



**Universitat**  
de les Illes Balears

## **TRABAJO DE FIN DE GRADO**

# **IMPACTO EN LA SALUD Y CUIDADOS ENFERMEROS DE MUJERES CON MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA**

**Andrea Mella Fernández**

**Grado de Enfermería**

**Facultad de Enfermería y Fisioterapia**

**Año Académico 2022-23**

# **IMPACTO EN LA SALUD Y CUIDADOS ENFERMEROS DE MUJERES CON MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA**

**Andrea Mella Fernández**

**Trabajo de Fin de Grado**

**Facultad de Enfermería y Fisioterapia**

**Universidad de las Illes Balears**

**Año Académico 2022-23**

Palabras clave del trabajo:

GFM (MGF), circuncisión femenina, implicaciones biológicas, implicaciones psicológicas, implicaciones sociales, implicaciones emocionales.

*Nombre Tutor/Tutora del Trabajo: Dr Andreu Bover Bover*

## **Resumen**

El objetivo general de este trabajo se centra en investigar los impactos biológicos, sociales y psicológicos que genera la mutilación genital femenina (MGF) en niñas y mujeres.

La OMS (Organización mundial de la salud) ha descrito la MGF como cualquier procedimiento que implique la extirpación de los genitales femeninos, ya sea parcial o total con fines no terapéuticos.

La prevalencia mundial de esta práctica se desconoce, pero se estima que más de 200 millones de mujeres han pasado por este rito, en más de 30 países de África, Oriente Medio, y Asia. También se han reportado casos en otros países en los cuales dicha práctica no es común como EE. UU., España, Francia, Reino Unido, debido a la migración de los últimos años (Birge et al., 2021).

Se ha demostrado que las complicaciones a corto plazo son: Dolor severo, inflamación genital, disidencia de la herida, infecciones y shock séptico, fiebre, hemorragia y shock hemorrágico, retención de orina, ITU, daño a los tejidos adyacentes de la vagina, entre otras muchas.

Las complicaciones a largo plazo son: infecciones recurrentes del tracto urinario, dolor al orinar, incontinencia, disfunción sexual, problemas menstruales, infertilidad, cicatrización queloide, complicaciones en el parto y postparto, prolapso pélvico, y consecuencias psicológicas.

Todas estas complicaciones aumentan en función de la severidad del tipo de MGF.

**Palabras clave:** MGF, complicaciones biológicas, efectos psicológicos, impacto social, impacto emocional.

## **Resum**

L'objectiu general d'aquest treball se centra a investigar les complicacions biològiques, socials i psicològiques que genera la mutilació genital femenina (MGF) en nenes i dones. L'OMS (Organització mundial de la salut) ha descrit la MGF com qualsevol procediment que impliqui l'extirpació dels genitals femenins, ja sigui parcial o total amb finalitats no terapèutiques. La prevalença mundial d'aquesta pràctica es desconeix, però s'estima que més de 200 milions de dones han passat per aquest ritu, a més de 30 països d'Àfrica, Orient Mitjà, i Àsia. També s'han reportat casos en altres països en els quals aquesta pràctica no és comuna com EUA, Espanya, França, Regne Unit, a causa de la migració dels últims anys.

S'ha demostrat que les complicacions a curt termini són: Dolor sever, inflamació genital, dissidència de la ferida, infeccions i xoc sèptic, febre, hemorràgia i xoc hemorràgic, retenció d'orina, ITU, dany als teixits adjacents de la vagina, entre moltes altres.

Les complicacions a llarg termini són: infeccions recurrents del tracte urinari, dolor en orinar, incontinença, disfunció sexual, problemes menstruals, infertilitat, cicatrització queloide, complicacions en el part i postpart, prolapse pelvià, i conseqüències psicològiques.

Totes aquestes complicacions augmenten en funció de la severitat del tipus de MGF.

**Paraules clau:** MGF, complicacions biològiques, efectes psicològics, impacte social, impacte emocional.

## **Abstract**

The main goal of this work focuses on investigating the biological, social and psychological complications generated by the female genital mutilation (FGM) in girls and women. The WHO (World Health Organization) has described FGM as any procedure that involves the removal of the female genitalia, either partially or totally for non-therapeutic purposes. The worldwide prevalence of this practice is unknown, but it is estimated that more than 200 million women have gone through this rite, in more than 30 countries in Africa, the Middle East, and Asia. Cases have also been reported in other countries where this practice is not common such as the USA, Spain, France, and United Kingdom, due to migration in recent years. It has been shown that short-term complications are: severe pain, genital inflammation, wound dehiscence, infections and septic shock, fever, hemorrhage and hemorrhagic shock, urine retention, UTI, damage to adjacent tissues of the vagina, among many others.

Long-term complications include: recurrent urinary tract infections, painful urination, incontinence, sexual dysfunction, menstrual problems, infertility, keloid scarring, birth and postpartum complications, pelvic prolapse, and psychological consequences.

All these complications increase depending on the severity of the type of FGM.

**Key words:** FGM, biological complications, psychological effects, social impact, emotional impact

## Índice

1. Introducción.....	7
2. Objetivos.....	10
2.1 Objetivo general.....	10
2.2 Objetivos específicos.....	10
3. Estrategia de búsqueda bibliográfica.....	11
4. Resultados de la búsqueda bibliográfica.....	11
4.1 Diagrama de Flujo.....	11
4.2 Artículos seleccionados para la revisión.....	12
5. Discusión.....	14
5.1 Implicaciones biológicas.....	14
5.2 Implicaciones psicológicas y emocionales.....	17
5.3 Implicaciones sociales y legales.....	18
5.4 Intervenciones enfermeras en la actualidad.....	20
6. Limitaciones.....	22
7. Conclusiones.....	23
7. Bibliografía.....	25
8. Anexos.....	28

## 1. Introducción

Descubrí el concepto de la mutilación genital femenina en 3º de carrera, en la asignatura “Enfermería de la atención primaria y salud global”. Hasta ese momento yo desconocía por completo este rito, y quedé perpleja ante todo esto, ya que es un tema que de primeras impacta. Este seminario dejó en mí tal impresión, que diría que es el que más recordaré de toda la carrera, por lo que la MGF pasó a ser una de las opciones que tenía en mente para este trabajo, ya que es interesante y desconocido, al menos en mi contexto.

Y aunque tras esta búsqueda ya no es tan desconocido para mí, ha pasado a ser aún más impactante, ya que los datos que se relatarán, hacen más que evidente la necesidad de intervención multidisciplinar por tal de evitar su continuación, o al menos mitigar los daños al máximo posible, lo cual es la principal motivación personal para la realización de este trabajo.

