

2017

Red de Prevención de
la Mutilación Genital
Femenina en la
Comunidad de Madrid

GUÍA DE ACTUACIONES SANITARIAS FRENTA A LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN LA COMUNIDAD DE MADRID



Comunidad
de Madrid



CITA RECOMENDADA

García de Herreros Madueño, T., Garabato González, S., Martínez Blanco, M.L. (coords.) y Grupo de Trabajo (2017). *Guía de actuaciones sanitarias para la prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid*. Madrid: Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid.

Documento realizado en colaboración:

Consejería de Sanidad.
Dirección General de Salud Pública.

Consejería de Políticas Sociales y Familia.
Dirección General de la Mujer.

Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina.
De la Comunidad de Madrid.

EDICIÓN ELECTRÓNICA ACTUALIZADA 2020



Esta versión forma parte de la Biblioteca Virtual de la **Comunidad de Madrid** y las condiciones de su distribución y difusión se encuentran amparadas por el marco legal de la misma.



comunidad.madrid/publicamadrid

PRESENTACIÓN

La mutilación genital femenina (MGF) es una violación de derechos humanos, un acto de violencia contra las mujeres y, sin duda, una muestra extrema de la desigualdad de género que atenta directamente contra los derechos sexuales y reproductivos, niega el derecho a la salud de las mujeres y a la integridad de su propio cuerpo.

Según el último informe de UNICEF, la MGF es un problema de salud pública que afecta al menos a 200 millones de niñas y mujeres en el mundo, 44 millones de las cuales son menores de 14 años. Esta organización advierte que si no hay un compromiso que responda al problema, en el año 2030 aproximadamente 86 millones de niñas en todo el mundo sufrirán algún tipo de MGF.

Esta **Guía de actuaciones sanitarias para la prevención de la MGF en la Comunidad de Madrid** constituye un primer paso en la articulación de una respuesta colectiva, integradora e institucional a este problema de salud pública. El ámbito socio-sanitario es un espacio privilegiado para prevenir que esta práctica se siga realizando a las niñas y abordar las múltiples consecuencias para la salud que pueden presentar las mujeres a las que se les ha practicado la MGF. Se pone a disposición del colectivo de todos los profesionales sociosanitarios los aspectos técnicos que se deben conocer sobre esta práctica para efectuar una intervención adecuada, así como las recomendaciones para que ésta sea realizada desde el enfoque de la defensa de los derechos humanos y de equidad de género.

La presente Guía, que cuenta con el apoyo de las Consejerías de Sanidad y de Políticas Sociales y Familia, ha sido elaborada por un grupo de trabajo interdisciplinar e intersectorial constituido a instancias de la Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina de la Comunidad de Madrid, impulsada por Médicos del Mundo, en la que participan la Dirección General de Salud Pública, el Servicio Madrileño de Salud, el Ayuntamiento de Madrid, Ayuntamiento de Parla, Lasexologia.com, Unión de asociaciones Familiares (UNAF), Save a Girl Save a Generation, Médicos del Mundo, Sexólogos sin fronteras, Federación de Mujeres Progresistas, Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria, Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria, Asociación Madrileña de Matronas y Asociación Madrileña de Salud Pública.

Además, con el ánimo de generalizarla y mejorarla, esta Guía ha sido revisada por la Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia, el Colegio de Médicos de Madrid, la Federación de Planificación Familiar Estatal, la Sociedad de Pediatría de Madrid y Castilla La Mancha, la Sociedad Española de Pediatría Social, Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAP), Colegio de Enfermería de Madrid (CODEM).

En síntesis, esta Guía tiene el objetivo de promover y unificar las acciones a seguir en la Comunidad de Madrid para la prevención de la MGF y la atención a las mujeres que han sido mutiladas desde un abordaje de Salud Pública con un enfoque integral e integrador de equidad de género, de defensa de derechos humanos e interculturalidad.

