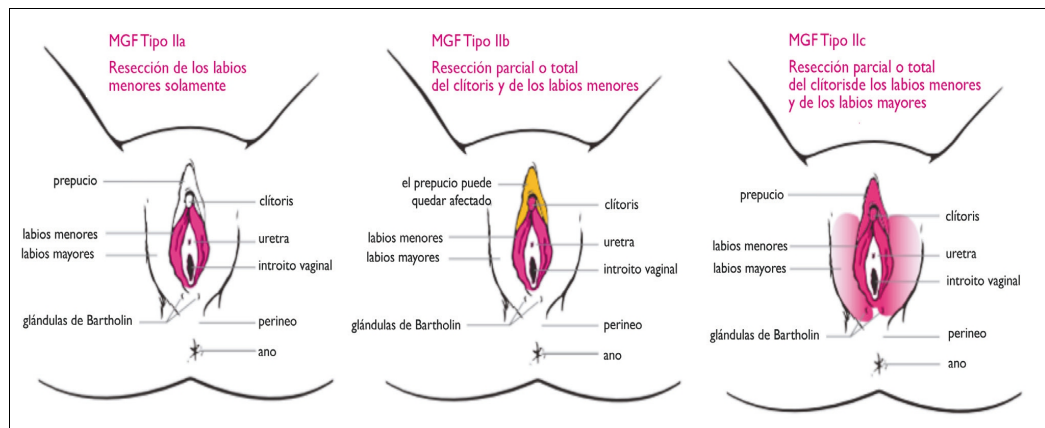


Figura 2: Representación didáctica de los tres tipos de MGF tipo II. Fuente: Kaplan A, Aliaga N, Salas N, et al. Mutilación genital femenina. Manual para profesionales. UAB; 2017.

Tipo III: Infibulación. Sutura de la apertura vaginal a fin de estrecharla mediante el corte y recolocación de los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris. Se deja dos pequeños orificios a través de los cuales eliminar la orina y la sangre menstrual. Es la menos frecuente, se realiza primordialmente en los países del Cuerno de África (Somalia, Sudán y Yibuti) y constituye entre el 15% y el 20% de los casos.

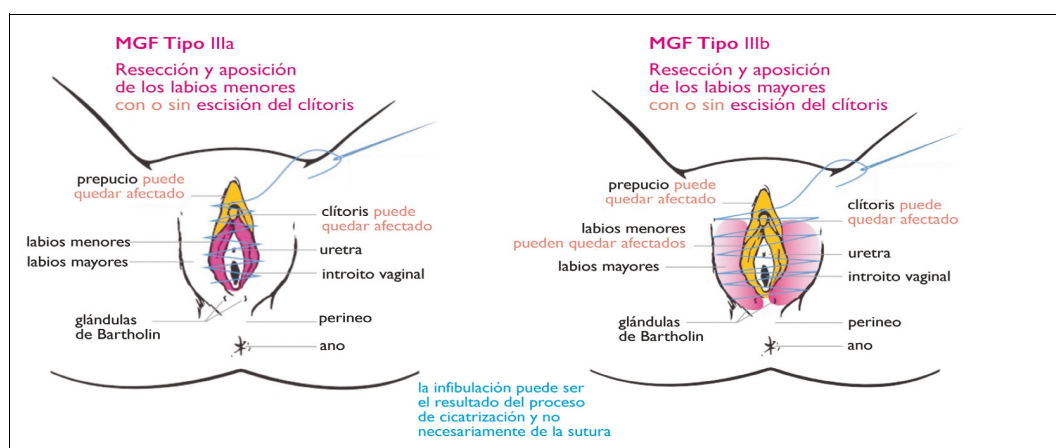


Figura 3: Representación didáctica de los tipos de MGF tipo III. Fuente: Kaplan A, Aliaga N, Salas N, et al. Mutilación genital femenina. Manual para profesionales. UAB; 2017.

Tipo IV: Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos de severidad variable y sin finalidad terapéutica como, por ejemplo:

- Punción, piercing o incisión en el clítoris y/o los labios.
- Elongación del clítoris y/o los labios.
- Cauterización (burning) del clítoris y del tejido adyacente.
- Raspaduras (cortes tipo angurya) del orificio vaginal o corte (cortes tipo gishiri) de la vagina.
- Introducción de sustancias corrosivas en la vagina para causar sangrado, o hierbas en la vagina con la intención de estrecharlo (dry sex o introducción de cocaína en la vagina)
- Cualquier otro procedimiento que se pueda incluir en la definición de MGF.

Las estimaciones de la OMS indican que aproximadamente el 85% de los casos de MGF incluyen los tipos I o II. Cabe destacar que a veces es difícil clasificar un procedimiento que hacen las mujeres mayores con cuchillos o hojas de afeitar y posiblemente con problemas de visión, propios de la edad.

1.3. CONSECUENCIAS

La resección y el daño del tejido genital femenino sano trae múltiples consecuencias a nivel físico, psicológico, emocional y sexual tanto de forma inmediata como a medio y largo plazo.

Los factores que influyen en las consecuencias físicas son la extensión de la herida, la habilidad del “operador”, la limpieza de los utensilios (cuchillas de afeitar, cristales, navajas, tapas de latas, etc), el estado físico de la niña o adolescente y el tipo de mutilación (la tipo III es la más agresiva).

Como se ha mencionado, además de por la intervención en sí, dichas consecuencias se deben a que suele realizarse sin unas mínimas condiciones higiénicas, con un mismo utensilio para todas las niñas. Por ello, una tendencia bastante extendida en diferentes países de África es la **medicalización de la práctica**, es decir, la realización de la mutilación en hospitales o centros médicos. Los sectores que apoyan este enfoque argumentan que, dado que no

pueden evitar que se mutile a las niñas, así se minimizan las secuelas. Sin embargo, incluso en las mejores condiciones, se trata de un procedimiento quirúrgico innecesario que va en detrimento de la salud de la mujer y viola dos de los principios de la bioética (no maleficencia y justicia). La medicalización sólo consigue perpetuar la MGF.

1.3.1 Consecuencias físicas inmediatas

Las consecuencias inmediatas de la práctica de la mutilación pueden ser ⁽¹¹⁾:

1. Muerte por shock hemorrágico, shock neurógeno (a causa del dolor y del traumatismo) o septicemia.
2. Hemorragia. Es la complicación inmediata más frecuente (22%). Puede provocar anemia e incluso la muerte.
3. Infección. Suele aparecer a los pocos días, a causa de la contaminación de la herida con orina, excrementos o suciedad del utensilio cortante.
4. Dolor severo.
5. Choque por el dolor, el trauma psicológico y el agotamiento.
6. Lesión de órganos vecinos (con formación de fistulas): uretra, vagina o recto.
7. Retención urinaria a causa del dolor, la inflamación y la infección.

1.3.2. Consecuencias físicas a largo plazo ⁽¹¹⁾

- Ginecológicas
 - Enfermedad inflamatoria pélvica.
 - Dismenorrea.
 - Estenosis de la apertura artificial de la vagina: provoca hematocolpos (acumulación de sangre en la vagina) e imposibilidad de mantener relaciones sexuales.
- Obstétricas:
 - Partos prolongados.
 - Desgarros perineales.
 - Hemorragia post-parto.
 - Mayor tasa de cesárea.

- Mayor tasa de morbi-mortalidad perinatal.
- Tejidos cicatriciales
 - Quiste dermoide: es la complicación tardía más frecuente.
 - Infección de la herida y formación de absceso, que puede requerir un drenaje quirúrgico.
 - Pseudoinfibulación (por adherencias vulvares).
 - Queloides.
 - Neuroma: tumor benigno de un nervio, que puede ser muy doloroso.
- Enfermedades de transmisión sanguínea: VIH, hepatitis B y hepatitis C, entre otras.
- Alteración de órganos vecinos
 - Incontinencia urinaria.
 - Incontinencia fecal.
 - ITU de repetición
 - Pielonefritis crónica por obstrucción del tracto urinario, con insuficiencia renal crónica.

1.3.3. Consecuencias psicológicas

A pesar de que las consecuencias psicológicas son más difíciles de demostrar que las físicas, los relatos de las mujeres refieren diferentes manifestaciones en el ámbito psicológico: ansiedad, depresiones, terror, sentimientos de humillación y trastornos sexuales⁽¹¹⁾.

Otra reacción observada es un profundo sentimiento de contradicción propios de la colisión entre los valores de la sociedad en la que viven y los de la cultura a la que pertenecen.

Según los psicólogos, entre las mujeres sometidas a MGF se perfila un comportamiento descrito como “tranquilo” y “dócil”, considerado positivo en aquellas sociedades donde se practica⁽¹¹⁾.

1.3.4. Consecuencias sobre la sexualidad de la mujer

Sin duda alguna, la mutilación se trata de una grave violación de los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres. Incluso aunque no suprima necesariamente la posibilidad de placer, es evidente que cualquier tipo de MGF interfiere de alguna manera en la respuesta sexual.

En mutilaciones tipo II y III las primeras relaciones sexuales pueden llegar a ser extremadamente dolorosas y peligrosas con afectación de la satisfacción sexual. En muchas ocasiones, sufren anorgasmia debido a la amputación del clítoris⁽¹²⁾.

Existe una práctica llamada desinfibulación parcial que se realiza como una parte del rito matrimonial para poder permitir la penetración en aquellas mujeres con MGF tipo III. Tristemente, la tradición suele dictar la reinfibulación.

INMEDIATAS	A MEDIO Y LARGO PLAZO
Dolor intenso	Alteraciones ginecológicas: infecciones vaginales, EIP, hematocolpos, dismenorrea
Hemorragia	Alteraciones urinarias: ITUs de repetición, pielonefritis, incontinencia urinaria, retención urinaria
Shock hipovolémico, muerte	Fístulas ginecológicas Cicatrización anómala de los tejidos (fibrosis, cicatrices queloides)
Lesión de órganos vecinos	Infecciones por VIH, VHB o VHC
Retención urinaria	Anemia
Infección local	Dispareunia, disminución de la sensibilidad sexual
Septicemia	Esterilidad
Tétanos	Complicaciones obstétricas: partos prolongados, desgarros perineales, hemorragia post-parto, mayor tasa de cesárea y de morbi-mortalidad perinatal
Miedo, angustia	Sentimiento de vergüenza, angustia, estrés post-traumático, depresión

Figura 4: Consecuencias inmediatas, a medio plazo y a largo plazo de la realización de la MGF. Fuente: Aranzabal M, Esteban S, Gallo I, Isla P, Labaca I, López M et al. Mutilación genital femenina: guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2016.