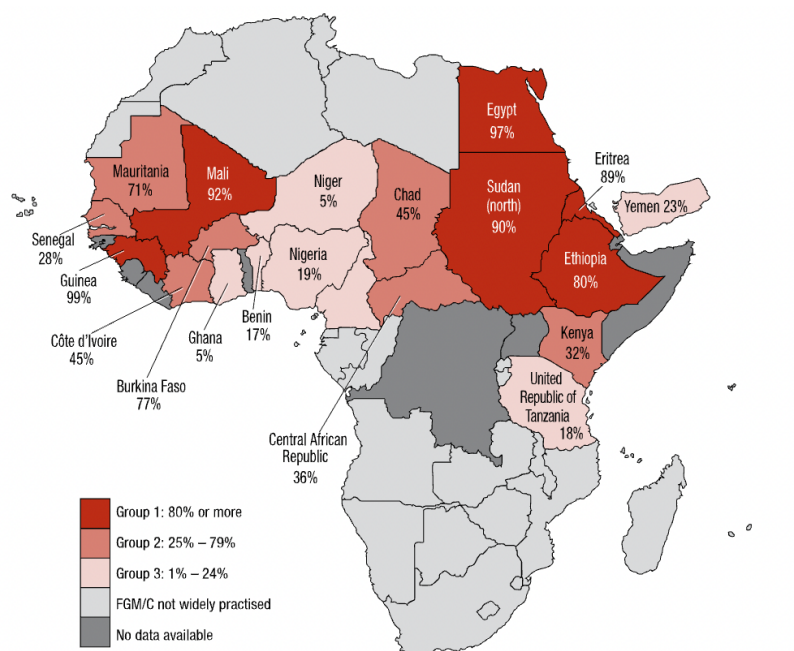
Según la OMS la sexualidad se define como “un aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. Abarca al sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual. Se vivencia y se expresa a través de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, conductas, prácticas, papeles y relaciones interpersonales. La sexualidad puede incluir todas estas dimensiones, no obstante, no todas ellas se vivencian o se expresan siempre. La sexualidad está influida por la interacción de factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, políticos, culturales, éticos, legales, históricos, religiosos y espirituales” (*Salud Sexual*, n.d.); pero a lo largo de la historia este concepto no ha sido entendido de esta manera, y mucho menos si hablamos de la sexualidad femenina, la cual se ha visto sometida a los valores y creencias impuestas con tendencia a reprimirla. Relacionándose directamente con lo que explica el texto (*Género, Imagen y Representación Del Cuerpo*, n.d.) “Determinadas creencias, valores, conductas o actividades atribuidas a uno u otro sexo, se han ido conformando de manera diferente en distintas culturas y en distintos momentos históricos, pero en ese proceso dinámico, la subordinación de las mujeres se ha mantenido con el apoyo que le han prestado determinados discursos: ideológicos, religiosos, científicos y jurídicos”.

Como se relatará a continuación, en este caso los discursos ideológicos, religiosos y sociales han empujado a la realización y mantenimiento del rito, siendo estos el principal obstáculo de su finalización.

La mutilación genital femenina (expresada en la literatura científica anglosajona con los acrónimos FGM “female genital mutilation”, FGC “female genital cutting”, o FC “female circumcision”) es por definición según la OMS cualquier tipo de procedimiento ya sea realizado por personal médico o no, que incluya la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de dichos órganos por motivos no terapéuticos, ya sean sociales o religiosos (*Mutilación Genital Femenina*, n.d.).

La prevalencia mundial de esta práctica se desconoce, pero se estima que más de 200 millones de mujeres han pasado por este rito (Momoh et al., 2016a), pese a estar penado por la ley, y la prevalencia territorial varía ampliamente como se ve en la imagen (Jaeger et al., 2009)

**Fig. 1** The prevalence of female genital mutilation (FGM) in Africa among woman aged 15–49 years. Source: UNICEF, 2005, <http://www.unicef.org> (reproduced with the permission of UNICEF, Geneva, from: Female genital mutilation/cutting: a428 statistical exploration; UNICEF, New York, 2005)



Este rito se lleva a cabo generalmente a niñas de entre 4 y 15 años, en más de 30 países de África, Oriente Medio, y Asia. Muchos atribuyen el origen de este rito a la religión musulmana, pero cabe recalcar que en la literatura del islam no aparece ninguna referencia a la MGF (Mahmood et al., 2022).

Debido a la migración que se está llevando a cabo, la MGF también está llegando a países en los cuales dicha práctica no es común como EE. UU, Francia, incluso España (Birge et al., 2021). Aunque se debe señalar, que por sorprendente que parezca, en la Europa del s. XIX se realizaron numerosas “cloridectomías” como tratamiento para “ninfomanía, masturbación, epilepsia, catalepsia, dismenorrea, depresión, locura, histeria y demencia” (Studd & Schwenkhagen, 2009).

La clasificación de la OMS reconoce 4 tipos de MGF:



- I: Extirpación de una parte, o del clítoris en su totalidad.
- II: Extirpación del clítoris, con total o parcial extirpación de los labios menores.
- III: Extirpación del clítoris y labios menores, y posterior unión mediante sutura de los labios mayores dejando un pequeño orificio para el pase de fluidos.
- IV: Cualquier otro tipo de MGF (raspado, quemado o agujereado de los genitales).(Almroth et al., n.d.)

En la siguiente ilustración se muestra los diferentes tipos de MGF.(Lurie et al., 2020).

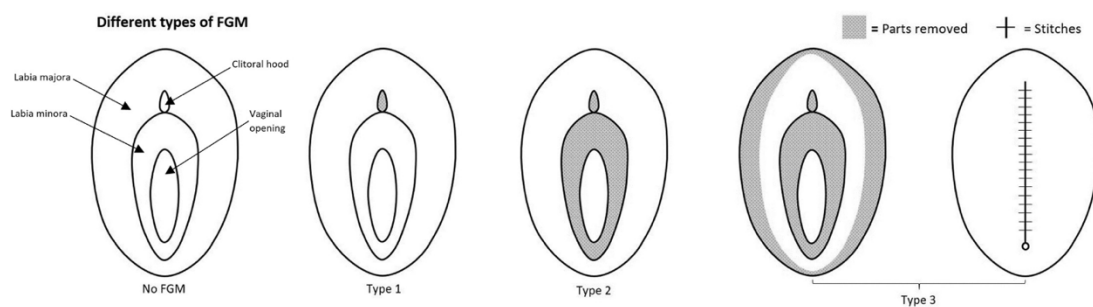


Fig 1. WHO classification of FGM/C. Type I FGM/C consists of partial or total removal of the clitoris and its prepuce, Type II consists of the removal of the clitoris and labia minora, and Type III consists of narrowing the vaginal orifice. FGM/C, female genital mutilation/cutting; WHO, World Health Organization.