JESÚS SÁNCHEZ MARTOS
CONSEJERO DE SANIDAD

CARLOS IZQUIERDO TORRES
CONSEJERO DE POLÍTICAS SOCIALES
Y FAMILIA

Título: *Guía de actuaciones sanitarias frente a la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid*

COORDINACIÓN

Teresa García de Herreros Madueño.- Médica de familia. *Centro de Salud Collado Villalba Pueblo. Médicos del Mundo*

Sonsoles Garabato González.- Trabajadora Social. *Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.*

María Luisa Martínez Blanco.- Médica. *Servicio de Salud Pública Área 11. Dirección General de Salud Pública.*

GRUPO DE TRABAJO

Alfonso Antona Rodríguez.-Antropólogo. *Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.*

Alexandra Arranz Friediger.- Ginecóloga. *Hospital Universitario Puerta de Hierro. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO)*

Margarita Asenjo Arriero.- Trabajadora social. *Centros de Salud de Parla.*

Maribel Blázquez Rodríguez.- Antropóloga. *Universidad Complutense de Madrid.*

Nieves Crespo Elvira.-Técnica de Programa de Prevención e intervención ante la Mutilación Genital Femenina. *Unión de Asociaciones Familiares (UNAF).*

Isabel Durand Rincón.- Matrona. *Centro de Salud “El Restón”, Valdemoro.*

Sonsoles Garabato González.- Trabajadora Social. *Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.*

Teresa García de Herreros Madueño.- Médica de familia. *Centro de Salud Collado Villalba Pueblo. Médicos del Mundo*

Concepción Jimeno Calderón.-Coordinadora Cooperación Internacional y Convivencia Intercultural. *Ayuntamiento de Parla.*

Luís Martín Álvarez.- Pediatra. *Asociación Madrileña Pediatría de Atención Primaria (AMPap).*

María Luisa Martínez Blanco.- Médica. *Servicio de Salud Pública Área 11. Dirección General de Salud Pública.*

Concepción Párraga San Segundo.- Enfermera. *Centro de Salud Campo de la Paloma, Vallecas.*

María Victoria Ramírez Crespo.- Sexóloga. *Asociación Lasexologia.com.*

REVISORAS

Luisa Antolín Villota Elvira.-Técnica de Programa de Prevención e intervención ante la Mutilación Genital Femenina. *Unión de Asociaciones Familiares (UNAF).*

Carmen García Delgado.- Médica. *Gerencia Adjunta de Adecuación, Coordinación y Supervisión Estratégica.*

María Luisa Lasheras Lozano.- Médica. *Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.*

Marisa Pires Alcaide.- Pedagoga. *Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.*

Milagros Ramasco Gutiérrez.- Socióloga. *Servicio de Promoción de la Salud. Dirección General de Salud Pública.*

Irmina Saldaña Alonso.- Médica de Familia. *Centro de Salud Adelfas. Grupo de Atención a la Mujer Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria*

Hodan Suleiman Youssuf.- Mediadora intercultural. *Médicos del Mundo.*

ENTIDADES QUE FORMAN LA RED DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA EN LA COMUNIDAD DE MADRID

Dirección General de Salud Pública. Consejería de Sanidad.

Servicio Madrileño de Salud. Consejería de Sanidad.

Madrid Salud. Ayuntamiento de Madrid.

Ayuntamiento de Parla.

Médicos del Mundo.

Lasexologia.com.

Unión de Asociaciones Familiares (UNAF).

Save a girl Save a generation.

Sexólogos sin fronteras.

Federación de Mujeres Progresistas

Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria.

Asociación Madrileña de Matronas.

Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria.

Asociación Madrileña de Salud Pública.

ENTIDADES REVISORAS

Colegio de Médicos de Madrid. Junta Directiva

Federación de Planificación Familiar Estatal (F.P.F.E.): Diana Fernández. Educadora Social e Isabel Serrano Fuster. Médica y Ginecóloga.

Sociedad de Pediatría e Madrid y Castilla La Mancha (SPMYCM). Presidente, en nombre de la Junta Directiva.

Sociedad Española de Pediatría Social. Jesús García Pérez. Pediatra. Presidente de la Sociedad.

Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia (SEGO). Alexandra Arranz Friediger. Ginecóloga.