1.4. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA

La mutilación genital se realiza principalmente en 29 países del África

subsahariana ⁽⁹⁾. Sin embargo, también es realizada en países de Oriente Medio (Egipto, Omán, Yemen y Emiratos Árabes Unidos) y Asia (India, Indonesia, Malasia, Pakistán y Sri Lanka). Asimismo, se han descrito casos más aislados en América Latina (Brasil, Colombia, México y Perú). ⁽¹³⁾

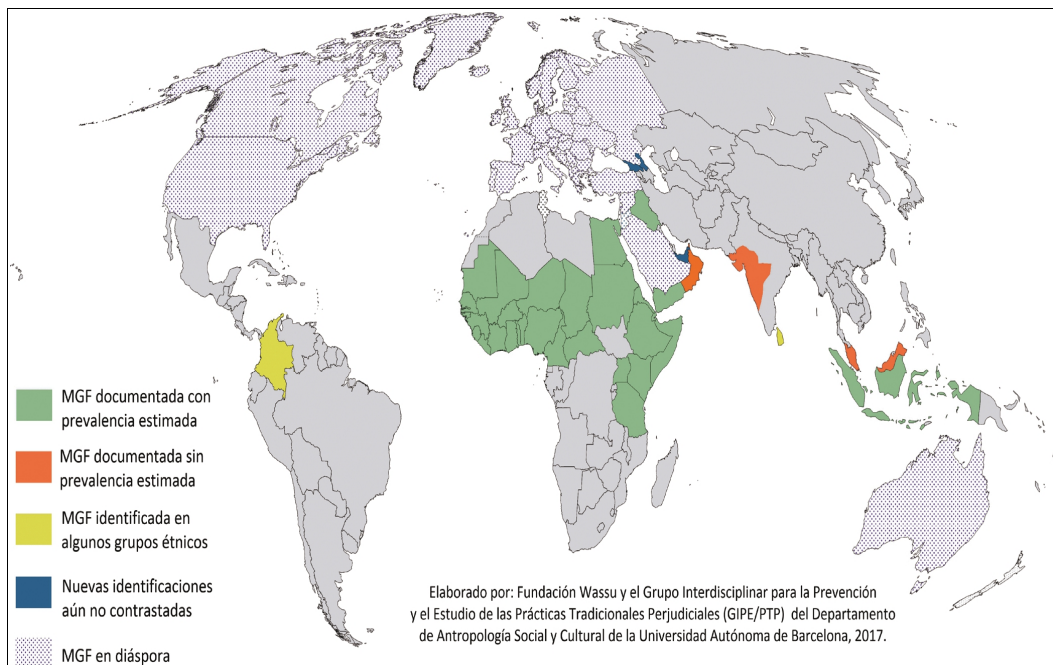


Figura 5: Mapa de distribución mundial de la MGF. Fuente: Kaplan A, Aliaga N, Salas N, et al. Mutilación genital femenina. Manual para profesionales. UAB; 2017.

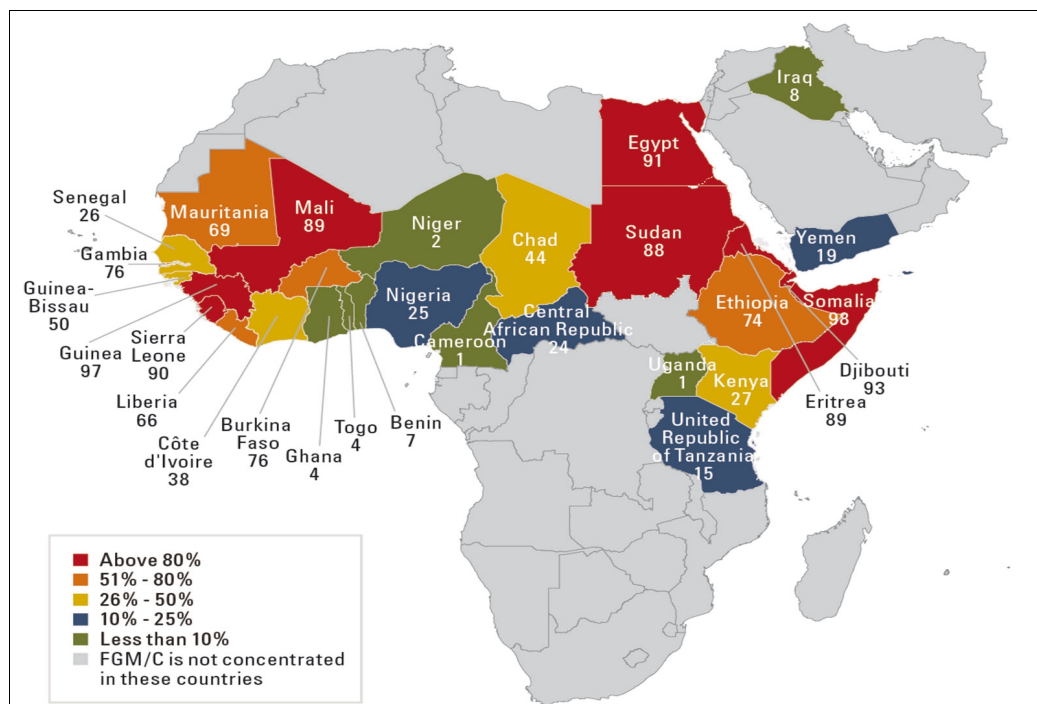


Figura 6: Mapa porcentual de mujeres mutiladas distribuido por países en el continente africano. Fuente: United Nations Children's Fund. Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern. Nueva York: UNICEF;2016

En el frente africano, las organizaciones no gubernamentales, distintos organismos de Naciones Unidas y algunos gobiernos están comprometidos en la lucha para liberar a las mujeres de la MGF. Según la Organización mundial de la salud (OMS) en el año 2016 se consiguió que alrededor de 3000 comunidades abandonaran la práctica.

Es de vital importancia recalcar que se realiza en el contexto cultural de una etnia, es decir, no está relacionada con una religión en concreto ni obedece a una distribución geográfica correspondiente exactamente a un país.

1.5. CONTEXTO SOCIOCULTURAL

1.5.1. Historia

Aunque se desconoce con certeza el origen de la MGF, lo más probable es que esta práctica se originase en Egipto, debido a las referencias en el papiro Harris⁽⁷⁾. El primer autor que habla de la clitoridectomía es Estrabón (geógrafo griego que visitó Egipto el año 25 a.C.), en un momento en que Egipto hacía tres siglos que estaba bajo dominio griego. Posiblemente la MGF ya se practicaba antes de la llegada de los griegos y fue vista no como un procedimiento médico per se, sino quizás como un rito religioso asociado a la vida del templo⁽⁶⁾.

Por otro lado, la clitoridectomía también se practicó en Europa y EEUU a lo largo de los siglos XVIII, XIX y comienzos del XX, como tratamiento de epilepsia, histeria, problemas ginecológicos y migraña⁽⁷⁾. La infibulación, en cambio, dataría de la época romana aplicada a los esclavos jóvenes de ambos sexos para impedirles relaciones sexuales y embarazos. También hay constancia de la consumación de este rito en etnias de Asia, la Alta Amazonia y Australia.

En conclusión, si bien desconocemos su origen, podemos afirmar que ha sido una práctica realizada por diversos pueblos, en todos los continentes y en todas las épocas históricas.

1.5.2. Rito de iniciación

Salvo excepciones, la MGF ha tenido un significado común: simbolizar el paso de niña a mujer adulta casadera que puede concebir. Este reconocimiento de la pubertad social a menudo no se corresponde con la pubertad fisiológica, variando en función de las etnias desde los 4 años hasta los 15. También existen etnias en las que lo realizan en otros momentos importantes en la vida de la mujer como antes de contraer matrimonio, durante el embarazo o en el posparto.

Actualmente, la tendencia es realizar la MGF cuando la niña es muy pequeña para minimizar los recuerdos dolorosos, evitar su oposición y ocultar mejor el procedimiento a las autoridades.

El rito de iniciación, conocido como *kaseo* para los hombres y como *ñyaka* para las mujeres, se divide en tres fases⁽⁶⁾:

- Separación. Los niños y niñas son separados del resto de la comunidad, divididos en función de su sexo y circuncidados, cortando el prepucio a los varones o mutilando en cualquiera de sus formas a las niñas. La operación de una niña es realizada por la *Ngnangsimbah*, una anciana a la que se le atribuyen poderes mágicos y que ejerce como partera en los poblados.
- Marginación. Corresponde al tiempo de cicatrización de la herida, que en los hombres dura de dos a tres semanas y en las mujeres se prolonga de dos a ocho semanas en función del tipo de intervención. Durante esta fase, se les transmiten las enseñanzas necesarias para formar parte del mundo adulto y los valores socioculturales de su pueblo mediante mitos, tabúes y prohibiciones.
- Agregación. Finalmente se celebra una fiesta para presentar públicamente a las iniciadas con sus nuevos roles y estatus .

En la actualidad, en algunas culturas y sobre todo en las zonas más urbanas, el acto se realiza individualmente y sin celebraciones, a consecuencia de las sanciones penales impuestas en los países donde se practica y de las campañas internacionales contra la MGF.

1.5.3. Mitos y creencias

La MGF se ha preservado hasta nuestros días por el gran peso que tiene en la comunidad al dotar a la niña de una identidad étnica y de género. Se considera la mutilación como un paso necesario para garantizar su pureza como sinónimo de virginidad. Preservar la misma hasta el matrimonio es un signo de dignidad y de honra tanto para la mujer como para su familia, su futuro esposo y la familia de este.

Además, se defiende que extirpar los genitales de una mujer parcial o totalmente aporta beneficios tales como un aumento del placer en las relaciones sexuales para el varón o asegurar la fidelidad de la mujer.

Dado que en ciertas etnias los genitales femeninos son considerados como feos y sucios, la mutilación se posiciona como una forma de preservar y mejorar la higiene y la estética femeninas. Así, una mujer cortada es una mujer limpia y hermosa.

Además de los supuestos beneficios en el ámbito sexual ya mencionados, también hay referencias a la reproducción. Defienden que el clítoris podría llegar a crecer hasta alcanzar el tamaño de un pene trayendo fatales consecuencias como dificultar la penetración o causar la muerte del bebé al nacer. No sólo argumentan la protección del niño en su nacimiento, sino un parto mejor y más sencillo. Además, creen que la MGF mejora la fertilidad.

En general, se puede decir que en muchas etnias la MGF es el valor primordial de la mujer; su carta de presentación para su futura labor: ser esposa y madre. Así lo demuestran las canciones, poemas e historias que ridiculizan a aquellas mujeres que no han sido circuncidadas.

Es importante entender que la comisión de esta intervención no se hace con intención dolosa. Si tomamos en cuenta el contexto antropológico y las consecuencias sociales que implica no mutilarlas (aislamiento, ostracismo social, marginación, imposibilidad de contraer matrimonio, etc.), quienes perpetran la MGF lo hacen en defensa de los que ellos consideran el máximo bienestar de sus hijas.

1.6. MGF EN OCCIDENTE

En una sociedad tan compleja como la nuestra, existen colectivos plurales con diversas concepciones de la salud que se deben respetar. Sin embargo, la promoción de la diversidad cultural no significa aceptar todas las tradiciones de una cultura, si estas no mantienen la premisa de la igualdad de todo ser humano y el ejercicio de su libertad.

Como indicábamos anteriormente, la MGF ha dejado de ser un problema locorregional. Esto implica la necesidad de comprender la situación de los inmigrantes que llegan a nuestra sociedad. Muchos de ellos llegan en una situación irregular, por lo que sus urgencias son de carácter laboral, residencial, legal, escolar, etc. y el concepto de mutilación para ellos deja de ser primordial. Tras esto, el racismo y la xenofobia arraigados en Occidente les excluyen de la vida comunitaria. Sus costumbres y prácticas identitarias son en ocasiones ridiculizadas y menospreciadas. La mutilación es perseguida y las mujeres intervenidas son estigmatizadas.