Las principales motivaciones que acreditan la continuación de esta práctica son:

- Preparación de las niñas para la vida adulta.
- Aseguración de un matrimonio ventajoso.
- Símbolo de pureza, virginidad y fidelidad.
- Presión social, y miedo al estigma y al rechazo de la comunidad.
- Belleza y limpieza.
- Orgullo, recompensa, celebración del rito, y reconocimiento público. (Mulongo et al., 2014a)

Las consecuencias tanto a corto como a largo plazo de la MGF abarcan las 3 esferas de las mujeres, afectándolas negativamente de manera bio-psico-social, que es lo que se discutirá a continuación.

Según el fondo de población de las naciones unidas, se estima que para este año 2023 4.3 millones de niñas se encuentran en riesgo de sufrir la MGF, y dicha cifra se verá aumentada a 4.6 millones en 2030 (Sabi Boun et al., 2023).

Como profesionales de la salud, y sobre todo enfermeras, tenemos el privilegio de poseer un rol central en el cuidado bio-psico-social de las personas que nos permite llevar a cabo

muchas acciones con el objetivo de no llegar a 2030 con 4.6 millones de niñas y mujeres afectadas.

En este contexto y teniendo en cuenta el rol central que nos otorga esta profesión, y todas las intervenciones que podemos desempeñar como enfermeras, es imperativo que nos impliquemos ampliamente no solo para ejercer un papel preventivo y de educación sociosanitaria, sino para tener la capacidad de llevar a cabo el mejor cuidado posible hacia las pacientes y su entorno.

## **2. Objetivos**

Los objetivos descritos a continuación son la finalidad principal de este trabajo de investigación sobre la mutilación genital femenina.

### **2.1 Objetivo general**

El objetivo principal es conocer el impacto bio-psico-social actual que ha causado la realización de la mutilación genital femenina, el papel de la enfermería en ello, y el marco legal global que envuelve esta práctica.

### **2.2 Objetivos específicos**

#### **Impacto bio-psico-social.**

Analizar el impacto:

- A nivel biológico en el cuerpo de la mujer, las consecuencias que se generan físicamente a raíz de la práctica de la MGF/C tanto a corto como a largo plazo.
- A nivel psicológico y emocional, generado a partir de las vivencias personales de este rito en la esfera psicológica y emocional de las mujeres y niñas arraigadas a culturas practicantes de la MGF.
- A nivel social y legal, analizar la validez e importancia que se le da en las diferentes culturas y territorios.

#### **Cuidados enfermeros en la actualidad.**

Revisión de las actividades que se llevan a cabo por los roles de los profesionales de la salud, la información y recursos que tienen a su disposición y como eso afecta a los cuidados que brindan a sus pacientes.

### **3. Estrategia de búsqueda bibliográfica**

La búsqueda se ha realizado en tres bases de datos:

- En Ebsco Host he seleccionado todas las bases suscritas menos EconLit, Hospitality & Tourism Complete, Sport Discus, Abstracts in Social Gerontology, Regional Business News, y Business Source Premier. Como operadores booleanos he usado “fgm or female genital mutilation or female cutting or female circumcision” AND “Complications”, y resulta en 1058 resultados. He limitado la búsqueda a textos publicados a partir de 2005 y he seleccionado la opción de “texto completo”, y de tipo de fuente “publicación académica”, y la búsqueda obtiene 518 artículos. He seleccionado que se ordenen por relevancia y en función de si el título se adaptaba a mi interés de búsqueda o no, he ido seleccionando, llegando a guardar unos 48 artículos en Mendeley.
- En Cochrane he usado el operador booleano “FGM” y ha resultado en 264 artículos, de los cuales he guardado apenas 20 ya que muchos de ellos se referían a “Flash glucos monitoring” o “Fat graft myringoplasty” en vez de “Female Genital Mutilation”, y muchos títulos ya los había visto en el buscador anterior.
- En Pubmed he utilizado los operadores “FGM” AND “complications”, y he limitado la búsqueda a la opción “Full text” resultando en 290 artículos, de los cuales la mayoría ya me habían salido en Ebsco Host.

Finalmente he seleccionado 22 artículos ya que me han parecido los que contenían la información más ajustada a mi búsqueda.

### **4. Resultados de la búsqueda bibliográfica**

#### **4.1 Diagrama de flujo**

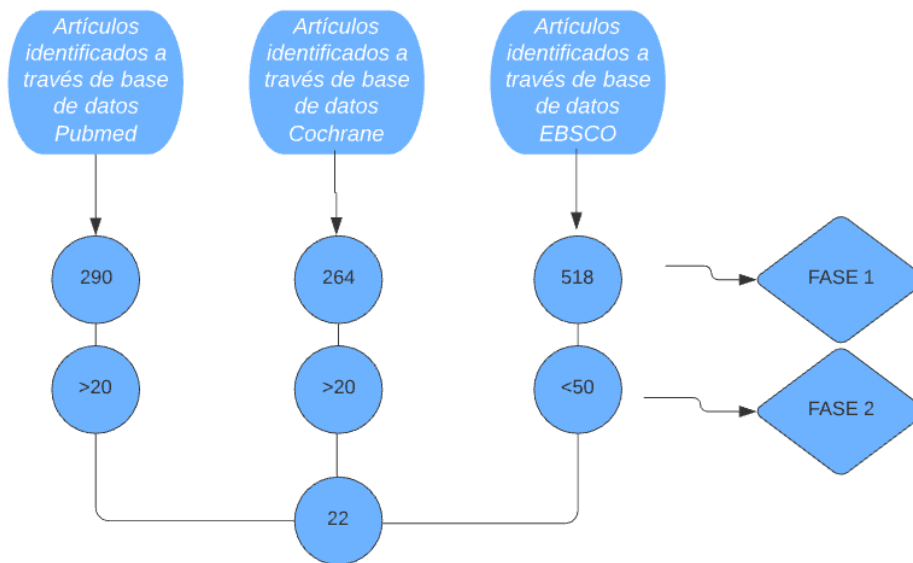
En la Fase 1 se leyeron un total de 874 títulos, de los cuales se guardaron menos de 100 en Mendeley para posterior revisión por los siguientes motivos:

- Estudio de una población muy específica
- Estudio de una complicación específica
- Artículo que no se relaciona con la búsqueda realizada

En la Fase 2 se leen los artículos y se seleccionan un total de 22 para realizar el trabajo, los motivos de exclusión fueron:

- Información no relevante

- Repetición de información de otros artículos



## 4.2 Artículos seleccionados para la discusión

Año de publicación	Autor principal	Lugar	Fecha de Recolección datos	Inclusión de casos	Sujetos de estudio	Fuentes de datos	Medida muestral	Rango de edad
2014	Rigmor C Berg	Oriente medio y África			Mujeres con MGF	57 publicaciones		
2007	A.Elnashar	Ciudad de Benha			Mujeres casadas desde hace más de 5 años	Cuestionario de elaboración propia	264	
2005	Lars Almroth	Khartoum	Marzo-agosto 2004		Niñas	Estudio clínico	249	4-9 años
2002	F.E Okonofua	Edo State	Agosto 1998-marzo 1999		Mujeres embarazadas 20-40 sg	Cuestionario de elaboración propia	1861	
2005	Lars Almroth	Khrtoum	Marzo 2003-junio 20004		Mujeres infértiles	Estudio caso-control	99	<35 años
2020	Jacob Michael Lurie		1946-2019		Estudios que mencionaban MGF/C	116 estudios		