Sociedad Madrileña de Enfermería Familiar y Comunitaria (SEMAP)

Colegio de Enfermería de Madrid (CODEM)

ÍNDICE

PRESENTACIÓN.....	3
ÍNDICE DE IMÁGENES, TABLAS, CUADROS Y ALGORITMOS.....	7
1. RESUMEN	8
2. INTRODUCCIÓN	9
2.1. OBJETIVO GENERAL.....	10
2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	10
3. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA MGF.....	11
3.1. ¿QUÉ ES?	11
3.2. TIPOS	11
3.3. ¿DÓNDE SE PRACTICA? PAÍSES Y ETNIAS	12
3.4. ¿POR QUÉ SE REALIZA?	13
3.5. ¿CÓMO SE REALIZA?	15
3.6. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DE LAS MUJERES Y LAS NIÑAS	15
4. MARCO LEGAL	18
4.1. NIVEL INTERNACIONAL.....	18
4.2. A NIVEL NACIONAL	20
5. SITUACIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID	23
6. RECOMENDACIONES EN LA ACTUACIÓN PROFESIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA MGF.....	25
6.1. ENFOQUE COMUNITARIO	27
6.2. ACTUACION CON LAS MUJERES PROCEDENTES DE PAISES/ETNIAS QUE PRACTICAN LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA	31
6.3. ACTUACION EN EL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO	34
6.4. ACTUACIÓN CON LAS NIÑAS	38
6.5. ACTUACION CON LOS HOMBRES	44
6.6. COORDINACIÓN Y REGISTRO.....	45
7. RECURSOS ÚTILES.....	47
8. ANEXOS	49
ANEXO 1. PAÍSES DONDE SE PRACTICA LA MGF	49
ANEXO 2. COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MGF	50
ANEXO 3. DESINFIBULACIÓN.....	55
ANEXO 4. CODIFICACIÓN.....	56
ANEXO 5. PRINCIPIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL	57
9. BIBLIOGRAFIA.....	61

ÍNDICE DE IMÁGENES, TABLAS, CUADROS Y ALGORITMOS

Imagen 1. Tipos de MGF según la clasificación de la OMS.....	11
Imagen 2. Mapa de la MGF en el mundo.....	12
Imagen 3. Porcentaje de niñas y mujeres de entre 15 y 49 años con MGF por país.....	12
Imagen 4. Distribución de mujeres procedentes de países que practican la MGF por municipio de residencia en la Comunidad de Madrid.....	24
Imagen 5. Distribución de mujeres procedentes de países que practican la MGF por barrios y distritos en la ciudad de Madrid.....	24
Tabla 1. Motivos más frecuentemente alegados para realizar la MGF.....	14
Tabla 2. Complicaciones asociadas a la práctica de la MGF.....	16
Tabla 3. Población de mujeres procedente de países donde se practica la MGF residentes en la Comunidad de Madrid y prevalencia de la MGF en dichos países.....	23
Tabla 4. Complicaciones obstétricas asociadas a la práctica de la MGF.....	34
Tabla 5. Factores de riesgo de sufrir una MGF y factores de riesgo inminente.....	38
Tabla 6. Etapas del cambio en la MGF	61
Cuadro 1. Recomendaciones para abordar el tema de la MGF.....	25
Cuadro 2. Desmontando mitos.....	26
Cuadro 3. El compromiso preventivo.....	41
Cuadro 4. Algunos ejemplos de acciones comunitarias en salud.....	42
Algoritmo 1. Actuaciones con las mujeres.....	33
Algoritmo 2. Actuaciones en el embarazo, parto y postparto.....	37
Algoritmo 3. Actuaciones preventivas general con niñas.....	40
Algoritmo 4. Actuaciones con niñas en caso de viajes al país de origen.....	42
Algoritmo 5. Actuaciones con niñas en la consulta post-viaje.....	43
Algoritmo 6. Actuaciones con los hombres.....	45

1. RESUMEN

En esta guía se proporciona al colectivo de profesionales los conocimientos generales necesarios sobre la mutilación genital femenina (MGF): su [definición](#), los [tipos](#) existentes, [cómo](#) y [dónde](#) se practica, [por qué](#) se realiza y las [consecuencias](#) que tiene sobre la salud de las mujeres y las niñas. Se da a conocer también el [marco legal](#) existente tanto en [nuestro país](#) como en el [contexto internacional](#) y la [situación en la Comunidad de Madrid](#) (número de mujeres y niñas procedentes de países afectados y distribución dentro de nuestra comunidad).