En nuestro medio, cada vez hay mayor conciencia sobre la libertad de la mujer en la toma de sus decisiones incluyendo el derecho a decidir sobre su propio cuerpo. Para las hijas de estas personas inmigrantes se produce un intenso choque cultural. Por una parte, están las enseñanzas heredadas de sus ancestros y por la otra, las tradiciones y costumbres del país en el que han nacido, crecido y probablemente construirán su vida. Su posible mutilación pueda convertirse en un hecho profundamente traumático.

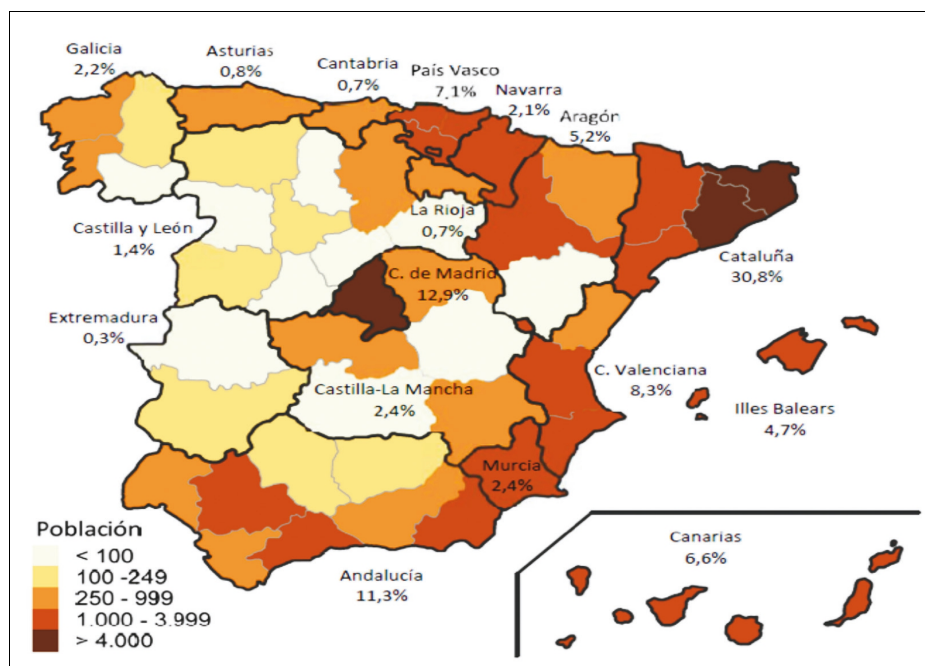


Figura 7: Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016. Fuente: Kaplan A, Aliaga N, Salas N, et al. Mutilación genital femenina. Manual para profesionales. UAB; 2017.

Tabla 1. Población femenina de origen MGF, según país de origen y grandes grupos de edad, 2016						
País origen	0-14	15-24	25-39	40-54	55+	Total
Nigeria	5.116	906	10.114	2.933	179	19.248
Senegal	4.092	1.625	5.790	3.089	584	15.180
Gambia	1.576	799	1.720	1.199	91	5.385
Guinea	1.024	547	1.597	779	608	4.555
Ghana	1.179	467	1.554	986	132	4.318
Malí	1.496	362	1.511	189	17	3.575
Mauritania	740	319	801	662	184	2.706
Camerún	463	327	1.019	537	151	2.497
Etiopía	1.295	208	219	145	25	1.892
Egipto	390	177	531	282	343	1.723
Guinea-Bissau	207	307	502	360	76	1.452
Kenia	46	62	617	302	103	1.130
Costa de Marfil	230	163	414	196	40	1.043
Indonesia	75	71	366	199	321	1.032
Iraq	91	76	248	202	184	801
Burkina Faso	100	66	151	68	11	396

Figura 8: Tabla de las mujeres originarias de países donde se realiza la MGF asentadas en España en el año 2016. Distribuido por países y edades. Fuente: Kaplan A, Aliaga N, Salas N, et al. Mutilación genital femenina. Manual para profesionales. UAB; 2017.

Otro concepto especialmente importante es el mito del retorno, es decir, la idea que tienen las familias de volver a su país de origen. Este punto marcará la diferencia a la hora de tomar ciertas decisiones. Si una mujer no hubiese sido mutilada y su familia tiene la firme idea de volver a su país, debería ponerse en

marcha el protocolo de prevención, ya que el miedo a ser marginada de su comunidad por ser considerada impura es un riesgo. Sin embargo, el mito del retorno puede usarse positivamente educando a las mujeres sobre salud sexual y reproductiva, mostrándoles sus derechos y logrando que sean el motor del cambio en sus países de origen.

2. MARCO JURÍDICO

Antes de exponer la visión legal de la mutilación genital femenina, conviene hacer algunas puntualizaciones. Como en todos los ámbitos, la intervención del derecho y, fundamentalmente, del derecho penal deberá ser el último recurso a utilizar ante las conductas que se pretende evitar.

Con la MGF nos encontramos ante una cuestión de profundas diferencias culturales: diferencias entre nuestras creencias y principios básicos reconocidos en los derechos humanos universales y las creencias y tradiciones de los pueblos que la practican.

Así pues, no podemos olvidar que los familiares que practican y promueven la MGF creen que ésta tiene efectos beneficiosos para la niña, ya que tradicionalmente ha sido así en su cultura de origen. Esto no quiere decir que el derecho y los mecanismos legales para proteger a los menores deban desvincularse del problema, pero sí que deberemos afrontar estos casos con especial sensibilidad y desde el conocimiento de la realidad social al aplicar el derecho.

Esto quiere decir que la necesidad de acudir a la vía judicial se dará cuando haya fracasado la labor informativa y preventiva y/o ante el riesgo de que una menor haya sufrido una mutilación genital o pueda ser objeto de ella.

2.1. LEGISLACIÓN AFRICANA

En África muchos países han aprobado una ley específica sobre la MGF como Senegal, Mali, Burkina Faso, Mauritania o Ghana. Sin embargo, otros se han

remitido expresamente al Código Penal o Criminal para perseguir la mutilación genital y otros países no tienen una ley específica ni se remiten al Código Penal.

Algunos de los hitos relevantes en el continente africano son ⁽¹³⁾:

- Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos aprobada el 27 de julio de 1981 (CARTA BANJUL).
- Declaración de Derechos Humanos del Islam. Conferencia islámica de El Cairo 1990.
- Encuentro de expertos/as de 28 países africanos en El Cairo, el 23 de junio de 2003.
- Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los derechos de la mujer en África, adoptada en Maputo el 11 de julio de 2003 (PROTOCOLO DE MAPUTO)
- Solemne Declaración de Igualdad de Género en África de julio de 2004.
- Conferencia de Dakar el 3 y 4 de mayo de 2010.

Legislación de la MGF en África		
Pais	Año	Legislación
Benin	2003	Ley específica
Burkina Faso	1996	Ley específica
Camerún		
República Centroafricana	1996	Ordenanza equivalente a ley nacional
Chad	2002	Ley específica
Costa de Marfil	1998	Ley específica
Djibouti	1995	Artículo específico en Código Penal
República Democrática del Congo		
Egipto	1996	Orden ministerial
Eritrea	2007	
Etiopía	1994	Artículo específico en la Constitución
Gambia		
Ghana	1994	Artículo específico en la Constitución
Guinea	2006	
Guinea Bissau		
Kenia	2001	Artículo específico en la Ley de protección de la infancia
Liberia		
Mali	2002	
Mauritania	2005	
Niger	2003	Artículo específico en Código Penal
Nigeria	2000	No a nivel nacional pero múltiples estados han legislado
Senegal	1999	Artículo específico en Código Penal
Sierra Leona		
Somalia		
Sudán (norte)	2003	Artículo específico en Código Penal
República Unificada de Tanzania	1998	Artículo específico en Código Penal
Togo	1998	Ley específica
Uganda		
Yemen		

Figura 9: Legislación sobre la mutilación genital femenina en el continente africano. Fuente: Kaplan A, Aliaga N, Salas N, et al. Mutilación genital femenina. Manual para profesionales. UAB; 2017.

2.2. LEGISLACIÓN EUROPEA

Según el Consejo de Europa, la MGF es una violación muy grave de los Derechos Humanos y una forma de violencia injustificable contra la mujer. En la Resolución 1247 del año 2001, se solicita a los Estados miembros del Consejo la elaboración de legislación específica que prohíba la mutilación genital y declare la misma como una violación de los derechos humanos y de la integridad corporal. Además, se les insta a enjuiciar a los responsables "incluidos los miembros de la familia y el personal de salud, por cargos penales de violencia con resultado de mutilación, incluidos los casos en que esa mutilación se cometa en otros países". En esta resolución también se exhorta a los Estados a ofrecer asilo a las madres e hijas que teman ser sometidas a la MGF. ⁽⁷⁾

El Convenio de Estambul, firmado el 11 de mayo de 2011, fue el primer tratado sobre violencia contra la mujer y violencia en el seno familiar emitido por el Consejo Europeo. Los firmantes, entre ellos España, se comprometieron a adoptar las medidas necesarias para tipificar como delito cuando se cometa de modo intencionado el acto en sí de la mutilación genital o la participación secundaria en ella obligando, incitando o proporcionando los medios necesarios para realizarla. Entró en vigor en España el 1 de agosto de 2014⁽²⁾.

2.3. LEGISLACIÓN ESPAÑOLA

Debido a nuestra localización geográfica, España es un país que acoge a muchos inmigrantes procedentes de zonas donde la MGF es habitual. Según los datos del INE de abril de 2013, la población censada en España procedente de países donde se sigue practicando MGF era de 204.434 personas, de las que un 26% eran mujeres. En la Comunidad autónoma vasca viven unas 11.000 personas con esa misma procedencia⁽⁹⁾. Por ello, en nuestro medio es de importancia capital conocer la legislación relacionada.

En España cualquier tipo de MGF practicada constituye un delito de lesiones tipificado en el artículo 149 L.O. 11/2003 del Código Penal. Se establece una pena de 6 a 12 años de prisión para el que perpetre la mutilación y, en caso de

que ésta sea realizada a una menor, puede llegar a aplicarse la inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda y acogimiento por un periodo de entre cuatro a diez años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.⁽⁷⁾

En 2005 se aprobó la Ley Orgánica 3/2005 por la que la práctica de la MGF se persigue extraterritorialmente⁽⁷⁾. Tras alguna modificación posterior en marzo del 2014 se aplica así:

- Si una niña con nacionalidad española o cuya residencia esté fijada en nuestro país viaja al país de origen y es mutilada se aplica la extraterritorialidad. Se imputará a los padres si tienen la nacionalidad española o permiso de residencia.
- Si el autor no está en España no podrá ser juzgado.
- Si una niña con nacionalidad española o cuya residencia está fijada en nuestro país se niega a ser mutilada puede dirigirse al consulado español como ciudadana española.
- Si una niña llega mutilada a España no se puede juzgar el delito porque, cuando se produjo la comisión del mismo, la niña no era residente ni ciudadana española.