2011	Rachana Cibber	Kuwait	2001-2004		Mujeres embarazadas en 1er trimestre		4800	15-46 años
2014	Peggy Mulongo		Enero-mayo 2013		Efectos psicológicos de la MGF en mujeres	1034 artículos		
2005	Alice Behrendt	Dakar	2003		Salud mental tras la realización de la MGF	Entrevista semi-estructurada	47	15-40 años
2023	Saidou Sabi Boun							
2017	Inez von Rège		2005-20015		Actitudes, creencias, ideas, y comportamientos de los hombres frente a la MGF	Revisión sistemática de la literatura	20	
2022	Kazhan I. Mahmood	Kurdistán	Enero-mayo 2019		Conocimiento, actitud y posición de los líderes religiosos ante la MGF	Cuestionario de elaboración propia	147	
2018	Samuel Kimani	Kenia			Conocimiento, y efectos del entrenamiento sanitario en enfermeras y comadronas	Cuestionario pre y post entrenamiento de elaboración propia	26	
2020	Mohamed Yussuf	Somalilandia	Diciembre 2016		Trabajadores del sistema sanitario de Somalilandia	Entrevista semi-estructurada	20	<20 años
2016	Comfort Momoh							

2022	Ephrem Lejore Sibamo	Etiopía	Octubre- Noviembre 2021		Mujeres	Entrevista semi- estructurada	14	<18 años
2008	Fabienne Jaeger							

## 5. Discusión

A continuación, se desarrollarán los objetivos de este trabajo, y discutirán los resultados encontrados en la bibliografía, al igual que las conclusiones que se interpretan de los artículos citados a continuación.

### 5.1 Impacto biológico

La mayoría de los artículos como es el caso de (Berg et al., 2014) coinciden en que complicaciones como sangrado excesivo (rango de 5-62%), retención urinaria (rango 8-53%), inflamación del tejido genital (rango 2-27%), y dolor (11%) son complicaciones a corto plazo relacionadas directamente con la MGF.

La dismenorrea, se menciona en algunos artículos como explica el artículo de (Elnashar & Abdelhady, 2007), se describió dolor moderado y severo durante el período menstrual con un rango de 9.5-30.5% en mujeres con MGF, mientras que en las mujeres no mutiladas describió dismenorrea moderada-severa con un rango 4.6-14.1%, y la diferencia es estadísticamente válida ( $p < 0.01$ ).

En cuanto a las ITU los artículos (Berg et al., 2014) y (Almroth et al., n.d.) coinciden en que las mujeres con MGF tenían significativamente más infecciones del tracto urinario frente a las que no: 57% y 30% respectivamente (se citan los porcentajes del segundo artículo) además de incidir en que la leucocituria se veía también aumentada en mujeres con MGF 25% y 21% sin MGF; y en cuanto a niñas menores de 7 años las cifras eran de 29% con MGF frente a 13% sin MGF. Su explicación reside en que los cambios anatómicos provocados por la MGF impiden el libre paso de la orina y fluidos, generando así una acumulación de leucocitos. Por el contrario, en el artículo (Okonofua et al., 2002) niega que la MGF y la ITU estén relacionados, ya que explica que estas infecciones tienden a

darse durante embarazos, y las mujeres con MGF tienen más hijos 4.3 de media, respecto a las que no 2.2 de media, por lo que sugiere que esa es la razón por la que se reportan más ITU en mujeres con MGF y no por el rito en sí.

Respecto a las relaciones sexuales, se llegan a diferentes conclusiones. En el estudio que describe el artículo (Elnashar & Abdelhady, 2007) se explica que un 40.5% de las mujeres circuncidadas relataron experimentar dispareunia (concepto que hace referencia al dolor durante o después de mantener relaciones sexuales tal y como se indica en el texto (*Dyspareunia - StatPearls - NCBI Bookshelf*, n.d.)), mientras que el porcentaje de las no circuncidadas baja a 18.8%; también se preguntó por pérdida de líquido, en el que un 17.5% de las mujeres circuncidadas admitieron sufrir, frente a un 4.7% de las mujeres no circuncidadas; y por último se preguntó por la satisfacción sexual, donde un 43% de las mujeres con MGF dijeron que no se sentían satisfechas con su vida sexual, mientras que solo un 10.9% de las mujeres no circuncidadas tenía este mismo punto de vista. En el estudio que relata el artículo (Berg et al., 2014) La dispareunia es directamente proporcional al grado de mutilación, presentando menos problemas sexuales los tipos de MGF I y II, que el tipo III siendo el que más grado de dispareunia mostraba. Otro punto de vista muy interesante es el que explica el artículo (Okonofua et al., 2002) en el que se preguntaba por las zonas erógenas, las mujeres sin MGF reportaron que el clítoris era la zona más sensible de su cuerpo, mientras que las mujeres circuncidadas explicaron que sus pechos eran la zona más sensible de su cuerpo. Estos resultados indican que la MGF no elimina los sentimientos sexuales (siendo este uno de los principales argumentos de sus defensores), ya que como se comprueba los pechos pasan a ser su zona erógena principal.

A cerca de la Infertilidad hay variedad de opiniones, el artículo (Berg et al., 2014) no relaciona la MGF/C con la infertilidad, por falta de significación estadística en los dos estudios que aparecen. Mientras que en los artículos (Almroth et al., n.d.) y sobre todo (Almroth et al., 2005) explica la estrecha relación entre la MGF tipo III y la infertilidad, argumentando que “el daño generado en el tejido genital provocado por la MGF con su inherente contaminación microbiana supone un riesgo para infecciones vaginales. En el ambiente bajo en estrógenos de la pre-pubertad, el epitelio vaginal es susceptible de invasión bacteriana, estas

infecciones suelen crecer por falta de acidez vaginal antes de la pubertad, por lo que, en ausencia de un ambiente protector, la infección puede ascender al útero y a las trompas de Falopio, resultando en infertilidad”.

En cuanto a las complicaciones obstétricas no se han encontrado discrepancias entre los artículos revisados. En el artículo (Lurie et al., 2020) esclarece que según sus datos las mujeres con MGF tienen más del doble de posibilidades de sufrir un parto prolongado. Por otro lado, tanto (Chibber et al., 2011) como (Berg et al., 2014) coinciden en que la MGF aumenta la probabilidad de parto por cesárea, y parto instrumentalizado, aunque no en el caso de multíparas, como indica el segundo artículo. En el caso de los recién nacidos, el artículo (Elnashar & Abdelhady, 2007) indica que un 23.7% presentaban sufrimiento fetal (Apgar <7) para madres con MGF, frente a un 2.1% de madres sin MGF, y tal y como indica el artículo (Chibber et al., 2011) es más probable que los recién nacidos de madres con MGF precisaran alguna forma de resucitación.