Así mismo, la guía recomienda [pautas de actuación](#) tanto para la prevención como para la correcta atención a mujeres y/o niñas supervivientes a la MGF. En primer lugar, se proporcionan claves para realizar una [intervención comunitaria](#) por su papel fundamental en la prevención de la MGF y por ser complementaria de otro tipo de intervenciones. Posteriormente se presentan las pautas para actuar a nivel individual con una [mujer](#) procedente de países/etnias que practiquen la MGF con el objetivo de disminuir las consecuencias y prevenir la MGF en sus hijas, detallando de manera específica cómo actuar en el [embarazo, parto y puerperio](#) dado el mayor número de complicaciones en estas situaciones. Se describe la importancia y el modo de realizar el trabajo preventivo en las [consultas de pediatría](#), como otra actividad más dentro del Programa de Promoción de Salud Infancia-Adolescencia. También se describe la pauta a seguir ante una niña en situación de [riesgo inminente](#) y ante una niña con [MGF ya practicada](#). Por último, se resalta la necesidad de trabajar el problema con los [hombres](#), ya que es necesario sensibilizar a toda la comunidad para terminar con esta violación de los derechos humanos.

Durante toda la guía se ha querido enfatizar la importancia de trabajar de forma coordinada no solo entre los distintos profesionales y niveles que integran el sistema sanitario, sino también con otros sectores como servicios sociales, educación, etc.

2. INTRODUCCIÓN

La Mutilación Genital Femenina (MGF) en sus diferentes tipologías, es una grave violación de los derechos humanos, un acto de violencia contra las mujeres y una muestra extrema de la desigualdad de género. Atenta no sólo contra los derechos sexuales y reproductivos de las mujeres, sino que les niega su derecho a la salud y a la integridad del propio cuerpo.

Según recoge el último informe publicado por UNICEF¹ se estima que al menos 200 millones de niñas y mujeres en el mundo han sido o son víctimas de la MGF, de las que 44 millones son menores de 14 años y si la tendencia actual continúa en el año 2030 aproximadamente 86 millones de niñas en todo el mundo sufrirán algún tipo de mutilación genital. La práctica se realiza principalmente en 30 países esencialmente del África subsahariana, pero también en Egipto, Yemen o Indonesia.

La presencia en la Comunidad de Madrid de mujeres inmigrantes, procedentes de países y etnias donde se practica la MGF, implica la posibilidad de que estas mujeres hayan sufrido o puedan sufrir este tipo de violencia. Según el padrón continuo del año 2019², en la Comunidad de Madrid estarían residiendo 7389 mujeres procedentes de países donde realiza la práctica, siendo un 23,9% de ellas menores de 15 años.

El ámbito sanitario es un espacio privilegiado para prevenir la MGF así como para atender las complicaciones derivadas de la realización de la misma. Para ello, es necesario que las y los profesionales socio-sanitarios conozcan esta práctica y sepan cómo actuar con un enfoque de derechos humanos y equidad de género. Por tanto, esta guía se dirige a profesionales que trabajan en el campo tanto de la salud pública como de la atención sanitaria.

No obstante, para abordar este problema de salud pública es necesario e imprescindible el trabajo y la coordinación con otros sectores (educación, servicios sociales, asociaciones civiles, cuerpos y fuerzas de seguridad del estado, fiscalía, forenses, etc.) así como la participación de las comunidades afectadas. Por tanto, esta guía debería formar parte en un futuro de un protocolo más amplio que contemple el papel de los distintos sectores implicados.