En cuanto a los trabajadores sanitarios, no tomar las medidas pertinentes ante el conocimiento de la realización inminente de una mutilación puede considerarse un delito de omisión del deber tipificado en el artículo 450 del Código Penal.

La mutilación genital femenina también puede llegar a vincularse en España con el derecho a asilo en la Ley 5/1984, de 26 de marzo, reguladora del derecho de asilo y de la condición de refugiado, modificada por la Ley 9/1994, de 19 de marzo. Se podría reconocer el asilo por motivos de temor justificado de verse sometida a una mutilación genital recurriendo al concepto de grupo social⁽⁶⁾.

Además, el artículo 13 de la L.O. 1/1996 de Protección Jurídica del Menor expone que⁽²⁾:

- Toda persona o autoridad y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de maltrato, de riesgo o de posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise.
- Toda persona que tuviera noticia, a través de cualquier fuente de información, de un hecho que pudiera constituir un delito contra la libertad e indemnidad sexual, de trata de seres humanos, o de explotación de menores, tendrá la obligación de ponerlo en conocimiento del Ministerio Fiscal sin perjuicio de lo dispuesto en la legislación procesal penal.

Sin embargo, a pesar de que el deber de un médico es emitir un parte de lesiones y poner en conocimiento de la Fiscalía de Menores, hay que tener en cuenta el contexto buscando siempre el bien superior de la menor. Como antes mencionábamos, la MGF no suele realizarse con intención dolosa, si no como un trámite necesario para la aceptación de sus hijas en la comunidad. Si el fallo judicial dictamina la encarcelación de los padres y la retirada de la patria potestad, custodia y tutela, la menor puede acabar en una situación de desarraigo más nefasta que la mutilación en sí misma. ⁽²⁾

Teniendo en cuenta todo ello, queda claro que la prevención es el mejor camino para preservar la integridad física, psicológica y emocional de la niña, así como educar a las familias para conseguir la erradicación de la MGF.

3. ACTUACIÓN SOCIOSANITARIA.

En lo relativo a la MGF, se nos plantean dos objetivos principalmente: prevenir la mutilación de las niñas que pertenecen a una familia favorable a esta práctica y tratar a aquellas niñas o mujeres que ya están mutilada⁽²⁾⁽⁹⁾⁽¹³⁾. Para ello, se necesitará la coordinación de los servicios de salud, sociales y educativos que

intervengan a diferentes niveles para un aporte de información y apoyo continuo en el tiempo. El acompañamiento durante el proceso de cambio en espacios socio-sanitarios y educativos sólo es posible si se tiene en cuenta la necesidad de diálogo, reflexión y aprendizaje conjunto.

Aunque, por supuesto, todos los profesionales sanitarios deberían tener unas nociones básicas sobre la MGF, determinadas especialidades (Atención Primaria, Ginecología, Obstetricia y Pediatría) necesitan profundizar en el tema especialmente.

Es de vital importancia incluir a los hombres en el proceso tanto de prevención como de tratamiento.⁽⁶⁾ La MGF es una práctica comunitaria, y por ello, es más factible que se abandone si la comunidad de manera unánime actúa frente a ella. Educando a los hombres, serán conscientes de la situación de sus mujeres e hijas y será más probable que participen activamente en el cambio. Además, usualmente son los varones los que llevan más tiempo en nuestro país y conocen el idioma, por lo que pueden servir de traductores para un correcto entendimiento con la mujer.

Para evitar detectar la situación justo antes de viajar a su país de origen, se debe empezar con antelación el procedimiento de sensibilización y evaluar la necesidad de recurrir a organismos y planes específicos de apoyo adicionales.

3.1. PREVENCIÓN DE LA MGF

La intervención preventiva de la MGF se refiere a cualquier acción de educación para la salud que los y las profesionales puedan emprender con el propósito de generar actitudes positivas que fomenten el abandono de la práctica. El objetivo primordial es evitar que las niñas, hijas de madres con MGF, sean mutiladas.

Principalmente se llevan a cabo entre las mujeres (madres o posibles futuras madres de niñas), pero también con los hombres (incluyéndolos cuando sea posible), jóvenes, la familia y la comunidad extensa. Para ello, es fundamental que los médicos estén formados en materia de mutilación y entiendan todo el

contexto sociocultural antes mencionado. Además, es en este punto donde la intervención conjunta con otros organismos, como servicios sociales y colegios, pueden influir decisivamente.

Se actuará a tres niveles. La **prevención específica sistemática** se basa en los controles de niñas sanas desde su nacimiento y puede iniciarse en los controles del embarazo. La **prevención oportunista** se basa en educar a las mujeres ya mutiladas sobre los riesgos para la salud y las posibles consecuencias a largo plazo, así como sobre la ilegalidad de esta práctica aunque se realice fuera del país de acogida con el propósito de proteger a las hijas. Por último, la **prevención comunitaria** busca informar y sensibilizar a la comunidad mediante charlas con asociaciones, talleres, actividades en las escuelas y otras en las que participen figuras clave de la comunidad, siempre adecuándose a las creencias, costumbres y valores de la población a la que va dirigida⁽¹³⁾.

3.1.1. Factores de riesgo

Obviamente, el factor de riesgo más importante es tener antecedentes familiares de mujeres mutiladas, principalmente su madre y hermanas mayores. Sin embargo, también existen otros factores que debemos tener en cuenta⁽¹¹⁾:

- Procedencia de una etnia donde se practica la MGF.
- Postura familiar favorable a la mutilación.
- Pertener a una familia en la que el mito del retorno a su país existe
- Proximidad de un viaje al lugar de origen para visitar a sus familiares.

3.1.2. Prevención en Atención Primaria

El personal médico y de enfermería de Medicina de Familia desempeña un rol facilitador que activa un trabajo en red con otros agentes implicados y desempeña además una labor de acompañamiento y apoyo a la familia en todo este proceso preventivo. Por ello, es de gran relevancia que todos los sanitarios de Atención Primaria sean capaces de identificar o detectar precozmente los casos⁽²⁾.

3.1.3. Prevención en Obstetricia

El embarazo es el momento en el que, con mayor frecuencia, se detecta un caso de MGF en nuestro medio. La detección puede realizarse por la matrona o por el médico obstetra que siguen a la mujer durante todo el embarazo. Aunque la semana exacta varía según el lugar, en general ya durante el primer trimestre se produce el primer encuentro con el ginecólogo⁽⁶⁾. Si existe sospecha, hay que preguntar por la MGF y, si ha sido mutilada, debemos apuntarlo en la cartilla como problema perinatal.

El abordaje como tal de la MGF empezará entre las semanas 24-28, cuando la mujer se encuentre más cómoda y se haya establecido una relación de confianza con los profesionales sanitarios⁽²⁾. La matrona tiene en la sensibilización un papel clave, al trabajar con la familia de forma paulatina.

3.1.4. Actuación pediátrica

Al llegar a consulta una niña perteneciente a un grupo de riesgo, ya sea recién nacida o no, se le realizará el control habitual dentro del Programa de Salud Infantil. La exploración física pertinente se hará sin ningún tipo de distinción segregacional.

Se debe registrar en la historia clínica de la niña si en el informe de alta de maternidad de la niña viene recogido que su madre ha sido mutilada, además de todas las actividades de prevención que se vayan realizando a lo largo de su vida. Si no tenemos constancia, pero existen factores de riesgo se debe hacer las preguntas pertinentes a los padres. En los siguientes años se le harán las exploraciones genitales pautadas como a cualquier otra niña y se comenzarán actividades de prevención frente a la MGF como desterrar falsos mitos, resolver dudas e informar de la legislación vigente en nuestro país.

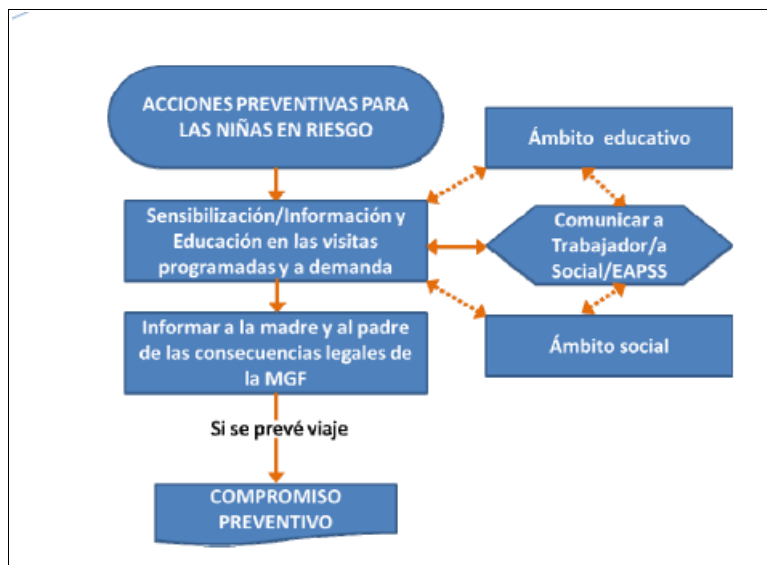


Figura 10: Diagrama de flujo sobre las acciones preventivas para las niñas en riesgo de MGF. Fuente: Aranzabal M, Esteban S, Gallo I, Isla P, Labaca I, López M et al. Mutilación genital femenina: guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2016.

Como ya se mencionaba anteriormente, los viajes al país de origen son un punto crítico en este proceso. Además de hablarles de los riesgos para su hija (físicos y psicológicos) y las repercusiones legales, también se procede a ofrecerles firmar el compromiso preventivo, es decir, un documento que firman los padres comprometiéndose a no realizar la mutilación genital femenina a su hija. Por sí sólo carece de valor a efectos legales, pero se emplea como medida disuasoria frente a los familiares que presionen para intervenir a la niña. Si los padres se niegan a firmarlo o nuestra sospecha sigue siendo alta, se debe dar parte a la fiscalía de menores para que intervengan.

La obtención del compromiso preventivo no es una finalidad en sí misma, se trata de una herramienta. Como cualquier otro compromiso, su aceptación ha de ser voluntaria y contará con el mismo grado de protección y confidencialidad que el resto de documentación que forma parte de la historia clínica. A nivel estatal, se ha incluido el compromiso preventivo en todos los protocolos autonómicos y municipales, como, por ejemplo, en Cataluña, y en la OSI Bilbao Basurto ⁽²⁾⁽⁶⁾.



COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.

Desde el Centro de Salud:

se informa a los familiares/responsables de la niña:

NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	PAÍS AL QUE VIAJA

Acerca de:

- Los riesgos sociosanitarios y psicológicos que presenta la mutilación ritual de los genitales que se realiza en algunos países, y de la vulneración que supone su práctica para los Derechos Humanos y en particular, para los derechos de la mujer y de la infancia.

- El marco legal de la mutilación femenina en España, donde esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque la mutilación haya sido realizada fuera de España, según modificación de la LOPJ 3/2005. La comisión de este delito podría acarrear pena de prisión de 6 a 12 años para los padres, retirada de la patria potestad y la posibilidad de ingreso de la niña en un centro de Protección de Menores.

- El compromiso de que, al regreso del viaje, la niña acuda a consulta con el/la Pediatra/Médico/a 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 y sociales.

El/la Pediatra/Médico/a certifica que, en los exámenes de salud realizados a la niña hasta este momento, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales.