Otro aspecto importante a tener en cuenta es el de la desinfibulación, práctica en la cual se corta el cierre producido en la vagina por el tipo III de MGF para permitir llevar a cabo el parto vaginal como indica la OMS (*Female Genital Mutilation*, n.d.); que como explica el artículo (Mulongo et al., 2014b) se recomienda realizarlo sobre la semana 20, para disminuir el riesgo de aborto espontáneo y que la incisión esté curada para el momento del parto, aunque hay mujeres que prefieren realizarlo durante el parto para evitar sentir dolor en dos ocasiones.

Debido a que el rito de mutilación se suele realizar por personal no sanitario, y sin material estéril, se cree que por esta razón las niñas y mujeres tienen mayor probabilidad de padecer ITS. En relación a esto, el artículo (Chibber et al., 2011) esclarece que la MGF está relacionada con un aumento de Hepatitis C, pero en el caso de HIV, a las mujeres se les realiza un test, y las HIV positivas se las envía a unidades especiales; y en el estudio del artículo (Berg et al., 2014) no se estableció una diferencia significativa.

Desde el punto de vista literario, la implicación biológica de la MGF es con diferencia la más documentada. Las consecuencias biológicas de la MGF más mencionadas son: hemorragia, infecciones recurrentes del tracto urinario,



dismenorrea, complicaciones durante y después del proceso de parto, infertilidad, pérdida del deseo sexual y dispareunia, y mayor probabilidad de transmisión de ITS.

## **5.2 Impacto psicológico y emocional.**

No se han encontrado discrepancias en cuanto a los artículos leídos, el estudio del artículo (Behrendt & Moritz, 2005) en el que se les preguntó a las participantes por el día en que les realizaron la MGF, más del 90% de participantes describieron sentimientos de miedo intenso, indefensión, horror, y dolor severo. Para el 78% de las participantes el rito fue realizado de forma inesperada sin explicación previa, y más del 80% cumplía criterios de padecer desórdenes afectivos, o ansiedad, y en el caso de TEPT un 30.4% presentaba criterios.

En el artículo (Chibber et al., 2011) se menciona la asociación entre secuelas psicológicas como TEPT, ansiedad, o desórdenes afectivos con los tipos II y III de MGF.

Por otro lado, desde el punto de vista emocional el estudio (Smith & Stein, 2017) en un centro en Somalilandia en el cual brindan intervenciones psicológicas y orientación, comenta el hecho de que las mujeres experimentan resultados positivos al compartir sus experiencias, y estas establecen vínculos de confianza por el hecho de haber pasado todas por el mismo rito, incluyendo también a las matronas.

Otra intervención que está en proceso de estudio es la de la terapia cognitiva de comportamiento (CBT), el artículo (Adelufosi et al., 2017) refiere que no hay evidencia suficiente descrita como para afirmar la eficacia de CBT para el manejo de los síntomas psicológicos de la MGF.

En resumen, en cuanto a las implicaciones psicológicas y emocionales, hay menos documentación disponible. Las condiciones que se describen como resultado de la reacción traumática que puede generar la MGF son: ansiedad, desórdenes afectivos y TEPT (trastorno de estrés post-traumático).

### **5.3 Impacto social y legal**

En el artículo (Okonofua et al., 2002) comenta que las mismas presiones que empujan a las mujeres a pasar por la MGF son las mismas que las llevan a buscar embarazos tempranos, por lo que las mujeres con MGF pueden estar más integradas en la cultura local, y muestran menores niveles de educación que las no circuncidadas; además en el estudio se muestran las edades de la primera vez manteniendo relaciones sexuales, casamiento, y primer embarazo, y estas eran significativamente menores en el caso de las mujeres con MGF. Respaldando esta conclusión el artículo (Almroth et al., n.d.) comenta que un artículo no publicado de un estudio realizado en Kenia indica que la MGF contribuye a altas tasas de abandono de estudios en niñas. Y esto se relaciona directamente con lo que explica el artículo (Sabi Boun et al., 2023), esclareciendo que las niñas con una educación primaria tienen un 30% más de probabilidades de oponerse a la MGF en comparación con las que no han sido educadas, y esta cifra asciende al 70% si se trata de educación secundaria o más. También resalta el hecho de que en la MGF es un 40% menos probable que se realice en niñas cuyas madres tienen una educación primaria en comparación con madres analfabetas.

Otro concepto interesante que explica el último artículo citado habla de cómo se denomina a la MGF en algunos territorios como Guinea, usan el término “washing” en español traducido como “lavar”, esto hace referencia a la visión que tienen de las mujeres sin MGF como “sucias”, “no aptas”, o “promiscuas”, siendo muchas veces objeto de burla, rechazo o exclusión; mientras que las mujeres con MGF se perciben como mujeres “de honor”. También se refuerza este concepto con la idea de que el rito es parte de su “herencia” o “legado” y el hecho de renunciar al él sería el equivalente a abandonar sus valores culturales.

El artículo (Von Rège & Campion, 2017) menciona que las mujeres circuncidadas que están criando hijas sin MGF pueden estar pasando por desafíos sociales y psicológicos. Pueden surgir preocupaciones sobre higiene y sexualidad por parte las redes familiares, además de exclusiones de eventos sociales, y encuentros.

En cuanto a las relaciones sexuales, en el apartado anterior de implicaciones biológicas se comenta que supone una consecuencia negativa, ya que la MGF

aumenta el dolor en las relaciones íntimas por parte de las mujeres, a continuación, se revisarán las relaciones íntimas pero vistas desde el punto de vista de los hombres. El artículo (Varol et al., 2015) comenta que los maridos de las mujeres con MGF percibían a sus mujeres sufriendo, ya que se mencionan dificultades en la penetración vaginal. Y los artículos (Mahmood et al., 2022) y (Elnashar & Abdelhady, 2007) coinciden haciendo referencia a que la MGF supone un impacto negativo resultando en una reducción de la satisfacción sexual, y separación marital.

En cuanto al ámbito legal, los participantes del estudio del artículo (Sibamo & Workie, 2022) indican que, aunque la práctica de la MGF/C se reconoce como un delito criminal en Etiopía y sancionable sobre el código penal, la ley apenas se implementa; y en el caso de la medicalización de la MGF como explica el artículo (Yussuf et al., 2020), en Somalilandia, hay una escasez de infraestructura legal en cuanto a esta práctica.

En referencia a esto y como comenta el artículo (Momoh et al., 2016b) las enfermeras tenemos la responsabilidad de proteger a las niñas, por lo que al tener conversaciones con niñas o sus padres, es imperativo identificar signos que indiquen que la niña se encuentra en riesgo de ser circuncidada, un claro ejemplo es si la familia menciona que vuelven de vacaciones a su país natal.

Llevando el tema al territorio nacional, en España El artículo 149.2 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (modificada por la Ley Orgánica 11/2003), dispone que “El que causará 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 incapaz, 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, el juez lo estima adecuado al interés del menor o incapaz.” (*Protocolo Común Para La Actuación Sanitaria Ante La Mutilación Genital Femenina (MGF) SANIDAD 2015 MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD*, n.d.). Teniendo esto en cuenta, cualquier profesional de la salud, profesor, o persona, que sospeche del riesgo de que se cometa la MGF en una niña debe dar alerta. En el anexo 1

encontramos el documento a rellenar por parte de los padres o tutores legales de las niñas en riesgo de padecer MGF, por tal de evitar que este rito se lleve a cabo.

Como conclusión de este apartado se puede confirmar que la educación supone un factor protector contra la MGF, el hecho de no pasar del rito supone para muchas una problemática social ya que pueden encontrar dificultades para casarse o relacionarse, y que las leyes actuales en los territorios africanos no suponen un freno o contención en cuanto a la realización de la MGF.

#### **5.4 Cuidados enfermeros en la actualidad**

En los últimos años, ha surgido una nueva vertiente de MGF impulsada sobre todo por los profesionales de la salud de los territorios que practican la MGF. Se conoce como la “medicalización de la MGF” que como explica el artículo (Sabi Boun et al., 2023) se trata de una práctica realizada en hospitales públicos o privados por personal de la salud, y hay autores que aseguran que se mitigan hasta 70% de las complicaciones agudas por el uso de técnicas asépticas y anestesia. Esto parece haber surgido como una consecuencia imprevista de las campañas de educación sanitaria, y muchos padres optan por esta opción como manera de protección de sus hijas a maneras de MGF más invasivas y peligrosas. Tal ha sido la expansión que en territorios como Guinea ha pasado de realizarse en un 15% de las veces a un 31% de 2005 a 2012, en el caso de Egipto un 80% de las mujeres han sido mutiladas por un profesional de la salud. Según UNICEF 52 millones de MGF fueron realizadas por profesionales de la salud, es decir  $\frac{1}{4}$  de las mujeres que han pasado por este rito.

Coincidiendo con el artículo anterior, el artículo (Kimani et al., 2018) explica que no solo se realizan MGF por parte de los profesionales de la salud, sino también reinfibulaciones tras deinfibulaciones para realizar el proceso de parto en las mujeres con MGF tipo III. También destaca el hecho de que la medicalización de la MGF es financieramente lucrativa. El mismo artículo, relata un estudio realizado a los profesionales de la salud que estaban en contacto con estas prácticas y sus conclusiones fueron que tenían dificultades en la identificación de complicaciones sexuales y sociales relacionadas con la MGF, un rol inadecuado en cuanto a su conocimiento como cuidador, modelo a seguir en el manejo y prevención de la

MGF. Encajando con este paradigma, el artículo (Yussuf et al., 2020) esclarece que los profesionales de la salud respaldan el corte “Sunna” que es supuestamente la forma de MGF menos severa, aunque eran conscientes de los daños psicológicos, físicos y sociales. Reportaron que sentían que tenían falta de manejo en complicaciones derivadas de la MGF, como es el caso de la deinfubilación, ya que muchos de ellos no poseían la habilidad de llevarlo a cabo, y tenían que remitir a las pacientes a otros sitios donde pudieran realizarlo. Además, resaltaron la falta de instalaciones para la salud, particularmente en las zonas rurales, donde resulta ser más común los tipos más severos de MGF.

En el artículo (Lurie et al., 2020) menciona que en una encuesta realizada a 432 refugiadas somalíes con MGF que dieron a luz en Canadá, la mayoría reportaron comentarios ofensivos sobre su corte, además de percibir observación de disgusto y shock por parte del personal, 2 de cada 5 mujeres aseguraron que no volverían al mismo hospital para futuros partos, y más del 10% manifestó que preferiría no ir al hospital. Por lo que la ignorancia y la falta insensibilidad cultural por parte de los cuidadores, detiene a las mujeres con MGF de buscar atención sanitaria, que conduce a una morbilidad futura no cuantificable.

En relación con este problema el artículo (Momoh et al., 2016b) indica la importancia de mantenerse sin prejuicios, tener en cuenta sus valores y cultura, ya que el hecho de vivir en países desarrollados donde no se practica la MGF, puede llevarlas a tener miedo a hablar libremente sobre problemas de salud que tengan a raíz de su circuncisión. Por esta razón pueden mostrarse reticentes a la hora de realizar exámenes vaginales, por lo que desde nuestro rol debemos comportarnos de manera compasiva, sin mostrar signos de shock, revulsión o horror, para evitar que no decidan revelar problemas médicos por nuestra posible respuesta. Siguiendo con este tema, el artículo (Von Rège & Campion, 2017) comenta que cuando una mujer con MGF se muda a otro país, esta puede estar expuesta a otro sistema de creencias, el cual criminaliza y se opone a la MGF/C, llevándola a perder los mecanismos culturales que la han ayudado a superar su trauma. Por lo que ser comprensivo, ofrecer información sobre grupos de ayuda y aconsejar puede ser de mucha ayuda para las mujeres en esta situación. El artículo también comenta una serie de acciones que se deberían llevar a cabo para

garantizar el bienestar de la paciente: ofrecer evaluación y tratamiento psicológico; analizar VIH, Hepatitis B y C, tétanos, entre otros; en función de las complicaciones derivar a un especialista en MGF/C; vacunar profilácticamente de HPV; y documentarlo todo claramente.

Como síntesis del paradigma enfermero actual en estos territorios, destaca la aceptación tanto por sanitarios, como por las pacientes y sus familias de la medicalización del rito, ya que se aprecia en los estudios citados que supone un descenso considerable del riesgo en complicaciones en la esfera biológica. Y se destaca también la importancia de la formación, sobre todo por parte del personal sanitario no nativo de territorios dónde se practica la MGF, para interactuar de manera respetuosa y dar un cuidado de calidad a las pacientes y sus familiares.

Es importante también dar a conocer la existencia de organizaciones y fundaciones que dan soporte, ayuda y orientación a las víctimas de MGF, en el ámbito europeo podemos encontrar: (*FGM National Clinical Group*, n.d.; *FORWARD*, n.d.; *National FGM Support Clinics - NHS - NHS*, n.d.); y en el territorio español encontramos:

- La fundación Kirira (*Fundación Kirira - ONG Contra La Mutilación Genital Femenina | Fundación Kirira - ONG Contra La Mutilación Genital Femenina*, n.d.)
- La ONG “Médicos del mundo” (*Mutilación Genital Femenina - MGF - Médicos Del Mundo*, n.d.)