Por todo ello:

1. **DECLARO** haber sido informado, por el profesional sanitario responsable de la salud de la niña sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.
2. **CONSIDERO HABER ENTENDIDO** el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.
3. **ME COMPROMETO** a cuidar la salud de la menor de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje, a este mismo Centro de Salud.

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

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

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña

Firma. Pediatra/ Médico

Figura 11. Fuente: Aranzabal M, Esteban S, Gallo I, Isla P, Labaca I, López M et al. Mutilación genital femenina: guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2016.

3.1.5. Educación, la herramienta clave de la prevención

La educación es un proceso largo, que requiere de escucha activa y respeto hacia sus ideas y sentimientos dejando atrás la actitud etnocentrista que tristemente impera en Occidente. Si en la sociedad occidental la cuestión de la MGF se entiende como un tema de derechos humanos, no se debe olvidar que supone para ellas exponer una experiencia íntima que representa en cierta manera la unión a su pueblo y sus creencias. Si es necesario, se puede recurrir a mediadores interculturales.

Desde un punto de vista pedagógico, la educación se deberá basar en tres apartados. Por un lado, deben reflexionar sobre sus propias actitudes, valores y sentimientos. Por otro lado, adquirirán nueva información proporcionada por el personal sanitario y los servicios sociales. Sin usar las leyes como único recurso por resultar contraproducente, debemos transmitirles aquellas relacionadas con la MGF existentes en España. La educación sexual constituye una herramienta necesaria, y útil para el abordaje de la prevención de las MGF y, por ende, la salud sexual. Por último, en base a los conocimientos adquiridos, desarrollarán nuevos recursos y habilidades, como tener una actitud crítica y constructiva respecto a sí mismas y el mundo que las rodea, y tomar decisiones en base a ella⁽¹³⁾. Como profesionales, nuestro papel se enfoca en ejercer de guías con empatía, sin juicios ni prejuicios.

Como parte de la información que les tenemos que proporcionar, aparte de las consecuencias físicas y psicológicas que atañen a la MGF, debemos ir a la raíz. Es decir, desmentir los mitos con los que han crecido y que han servido para perpetuar la mutilación. Para ello debemos contar con buenos argumentos. Se exponen, a continuación, argumentos ideados por mediadores interculturales que contrarrestan estas creencias erróneas ⁽¹¹⁾⁽¹³⁾:

MITO 1) La religión obliga:

- El Corán no hace referencia escrita a la MGF. Sin embargo, sí recoge la frase del profeta: “Cuidad de vuestras hijas y no les hagáis daño”. Es

importante que contrastemos la información que dan los imanes, porque en ocasiones les comentan que su realización tiene que ver con la religión pero no les explican de qué forma. Podemos sugerirles que pregunten a su Imán en qué lugar del Corán viene indicado que hay que realizar la MGF.

- Es algo cultural, no religioso, responde a tradiciones y su origen es pre-islámico. Hay países musulmanes que no la practican, por ejemplo Arabia Saudí. Además, también la realizan personas de religiones no islámicas, como algunos cristianos de Nigeria y Camerún. Depende de la zona y de la etnia, no de la religión.

MITO 2) Es más limpio (motivos de higiene o de pureza en la mujer):

- Si el clítoris fuera algo malo, Dios no lo pondría ahí (este es un argumento de bastante peso para las personas con creencias religiosas).
- Si se tiene la ocasión es de mucha utilidad enseñar fotografías de los genitales sin el corte para que vean que no es nada sucio ni impuro si no se corta el clítoris.

MITO 3) Supone un bien para las niñas:

- Es importante que incidamos en las repercusiones para la salud, tanto las inmediatas como a medio y largo plazo, para que relativicen la idea de que es beneficioso para las niñas.
- Si la familia que viaja a su país de origen tiene intención de volver a España y conoce la legislación española al respecto, es más probable que no la realicen. En el caso de que viajen para casar a su hija en dicho país, lo harán con mayor probabilidad puesto que suele ser indispensable para contraer matrimonio. Es importante que padres y madres se encuentren preparados para hacer frente a la presión familiar en estos casos. Por fortuna, se encuentran cada vez más hombres africanos en contra, y que además prefieren mujeres no mutiladas para casarse.

MITO 4) Son costumbres y tradiciones:

- Las tradiciones que son beneficiosas pueden conservarse, pero aquellas que tienen efectos negativos deben cambiar. Es preciso que aquellas costumbres que atentan contra los derechos de las personas y causan problemas para la salud, sean cuestionadas y cambiadas por otras que protejan la salud de las mujeres.

MITO 5) El clítoris puede crecer demasiado si no se corta (razones de estética):

- Como ya hemos comentado, pueden usarse fotografías e imágenes de genitales sin mutilar, para demostrar que el clítoris no crece y se vuelve como un pene.
- Un argumento efectivo es que el clítoris protege, ya que ayuda a la mujer a lubricar.
- A veces, las mujeres indican que si el clítoris no se corta, se produce picor en los genitales, y las mujeres han de estar todo el rato rascándose. En estos casos, pueden darse ejemplos de mujeres sin mutilar (españolas, marroquíes, Wolof...) a las que esto no les ocurre.

MITO 6) Protege la virginidad (control de la moral):

- Las mujeres no mutiladas (africanas o españolas) también son fieles, la fidelidad no depende de tener o no clítoris. Si una mujer *no está cortada*, goza de mejor salud y es más probable que disfrute con su pareja, por lo que es menos probable que busquen placer y satisfacción con otros hombres
- Hay mujeres *cortadas* que no llegan vírgenes al matrimonio.
- Conversaremos sobre la idea de que, si desean transmitir a sus hijas la relevancia de la fidelidad, no es preciso mutilar sus genitales. Lo más efectivo es la educación y la transmisión de estos valores a través de la familia.

MITO 7) Las mujeres mutiladas tienen más hijas/os:

- Una posible reflexión para las personas con creencias religiosas sería: “Si las hijas e hijos que se tienen son cosa de Dios, la MGF no tiene por qué aumentar el número de hijas/os”.
- Si las mujeres “blancas” tienen menos hijas/os no es “por no tener practicado el corte”, sino porque tienen buena información sobre métodos anticonceptivos y saben cómo planificar sus embarazos.
- La MGF conlleva complicaciones en los partos, que pueden ocasionar la muerte del bebé e incluso de la madre. Además, las infecciones producidas por la mutilación pueden ocasionar infertilidad.

MITO 8) El corte en la mujer previene los problemas de salud en sus bebés, la transmisión de enfermedades y daños en los hombres:

- Encontramos ejemplos para desmontar esta idea en las experiencias de las mujeres que no se encuentran “cortadas” (mujeres españolas, o las propias africanas pertenecientes a etnias no practicantes). Tanto unas como otras, tienen bebés sanas/os y no transmiten problemas ni infecciones a sus parejas.
- La transmisión de infecciones y enfermedades no se evita “cortando” a la mujer. En todo caso, sería justo lo contrario, puesto que la mujer que tiene practicado el corte es más vulnerable a las infecciones genitales.

MITO 9) Si una mujer se encuentra mutilada, el placer de su pareja es mayor durante las relaciones sexuales:

- Los hombres que se han encontrado en ambas situaciones saben que hay mucha diferencia entre mantener relaciones coitales con una mujer “cortada” y mantenerlas con otra que no lo está. La mujer “no cortada” tiene mayor probabilidad de sentir placer, de ser receptiva a los estímulos eróticos y de sentir deseo. Las relaciones sexuales donde participan dos y disfrutan dos, suelen ser más significativas y completas.

3.2. ATENCIÓN A LA MUJER MUTILADA

3.2.1 Atención primaria

Una mujer que ha sido mutilada puede acudir a consulta por primera vez por cualquier motivo de salud o por patologías derivadas de las secuelas de la MGF: infecciones urinarias de repetición, enfermedad inflamatoria pélvica, fistulas obstétricas, menorragia, infertilidad, etc.

En una primera consulta no es recomendable abordar el tema de la MGF, dado que en su cultura, lo relativo a la esfera sexual y reproductiva solo se expresa en el ámbito privado^{(2) (6) (9)}. Es recomendable construir una relación de confianza, respeto y confidencialidad siempre usando un lenguaje y tono adecuados. Las preguntas sobre MGF deben hacerse con naturalidad, incluyéndolas sin énfasis especial dentro de la anamnesis⁽²⁾.

Con esa relación se conseguirá la creación de puentes interculturales y se mostrará más abierta a escuchar la información sobre salud sexual y reproductiva, incluyendo la relativa a la MGF. Poco a poco, se ampliará la información, proporcionándole el contacto de servicios sociales y grupos de apoyo locales. El factor psicosocial es importante tanto en el tratamiento como en la prevención.

En la historia clínica debe quedar reflejado si se ha practicado la mutilación, qué tipo, qué secuelas presenta, qué tratamientos precisa y cuál es el plan de actuación sobre la mujer. En el caso de que la mujer tuviese hijas menores de edad, es necesario iniciar el protocolo de prevención expuesto anteriormente.

Cabe mencionar que las menores pueden acudir tanto al pediatra como al médico de familia según si son mayores de 14 años o no, por lo que los trabajadores sanitarios de ambos servicios deben conocer los protocolos específicos.

Si la niña llega ya mutilada sin haber ningún registro previo en el sistema de salud, se debe intentar recabar información sobre el origen e exploraciones previas. Si no podemos afirmar que la niña ha sido mutilada después de su

llegada a España, no se enviará parte de lesiones a la fiscalía de menores. Sin embargo, si existe constancia de que en anteriores exploraciones no estaba mutilada y que se realizaron las actividades de prevención correctas, se elaborará un parte de lesiones. Ante casos complejos se puede recurrir al Comité de Ética Asistencial.

3.2.2. Ginecología y obstetricia

Muchas de las mujeres adultas que han sido mutiladas acuden a los servicios de Ginecología y Obstetricia derivadas por los médicos de familia o porque están embarazadas.

3.2.2.1. Ginecología

La exploración, que ha de realizarse siempre con el consentimiento explícito de la mujer y debe ser muy exhaustiva porque una MGF de tipo I, la más frecuente, puede incluso pasar desapercibida si el médico no está acostumbrado a verlas.

Si existen cicatrices o mutilaciones graves, la zona genital incluyendo el introito, el periné y el tercio inferior de la vagina, pueden presentar estenosis y rigidez impidiendo realizar algunas maniobras.

En general, se realizarán los mismos procedimientos que en el resto de las mujeres. Sin embargo, en cuanto a medidas anticonceptivas, hay varias puntualizaciones en mujeres mutiladas. Si existe una mutilación grave y/o extensa, el empleo del preservativo femenino, el capuchón cervical y el diafragma no es recomendable. La colocación del DIU no será el método de elección en mujeres en las que la visualización del cérvix sea muy difícil o imposible como ocurre en la MGF tipo III. Además, los métodos naturales no son adecuados porque el flujo vaginal puede estar alterado en estas mujeres. ⁽⁹⁾

Dentro de la ginecología, también cabe mencionar la **cirugía reconstructiva**. Se trata de intervenciones quirúrgicas orientadas a disminuir el dolor durante las relaciones sexuales e incrementar el placer femenino de las mismas.