## **6. Limitaciones**

La principal limitación que ha interferido en la realización de esta revisión bibliográfica ha sido la falta de resultados avalados por investigaciones y estudios en la esfera emocional, sobre todo en el área de intervenciones.

Me parece interesante resaltar que prácticamente toda la bibliografía utilizada no es de España, por lo cual se refleja una falta evidente de investigación en el tema.

También cabe destacar el enfoque que se da a los estudios fuera de los territorios donde se practica la MGF, esto se ve reflejado en artículos como es el caso de (Mulongo et al., 2014c) en el que comenta que los estudios realizados en Europa, se hacen con la

perspectiva de mujeres circuncidadas inmigrantes, por lo que dichos estudios deberían centrarse en la política informativa y práctica en los países dónde la MGF se lleva a cabo.

## **7. Conclusiones**

Para empezar, estoy completamente en contra la MGF, pero a raíz de leer tanta literatura sobre esta práctica, no he podido evitar sentirme identificada con algunos matices de ella, ya que no hace falta irse muy lejos para ver como en nuestra sociedad también realizamos practicas nocivas para la salud, con el objetivo de asemejarnos al canon de belleza actual y social, como por ejemplo las operaciones estéticas no terapéuticas, los pearcings, los tatuajes... otro ejemplo sería “la prueba del pañuelo” que desde mi punto de vista es lo más parecido que tenemos aquí, en nuestro país, y nadie se alarma de ello, incluida la justicia.

Con esto no pretendo justificarlo ni mucho menos, pero es cierto que debemos tratar de ponernos en su piel, y más que perseguir la MGF, debemos centrarnos en el por qué creen que deben hacerlo, ya que muchos son conscientes de las implicaciones nocivas que conlleva y aun así se realiza.

Por lo que mi conclusión principal, es que hay que abordar el porque es tan importante para ellas el “matrimonio ventajoso”, ya que es de los principales argumentos de la MGF. Se trata de territorios económicamente no desarrollados, que brindan muy poca o ninguna educación sobre todo a las niñas, esto implica que muchas de ellas no tienen la posibilidad de formarse para conseguir un futuro prometedor por ellas mismas, sino que su única esperanza es depender de la situación económica de sus parejas para salir adelante, siendo un requisito indispensable la MGF para conseguirlo, es imperativo que lo realicen si pretenden tener un futuro.

Por lo que el crear lugares de trabajo para las mujeres, y educar y empoderar a las niñas, que serán el futuro de estos territorios es el paso más importante desde mi punto de vista; y como se menciona en las implicaciones sociales, la educación está directamente relacionada con mayor probabilidad de oponerse al rito y en el caso de las madres, menor probabilidad de que consientan que se les realice la circuncisión a sus hijas.

En cuanto a la medicalización de la práctica, me ha costado tener una opinión clara, ya que al principio estuve en contra, pero a medida que se revisa más literatura, la perspectiva

cambia, y no pude evitar compararlo con el aborto medicalizado. Ya que el debate no es si se realiza o no, más bien es si se realiza de forma segura o no. Por lo que, ante esta tesis, y poniéndome en el lugar de estas personas, diría que es un paso hacia el futuro, ya que al medicalizar la práctica esta se vuelve menos peligrosa y agresiva. Aunque siento que esta solución es un simple parche en una rueda rota, ya que, aunque el perjuicio sea menor, el daño se hace igual.

Es enormemente difícil parar esta práctica, sobre todo desde fuera de esos territorios. Somos una sociedad completamente diferente, y eso desde mi punto de vista supone un problema, ya que nos cuesta entender sus razones para realizar la MGF, y a ellos aún más las nuestras para que dejen de hacerlo. Creo que las estrategias a realizar en un futuro deben tener su perspectiva y visión cultural, ya que es el pilar fundamental de esta práctica.

Por lo cual es de vital importancia llevar cabo implicaciones en nuestro contexto que nos ayuden a frenar, visibilizar o al menos mejorar el cuidado que se brinda. Ejemplos de actuaciones pueden ser:

- Desde el punto de vista formativo, brindar información práctica y actualizada de la MGF a todo el personal sanitario, especialmente al sector de enfermería.
- Desde el punto de vista político reforzar las leyes.
- En cuanto a la educación, sería interesante visibilizar estas situaciones desde la escolarización para reforzar el cese de la práctica.
- Y aumentar la investigación, sobre todo en España, ya que como se menciona antes, es muy escasa.



## 7. Bibliografía

- Adelufosi, A., Edet, B., Arikpo, D., Aquaisua, E., & Meremikwu, M. M. (2017). Cognitive behavioral therapy for post-traumatic stress disorder, depression, or anxiety disorders in women and girls living with female genital mutilation: A systematic review. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 136(S1), 56–59. <https://doi.org/10.1002/IJGO.12043>
- Almroth, L., Bedri, H., Musharaf, S. El, Satti, A., Idris, T., Sir, M., Hashim, K., Suliman, G. I., & Bergström, S. (n.d.). *Urogenital Complications among Girls with Genital Mutilation: A Hospital-Based Study in Khartoum*.
- Almroth, L., Elmusharaf, S., El Hadi, N., Obeid, A., El Sheikh, M. A. A., Elfadil, S. M., & Bergström, S. (2005). Primary infertility after genital mutilation in girlhood in Sudan: a case-control study. *Lancet (London, England)*, 366(9483), 385–391. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(05\)67023-7](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(05)67023-7)
- Behrendt, A., & Moritz, S. (2005). Posttraumatic stress disorder and memory problems after female genital mutilation. *The American Journal of Psychiatry*, 162(5), 1000–1002. <https://doi.org/10.1176/APPI.AJP.162.5.1000>
- Berg, R. C., Underland, V., Odgaard-Jensen, J., Fretheim, A., & Vist, G. E. (2014). Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*, 4(11). <https://doi.org/10.1136/BMJOPEN-2014-006316>
- Birge, Ö., Serin, A. N., & Bakır, M. S. (2021). Female genital mutilation/cutting in sudan and subsequent pelvic floor dysfunction. *BMC Women's Health*, 21(1). <https://doi.org/10.1186/S12905-021-01576-Y>
- Chibber, R., El-Saleh, E., & El Harmi, J. (2011). Female circumcision: obstetrical and psychological sequelae continues unabated in the 21st century. <https://doi.org/10.3109/14767058.2010.531318>, 24(6), 833–836. <https://doi.org/10.3109/14767058.2010.531318>
- Dyspareunia - StatPearls - NCBI Bookshelf*. (n.d.). Retrieved May 16, 2023, from <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562159/>
- Elnashar, A., & Abdelhady, R. (2007). The impact of female genital cutting on health of newly married women. *International Journal of Gynaecology and Obstetrics: The Official Organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 97(3), 238–244. <https://doi.org/10.1016/J.IJGO.2007.03.008>
- Female genital mutilation*. (n.d.). Retrieved May 16, 2023, from <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- FGM National Clinical Group*. (n.d.). Retrieved May 17, 2023, from <http://www.fgmnationalgroup.org/>
- FORWARD*. (n.d.). Retrieved May 17, 2023, from <https://www.forwarduk.org.uk/>
- Fundación Kirira - ONG contra la mutilación genital femenina | Fundación Kirira - ONG Contra la Mutilación Genital Femenina*. (n.d.). Retrieved May 17, 2023, from <https://www.fundacionkirira.es/>
- Género, imagen y representación del cuerpo*. (n.d.). Retrieved May 16, 2023, from [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962008000100009](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962008000100009)
- Jaeger, F., Caflisch, M., & Hohlfeld, P. (2009). Female genital mutilation and its prevention: A challenge for paediatricians. *European Journal of Pediatrics*, 168(1), 27–33. <https://doi.org/10.1007/S00431-008-0702-5>
- Kimani, S., Esho, T., Kimani, V., Muniu, S., Kamau, J., Kigundu, C., Karanja, J., & Guyo, J. (2018). Female Genital Mutilation/Cutting: Innovative Training Approach