A pesar de lo prometedora que parecía esta técnica, actualmente algunas guías desaconsejan su realización al no haber evidencia de un beneficio claro que justifique someter a la mujer a una intervención de estas características. ⁽¹⁴⁾ Aunque sí se ha demostrado una mejora en ciertas complicaciones de la MGF tras la reinstauración de la anatomía general normal, los resultados han sido decepcionantes. En una revisión sistemática publicada en *International Journal of Gynecology and Obstetrics* en el 2015 ⁽¹⁾ donde se analizaban cuatro estudios internacionales, se observaron frecuentes complicaciones postquirúrgicas sin una diferencia estadísticamente significativa en la percepción de mejora de su vida sexual tras la operación. En caso de realizarse, es importante llevar a cabo un acompañamiento psicológico de la mujer antes y después de la operación para asegurar la correcta comprensión de los cambios que se producirán tanto en estética como en la función (relaciones sexuales, futuros embarazos, etc.) en esa parte de su cuerpo⁽¹²⁾.

3.2.2.2. Obstetricia

Como ya se ha mencionado anteriormente, el embarazo es el momento en el que con mayor frecuencia se detecta un caso de MGF en nuestro medio. En función del tipo de mutilación, hay determinadas consideraciones a tener en cuenta. Si estamos ante un tipo I o II informaremos a la embarazada de los posibles riesgos añadidos, pero siempre tranquilizándola. En caso de tratarse de un tipo III, se le ofrecerá una desinfibulación, es decir, una intervención quirúrgica sencilla que le permitirá mantener relaciones sexuales y el parto por vía vaginal. Lo idóneo es que ésta se practique alrededor de la semana 28, pero también puede realizarse en el parto. Es importante asegurar a la mujer que en ningún caso se le practicará una reinfibulación.⁽²⁾⁽⁶⁾⁽⁹⁾⁽¹³⁾

Por lo demás, la mujer cumplirá con el resto de sus visitas atendiendo al mismo calendario que el resto de embarazadas.

En cuanto a las complicaciones que implica la mutilación de cara al parto, los estudios publicados difieren. Un estudio WHO⁽³⁾ realizado en el año 2006 comparó los resultados obstétricos obtenidos en mujeres sin mutilar (n=7171), y

en mujeres con MGF: MGF I (n=6856), MGF II (n=7771), MGF III (n=6595) concluyendo que las mujeres con MGF, especialmente los tipos II y III, presentaban mayor riesgo de cesárea, hemorragia postparto, incremento en días de ingreso hospitalario y necesidad de reanimación a los recién nacidos. Además, aseveraban que las mujeres mutiladas tenían mayor riesgo una episiotomía y molestias perineales.

Por otra parte, en una revisión sistemática realizada en Norwegian Knowledge Centre for the Health Services en 2013⁽⁴⁾ en base a 44 estudios previos que incluían 70.495 mujeres con MGF concluyeron que entre las mujeres mutiladas hay mayor incidencia de parto prolongado, parto instrumental, desgarros y hemorragia postparto, siendo mayor la probabilidad cuanto más extensa sea la mutilación. Sin embargo, no hallaron diferencia significativa con las mujeres no mutiladas en lo relevante al riesgo asociado a precisar una cesárea o una episiotomía.

Figure 8: Forest plot, episiotomy (cut vs non-cut)

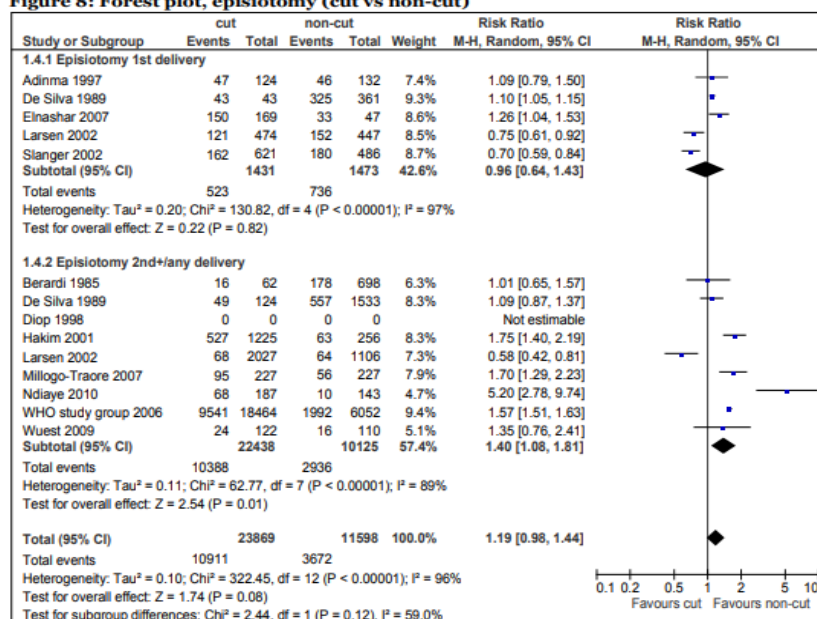


Figura 12: Gráfico forest plot sobre la diferente proporción de episiotomías realizadas entre las mujeres con MGF y las mujeres no mutiladas. Fuente: Berg RC, Underland V. Obstetric consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C) A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obstetrics and Gynecology International*. 2013;2013:496-564.

A pesar de los diferentes resultados en los estudios y de la dudosa extrapolación a nuestro medio, sí es cierto que la atención durante el parto debe ser más individualizada en mujeres mutiladas. Durante la dilatación, se reducirán las exploraciones vaginales. En el expulsivo, se valorará la realización de una episiotomía mediolateral para evitar desgarros. Si la mujer tiene una MGF tipo III sin intervención previa, se realiza la desinfibulación durante el propio parto. La MGF debe aparecer en el partograma y en antecedentes de la madre y del recién nacido para que el pediatra y el médico de familia tengan constancia del antecedente.

Dentro del postparto, las mujeres mutiladas tienen mayor incidencia de hemorragia posparto, laceraciones y desgarros ^{(2) (3) (4)}. Por ello, son relevantes los cuidados de la episiotomía si se le hubiera realizado o de la reparación del posible desgarro. También es importante que se ejerciten para fortalecer el suelo pélvico.

3.3. FORMACIÓN DE LOS PROFESIONALES

Al abordar este tema, tan complejo, los profesionales de la salud se topan con situaciones difíciles y dudas. Muchos refieren desconocimiento de la significación de la práctica. Hay demanda de formación y asesoramiento para trabajar desde la prevención y el abordaje transcultural.

También experimentan sentimientos de temor y culpa por tratar un asunto que puede generar problemas en el entorno familiar y miedos personales por hablar de un tema en relación a la sexualidad. En ocasiones se generan actitudes paternalistas y de superioridad, que no favorecen a ninguno de los implicados.

Por otro lado, existe entre los médicos el eterno debate entre estigmatización-criminalización versus integración. Las diferencias culturales existen y son importantes: la percepción del cuerpo, el concepto de salud/enfermedad, violencia o maltrato, es diferente dependiendo de las culturas a las que cada persona pertenece ⁽⁶⁾. Es necesario señalarles que han decidido vivir en un país donde hay una serie de prácticas tradicionales que están prohibidas por la ley y nuestra actitud ha de dejar claro nuestro posicionamiento en contra de la MGF.

Además se generan dilemas profesionales de primera magnitud ante la inminente partida de las niñas hacia África de vacaciones, la denuncia, las medidas legales y la posibilidad de no retorno.

Por último, la barrera lingüística entre familias y profesionales, sumada a los escasos recursos para la mediación y la sobrecarga asistencial sin tiempo para abordar situaciones complejas, complican el buen manejo de la situación ⁽⁶⁾.

4. ANÁLISIS CASUÍSTICO

4.1. PLANTEAMIENTO Y METODOLOGÍA

Tras la contextualización de la mutilación genital femenina y la exposición de los protocolos existentes para el manejo de estas mujeres, en este apartado se refleja el análisis de datos realizado. El objetivo de este estudio es comprobar si la incidencia de las complicaciones obstétricas en las mujeres con MGF en nuestro entorno coincide con lo descrito en la bibliografía. Para conseguir una amplia muestra se tomaron los datos relativos a diferentes variables previamente fijadas de las 129 mujeres con MGF que dieron a luz desde enero de 2013 hasta diciembre del 2017 en el Hospital Universitario Basurto.

Las variables estudiadas son: la edad de la mujer, el país de origen, tipo de MGF, el sexo del recién nacido, el antecedente obstétrico de la mujer, el tipo de parto, el desgarro producido, la realización de una episiotomía, el ingreso en unidad neonatal del recién nacido y los niveles de hemoglobina pre y postparto.

Cabe señalar que aunque el registro de la MGF comenzó en 2013, en muchas de las historias clínicas e informes de alta del área de Maternidad no figura toda la información, siendo los datos menos obtenidos el tipo de mutilación, el origen de la mujer o los desgarros en el parto. Hoy en día se insiste a los profesionales en la importancia de un correcto registro y cada vez los informes son más completos.

La herramienta utilizada para el análisis estadístico de los datos brutos obtenidos fue Stata14.

4.2. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Casi el 45% de las mujeres tenían una edad que oscilaba entre los 31 y los 36 años, siendo la media de edad de 31 años. Menos de un 5% de las mujeres eran menores de 20 años o mayores de 40. Las edades más extremas registradas fueron 19 y 45 años respectivamente.

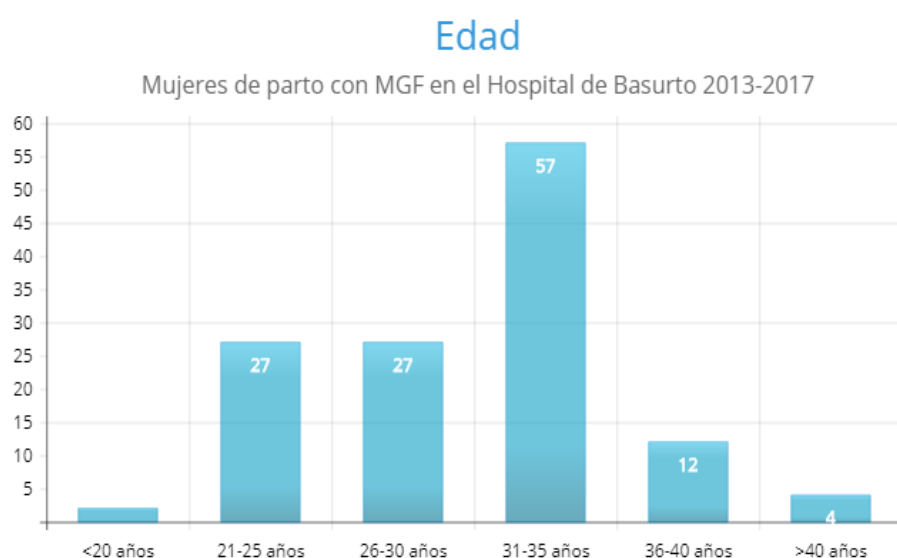


Figura 13: Gráfico de barras de la edad de las mujeres de parto con mutilación genital femenina en el Hospital de Basurto 2013-2017.

Dentro de las 110 mujeres cuya procedencia estaba registrada, más de la mitad provenían de Nigeria (55,4%), siendo Guinea Bissau el segundo país de origen más frecuente (18,2%). También había registradas pacientes de Mali, Gambia, Senegal, Guinea Conakry y Congo.

País de origen
Mujeres de parto con MGF en el Hospital de Basurto 2013-2017

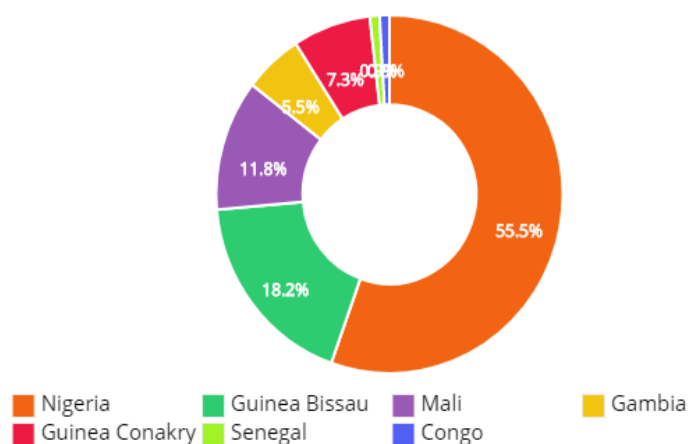


Figura 14: Gráfico del origen de las mujeres de parto con mutilación genital femenina en el Hospital de Basurto 2013-2017.

El 56,6 % de los recién nacidos fueron de sexo femenino, frente al 43,3% de sexo masculino. Este dato es de especial interés para la puesta en marcha de protocolos de prevención, obviamente más enfocados a aquellas mujeres que han tenido una niña.



Figura 15: Representación gráfica del sexo de los recién nacidos de las mujeres de parto con mutilación genital femenina en el Hospital de Basurto 2013-2017.

En cuanto al tipo de mutilación, sólo se pudieron recoger datos de 62 de las 129 pacientes. Cabe señalar la dificultad que supone diferenciar los tipos incluso para quien está adecuadamente formado. Aún así, de lo obtenido es resaltable que más del 70% de las pacientes tenían una MGF tipo 1 y ninguna la tipo 3.

Tipo de mutilación
Mujeres de parto con MGF en el Hospital de Basurto 2013-2017

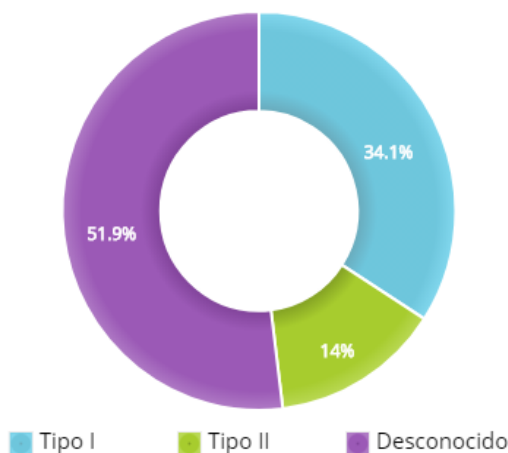


Figura 16: Gráfico del tipo de mutilación genital de las mujeres de parto estudiadas en el Hospital de Basurto 2013-2017.

En lo referente a los antecedentes obstétricos de las pacientes, en torno al 35% eran primíparas y el 65% ya habían experimentado al menos un parto, ya fuera vaginal o por cesárea.



Figura 17: Representación gráfica de los antecedentes obstétricos de las mujeres de parto con mutilación genital femenina en el Hospital de Basurto 2013-2017.

La mayoría de las mujeres tuvieron un parto vaginal eutócico (63%). Un 6,3% tuvieron un parto vaginal instrumental y a un 30,7% de las mujeres se les realizó una cesárea. Esta tasa de cesáreas es mayor del doble de la tasa de cesárea de nuestro hospital, que oscila entre un 13-14%.

Tipo de parto
Mujeres de parto con MGF en el Hospital de Basurto 2013-2017

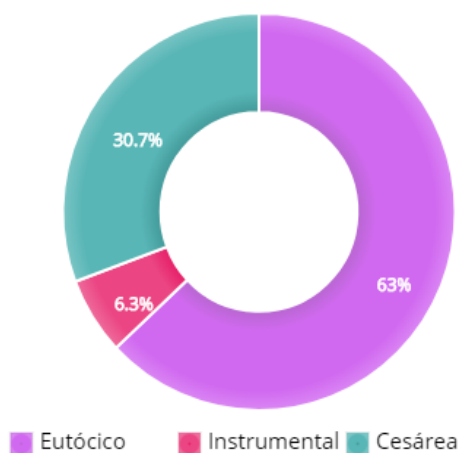


Figura 18: Gráfico del tipo de parto de las parturientas con mutilación genital femenina en el Hospital de Basurto 2013-2017.

Los motivos de la realización de las cesáreas fueron principalmente riesgo de pérdida de bienestar fetal (RPBF) y no progresión de parto (NPP).

Causa de cesárea
Mujeres de parto con MGF en el Hospital de Basurto 2013-2017

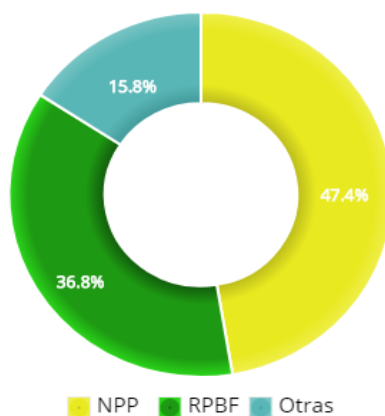


Figura 19: Gráfico de la causa de cesárea de las mujeres de parto con mutilación genital femenina en el Hospital de Basurto 2013-2017.

Un gran número de historias clínicas no reflejaban los datos de episiotomías y desgarros (44,2%). De los partos vaginales con estos datos correctamente registrados, el 87,5% no precisó de episiotomía. En lo referente a los desgarros, no se registró ninguno de significación clínica (desgarro de grado III y IV), pero un 40,3 % de las pacientes con partos vaginales tuvieron desgarro grado I o II.

Un 11% de los recién nacidos fueron ingresados tras el parto en la Unidad de Cuidados Neonatales del Hospital, en la mayoría de los casos por Apgar bajo.

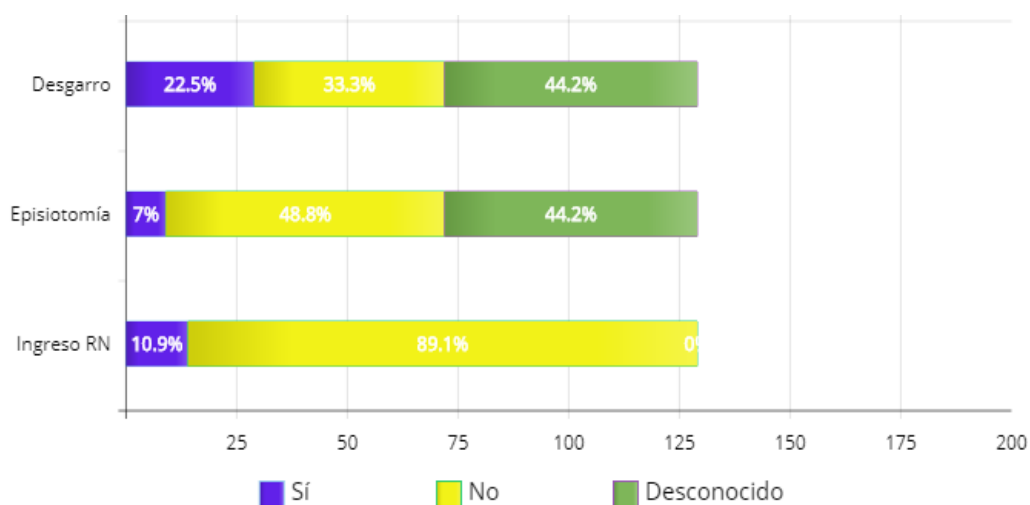


Figura 20: Gráfico de los desgarros, episiotomías e ingresos de los recién nacidos en el parto de las mujeres con mutilación genital femenina en el Hospital de Basurto 2013-2017.

En todos los casos registrados se realizó una interconsulta con el servicio de Asistencia Social del Hospital para conocer la postura de los padres acerca de la MGF y para informarles sobre sus consecuencias para la niña y sobre las repercusiones legales que implica su práctica. También se les ofreció participar en talleres de formación en MGF que organiza el Módulo psicosocial de AUZOLAN.

La mayoría de las mujeres (57%) presentaba unas cifras de hemoglobina normales para una mujer embarazada antes de dar a luz, es decir, mayor de 11 mg/dl. Tras el parto, el 60,5% de las mujeres presentaba anemia (menos de 11 mg/dl), pero ninguna llegó a alcanzar cifras indicativas de anemia severa (<7 mg/dl).

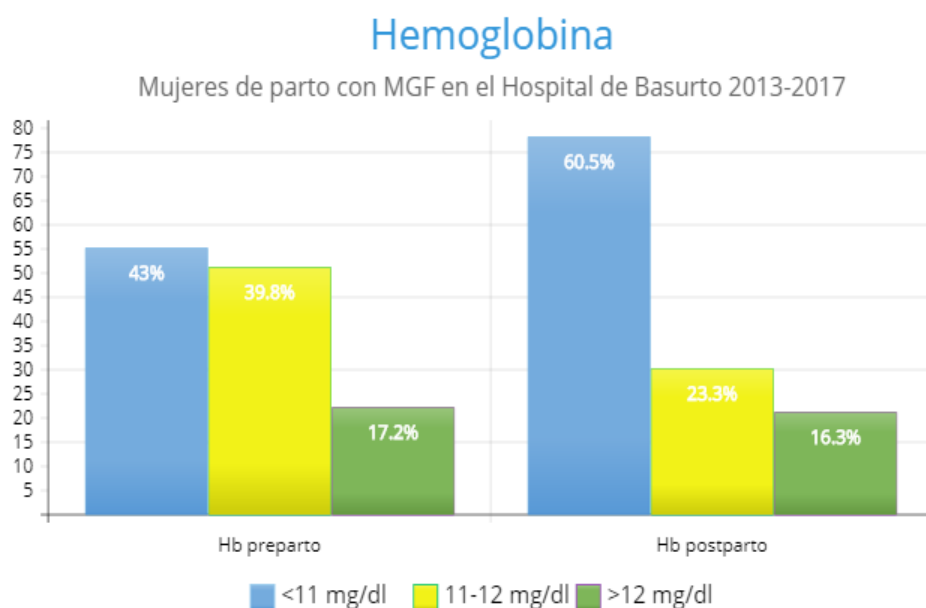


Figura 21: Gráfico de barras de la hemoglobina preparto y postparto de las mujeres de parto con mutilación genital femenina en el Hospital de Basurto 2013-2017.

Más allá del estudio de la proporción de pacientes anémicas, es interesante utilizar métodos estadísticos para analizar más profundamente la evolución de la hemoglobina pre y postparto.