- for Nurse-Midwives in High Prevalent Settings. *Obstetrics and Gynecology International*, 2018. <https://doi.org/10.1155/2018/5043512>
- Lurie, J. M., Weidman, A., Huynh, S., Delgado, D., Easthausen, I., & Kaur, G. (2020). Painful gynecologic and obstetric complications of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis. *PLoS Medicine*, 17(3). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PMED.1003088>
- Mahmood, K. I., Shabu, S. A., M-Amen, K., Saleh, A. M., Ahmed, H., Mzori, B. Q., & Shabila, N. P. (2022). Knowledge, attitudes, and positions of religious leaders towards female genital cutting: A cross-sectional study from the Kurdistan Region of Iraq. *PLoS ONE*, 17(11 November). <https://doi.org/10.1371/JOURNAL.PONE.0265799>
- Momoh, C., Olufade, O., & Redman-Pinard, P. (2016a). What nurses need to know about female genital mutilation. *British Journal of Nursing*, 25(9), S30–S34. <https://doi.org/10.12968/BJON.2016.25.9.S30>
- Momoh, C., Olufade, O., & Redman-Pinard, P. (2016b). What nurses need to know about female genital mutilation. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 25(9), S30–S34. <https://doi.org/10.12968/BJON.2016.25.9.S30>
- Mulongo, P., Hollins Martin, C., & McAndrew, S. (2014a). The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women’s mental health: a narrative literature review. *Http://Dx.Doi.Org/10.1080/02646838.2014.949641*, 32(5), 469–485. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.949641>
- Mulongo, P., Hollins Martin, C., & McAndrew, S. (2014b). The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women’s mental health: a narrative literature review. *Http://Dx.Doi.Org/10.1080/02646838.2014.949641*, 32(5), 469–485. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.949641>
- Mulongo, P., Hollins Martin, C., & McAndrew, S. (2014c). The psychological impact of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) on girls/women’s mental health: a narrative literature review. *Journal of Reproductive and Infant Psychology*, 32(5), 469–485. <https://doi.org/10.1080/02646838.2014.949641>
- Mutilación genital femenina*. (n.d.). Retrieved April 28, 2023, from <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>
- Mutilación Genital Femenina - MGF - Médicos del Mundo*. (n.d.). Retrieved May 17, 2023, from <https://www.medicosdelmundo.org/que-hacemos/espana/mutilacion-genital-femenina>
- National FGM Support Clinics - NHS - NHS*. (n.d.). Retrieved May 17, 2023, from <https://www.nhs.uk/conditions/female-genital-mutilation-fgm/national-fgm-support-clinics/>
- Okonofua, F. E., Larsen, U., Oronsaye, F., Snow, R. C., & Slinger, T. E. (2002). The association between female genital cutting and correlates of sexual and gynaecological morbidity in Edo State, Nigeria. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 109(10), 1089–1096. <https://doi.org/10.1111/J.1471-0528.2002.01550.X>
- Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF) SANIDAD 2015 MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD*. (n.d.).
- Sabi Boun, S., Otu, A., & Yaya, S. (2023). Fighting female genital mutilation/cutting (FGM/C): towards the endgame and beyond. *Reproductive Health*, 20(1), 51. <https://doi.org/10.1186/S12978-023-01601-3>
- Salud sexual*. (n.d.). Retrieved May 16, 2023, from [https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab\\_2](https://www.who.int/es/health-topics/sexual-health#tab=tab_2)

- Sibamo, E. L., & Workie, S. B. (2022). Behavioral Barriers to Stop Female Genital Mutilation/Cutting in South Ethiopia: An Exploratory Qualitative Study of the Perspective of Women. *International Journal of Women's Health*, 14, 1073–1081. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S366961>
- Smith, H., & Stein, K. (2017). Psychological and counselling interventions for female genital mutilation. *International Journal of Gynecology and Obstetrics*, 136, 60–64. <https://doi.org/10.1002/IJGO.12051>
- Studd, J., & Schwenkhagen, A. (2009). The historical response to female sexuality. *Maturitas*, 63(2), 107–111. <https://doi.org/10.1016/J.MATURITAS.2009.02.015>
- Varol, N., Turkmani, S., Black, K., Hall, J., & Dawson, A. (2015). The role of men in abandonment of female genital mutilation: a systematic review. *BMC Public Health*, 15(1). <https://doi.org/10.1186/S12889-015-2373-2>
- Von Rège, I., & Champion, D. (2017). Female genital mutilation: implications for clinical practice. *British Journal of Nursing (Mark Allen Publishing)*, 26(18), S22–S27. <https://doi.org/10.12968/BJON.2017.26.18.S22>
- Yussuf, M., Matanda, D. J., & Powell, R. A. (2020). Exploring the capacity of the Somaliland healthcare system to manage female genital mutilation/cutting-related complications and prevent the medicalization of the practice: A cross-sectional study. *BMC Health Services Research*, 20(1). <https://doi.org/10.1186/S12913-020-5049-2>



Para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, quedándome copia.

[rúbrica pare/mare/tutor-a]

[rúbrica representante legal]

El sanitario /La sanitaria que lleva a la menor:

- Se comprometo a apoyar a la niña, realizarle las revisiones periódicas dentro del programa del niño sano y acompañarla en beneficio de su salud.

....., ..... d ..... de .....

El/ La pediatra

El médico/La médica

Si piensan viajar, recuerden que es importante contactar con sanidad exterior para actualizar las vacunas y con su centro de salud para la revisión e indicaciones.