Por un lado, las **medidas de centralización** nos permiten con un valor numérico representar la totalidad de datos de una distribución. El **promedio** de hemoglobina preparto fue de 11,7 mg/dl, fuera del rango considerado anemia en la mujer embarazada. Sin embargo, el promedio postparto fue 10,72 mg/dl, por debajo de los 11 mg/dl considerados el límite inferior de la normalidad.

La **mediana** de Hb preparto fue 11,2 mg/dl y la del postparto fue 10,8 mg/dl, es decir, el 50% de las pacientes tuvieron valores iguales o inferiores a esas cifras en las mediciones previa y posterior al parto respectivamente.

Por otro lado, las **medidas de dispersión** se encargan de expresar la variabilidad de una distribución. A mayor valor de la medida de dispersión, mayor variabilidad. En cambio, a menor valor, más homogeneidad.

Uno de los conceptos más importantes es la **desviación estándar**, también conocida como típica, que representa una magnitud de la dispersión muy útil en el campo de la estadística descriptiva. Los resultados obtenidos fueron 0,97 preparto y 1,37 postparto. Estos datos reflejan que los valores puntuales de la hemoglobina postparto tienden a alejarse más de su promedio en la distribución que los valores de la hemoglobina preparto, es decir, los datos de Hb postparto están menos agrupados respecto a los parámetros de centralización.

Otro recurso interesante en este caso es la **curtosis**, una característica de forma de la distribución de frecuencias/probabilidad de una variable. Según su concepción clásica, una mayor curtosis implica una mayor concentración de valores de la variable muy cerca de la media de la distribución (pico) y muy lejos de la misma (colas), al tiempo que existe una relativamente menor frecuencia de valores intermedios. En este caso, la hemoglobina preparto sigue una distribución platicúrtica (0,83), es decir, menos apuntada y con colas menos gruesas que la normal. La hemoglobina postparto, en cambio, sigue una distribución leptocúrtica (3,62), es decir, más apuntada y con colas más gruesas que la normal. Esta conclusión coincide con la tendencia obtenida de la desviación típica.

La **asimetría** es la medida que indica la simetría de la distribución de una variable respecto a la media aritmética, sin necesidad de hacer la representación gráfica. Los coeficientes de asimetría indican si hay el mismo número de elementos a izquierda y derecha de la media. En este caso, la hemoglobina preparto sigue una distribución casi simétrica (-0,04). La hemoglobina postparto, en cambio, sigue una distribución con asimetría positiva (0,86), es decir, la cola de la distribución se alarga para valores superiores a la media.

De los datos obtenidos con la desviación atípica, la curtosis y la asimetría, se puede extraer que si bien los valores de la hemoglobina preparto tienden a estar homogéneamente distribuidos cerca de la media (11,7 mg/dl), la hemoglobina postparto presenta datos más extremos. Por tanto, la explicación de la mayor variabilidad en la hemoglobina postparto se presenta como un interesante campo de trabajo para futuros estudios.

Por último, existen recursos estadísticos para observar la relación entre dos variables. Se puede utilizar la **covarianza** para comprender la dirección de la relación entre las variables. Los valores de covarianza positivos indican que los valores por encima del promedio de una variable están asociados con los valores por encima del promedio de la otra variable y los valores por debajo del promedio están asociados de manera similar. Los valores de covarianza negativos indican que los valores por encima del promedio de una variable están asociados con los valores por debajo del promedio de la otra variable. El signo de la covarianza, por lo tanto, expresa la tendencia en la relación lineal entre las variables.

En este caso, el resultado encontrado es 0,43, por lo que se puede decir que hay una dependencia directa. Esto se traduce en que las pacientes que durante el embarazo presentaban valores elevados de hemoglobina, también fueron las pacientes con cifras mayores tras el parto, y viceversa. Esto refleja que en nuestro estudio no se registraron casos de hemorragia postparto.

En base a todos los datos anteriormente presentados observamos diferentes hallazgos interesantes.

En primer lugar, el lugar de origen de las pacientes, que en su mayoría provenían de Nigeria y Guinea Bissau, concuerda con los datos que nos ofrece el censo realizado por el Ayuntamiento de Bilbao, que establece estos dos países como los lugares de origen más prevalentes de las mujeres inmigrantes censadas en esta ciudad ⁽²⁾.

En lo relativo a la vía de parto, un 30,7% de las mujeres precisaron cesárea. Este porcentaje duplica ampliamente la tasa de cesáreas del Hospital de Basurto, que oscila entre el 13 y el 14%. Este dato apoya los hallazgos del estudio WHO⁽²⁾ y los resultados de los manuales para profesionales consultados, como el de la Universidad Autónoma de Barcelona, el del Gobierno Vasco o el del Ministerio de Sanidad Español, donde se afirma que las mujeres mutiladas presentan un riesgo mayor de cesárea⁽²⁾⁽⁶⁾⁽⁹⁾. Sin embargo, esto se contrapone lo observado en una revisión sistemática realizada en Norwegian Knowledge Centre for the

Health Services en 2013 ⁽⁴⁾ en base a 44 estudios previos.

La mayoría de los manuales de profesionales y estudios revisados indican que las mujeres mutiladas tienen mayor riesgo de precisar una episiotomía⁽³⁾⁽⁶⁾⁽¹³⁾. Sin embargo, atendiendo a los datos recogidos entre las parturientas que dieron a luz en el Hospital de Basurto (72 de las historias clínicas reflejaban ese dato), sólo 9 de las mujeres cuyo parto fue por vía vaginal precisó episiotomía, lo que es equiparable a las mujeres no mutiladas. Aunque se contrapone a la mayoría de lo publicado hasta la fecha, sí concuerda con lo observado en una revisión sistemática noruega ya mencionada⁽⁴⁾, en el cual no hallaron diferencia significativa con las mujeres no mutiladas en lo relevante al riesgo asociado a precisar una episiotomía.

No hubo ningún caso de desgarro con significación clínica (desgarro de grado III y IV), hallazgo que se contrapone a lo referido también en la bibliografía⁽²⁾⁽⁴⁾⁽⁶⁾. Asimismo, en este estudio se evidencia que la mayoría de las mujeres tuvieron un parto eutócico, siendo únicamente un 6,3% instrumentales.

Algunos artículos también apuntan a un incremento de la tasa de hemorragia postparto entre las mujeres mutiladas. A pesar de que la definición de hemorragia postparto precoz (HPP) no está consensuada, hoy en día se acepta como tal un sangrado vaginal mayor de 500 ml tras un parto vaginal, mayor de 1000 ml si se trata de una cesárea o aquella hemorragia que amenace con ocasionar inestabilidad hemodinámica en la parturienta. Entre nuestras pacientes no se objetivó en la historia clínica ningún caso de hemorragia postparto precoz que precisasen de transfusiones de concentrado de hematíes u otras actuaciones médicas no rutinarias.

A excepción del incremento en la tasa de cesáreas, el resto de los datos obtenidos se asemejan a los esperados en las mujeres que dieron a luz sin estar mutiladas. Esto parece sugerir que el hecho de conocer el factor de riesgo y de realizar una atención individualizada a la mujer mutilada disminuye la probabilidad de presentar una complicación en el parto, lo cual supone una discordancia plena con lo evidenciado en la bibliografía, que presenta las complicaciones como

inherentes a la mutilación. Otra posible explicación a este fenómeno es que la mayoría de los datos bibliográficos manejados provienen del continente africano, donde suele existir un déficit en materia de recursos sanitarios, una higiene ínfima y el parto suele realizarse sin personal debidamente cualificado.

4.3. CONCLUSIONES

- La mayoría de mujeres con MGF que dieron a luz en el Hospital de Basurto durante el periodo comprendido entre enero del 2013 y noviembre del 2017 procedían de Nigeria y Guinea Bissau, países que aportan el mayor número de mujeres inmigrantes censadas en Bilbao.
- La tasa de cesáreas en mujeres con MGF duplica la de las mujeres no mutiladas en el Hospital de Basurto.
- Entre las mujeres con MGF la incidencia de los desgarros vaginales y la realización de una episiotomía es similar en mujeres sin mutilar. Tampoco se halló un incremento del riesgo de hemorragia postparto precoz.
- Los resultados actuales parecen sugerir que la atención especializada a mujeres con MGF durante el embarazo y el parto minimiza el riesgo de complicaciones intraparto, logrando así que la incidencia de éstas se equipare a la relativa a mujeres sin mutilar. Sin embargo, el tamaño de la muestra hace que se deba tomar este hallazgo con cautela. Serían necesarios más estudios, entre ellos una valoración de la tasa de cesáreas en mujeres de raza negra sin MGF, para confirmar este hallazgo.
- Independientemente de los resultados, es necesario que todo los profesionales de la salud adquieran conocimiento sobre la mutilación genital femenina para conseguir, mediante la prevención y educación, ser los motores del cambio. De este modo, se conseguirá acabar con esta lacra social que atenta contra los derechos sexuales y reproductivos de las

mujeres y contra el derecho a la salud e integridad del propio cuerpo. Será un gran paso hacia la igualdad de género.

5. BIBLIOGRAFÍA

1. Abdulcadir J, Rodríguez MI, Say L. A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*. 2015;129:93-97.
2. Aranzabal M, Esteban S, Gallo I, Isla P, Labaca I, López M et al. Mutilación genital femenina: guía de actuaciones recomendadas en el sistema sanitario de Euskadi. Vitoria-Gasteiz: Gobierno Vasco; 2016.
3. Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M; WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*. 2006;367:1835-1841 .
4. Berg RC, Underland V. Obstetric consequences of female genital mutilation/cutting: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Obstetrics and Gynecology International*. 2013;2013:496-564.
5. Hodes D, Armitage A, Robinson K, Creighton SM. Female genital mutilation in children presenting to a London safeguarding clinic: a case series. *Arch Dis Child*. 2016; 101(3):212-6.
6. Kaplan A, Moreno J, Pérez MJ, Aguilar A, Bedoya MH, Bermúdez K, et al. Mutilación genital femenina. Manual para profesionales. Universidad Autónoma de Barcelona; 2017.
7. Kaplan Marcusán A, Salas Seoane N, Mangas Llompart A. La mutilación genital femenina. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2014.
8. Organización Mundial de la Salud. Mutilación genital femenina[Internet]. Última actualización en febrero de 2018. [Consulta 1 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>
9. Protocolo común de actuación sanitaria para la mutilación genital femenina (MGF). Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015.

10. Protocolo de prevención de la mutilación genital femenina en la demarcación de Girona. Generalitat de Catalunya, Comisión de trabajo sobre la violencia doméstica; 2004
11. Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina. Barcelona: Generalitat de Catalunya, Departamento de Acción Social y Ciudadanía; 2007
12. Public Policy Advisory Network on Female Genital Surgeries in Africa. Seven things to know about female genital surgeries in Africa. *Hastings Cent Rep* 2012 Nov-Dec;42(6):19-27
13. Ramírez Crespo MV, Carmona Rubio AB, coordinadoras. *La Mutilación Genital Femenina en España: prevención e intervención: guía para profesionales*. Madrid: Unión Nacional de Asociaciones Familiares (UNAF); 2013.
14. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. *Female Genital Mutilation and its Management*. United Kingdom: NICE; 2015. Green-top Guideline no53.
15. United Nations Children's Fund. *Female genital mutilation/cutting: A global Concern*. New York: UNICEF; 2016.