La presente guía ha sido elaborada, teniendo en cuenta las recomendaciones a nivel estatal que establece el Protocolo común para la actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (2015), por un grupo de trabajo interdisciplinar e intersectorial constituido a instancia de la Red de Prevención de la Mutilación Genital Femenina en la Comunidad de Madrid, impulsada por Médicos del Mundo en la que participan la Dirección General de Salud Pública, Servicio Madrileño de Salud, Ayuntamiento de Madrid, Ayuntamiento de Parla, Lasexologia.com, Unión de asociaciones Familiares (UNAF), Save a girl Save a generation, Médicos del Mundo, Sexólogos sin fronteras, Federación de Mujeres Progresistas, Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria, Asociación Madrileña de Pediatría de Atención Primaria, Asociación Madrileña de Matrona y Asociación Madrileña de Salud Pública.

2.1. OBJETIVO GENERAL

- Promover y unificar las acciones a seguir en la Comunidad de Madrid para la prevención de la MGF y la atención a las mujeres que han sido mutiladas desde un abordaje de Salud Pública con un enfoque de equidad de género, de derechos humanos e interculturalidad.

2.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Dar a conocer a los/las profesionales socio-sanitarios la situación de la MGF y las consecuencias sobre la salud de las mujeres y las niñas.
- Establecer pautas de atención y prevención socio-sanitarias coordinadas para abordar la MGF.
- Propiciar y facilitar un papel activo de las mujeres y las comunidades, en las que se realiza esta práctica, en la prevención y atención de la MGF.

3. CONTEXTUALIZACIÓN DE LA MGF

3.1. ¿QUÉ ES?

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que “la MGF comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos”³. Es una práctica que perjudica la salud de las mujeres y niñas de muy diversas formas.

La MGF es una forma de violencia de género “reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las mujeres y las niñas. Refleja una desigualdad entre los sexos muy arraigada, y constituye una forma extrema de discriminación de la mujer. Viola los derechos a la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho a no ser sometido a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes y el derecho a la vida en los casos en que el procedimiento acaba produciendo la muerte” (OMS, 2014)³.

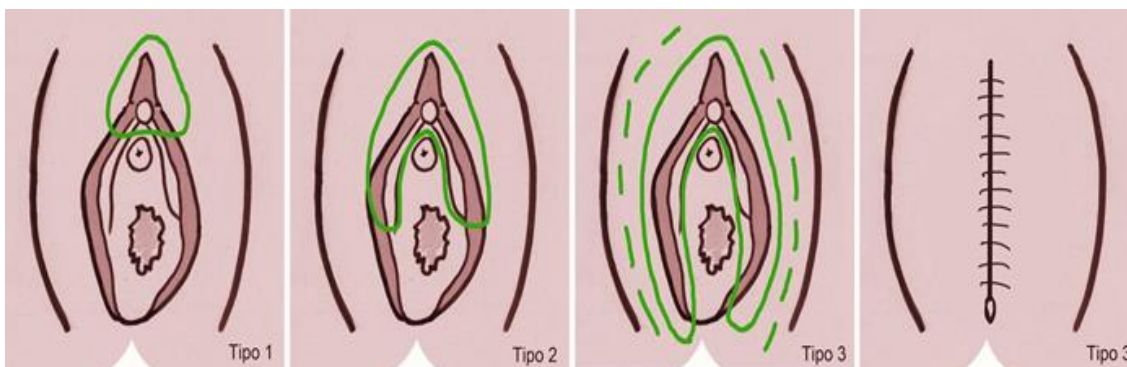
3.2. TIPOS

Según la clasificación de la OMS (2007)⁴, se identifican cuatro tipos de MGF:

- **Tipo I o clitoridectomía:** resección parcial o total del clítoris y, en casos muy infrecuentes solo del prepucio (pliegue de piel que rodea el clítoris).
- **Tipo II o escisión:** resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores.
- **Tipo III o infibulación:** estrechamiento y cierre de la apertura vaginal mediante el corte y la recolocación de los labios menores o mayores, con o sin resección del clítoris.
- **Tipo IV:** todos los demás procedimientos lesivos de los genitales externos con fines no médicos, tales como la perforación, incisión, raspado o cauterización de la zona genital.

En la Comunidad de Madrid, los tipos más frecuentes son el tipo I y II.

Imagen 1. Tipos de MGF según la clasificación de la OMS

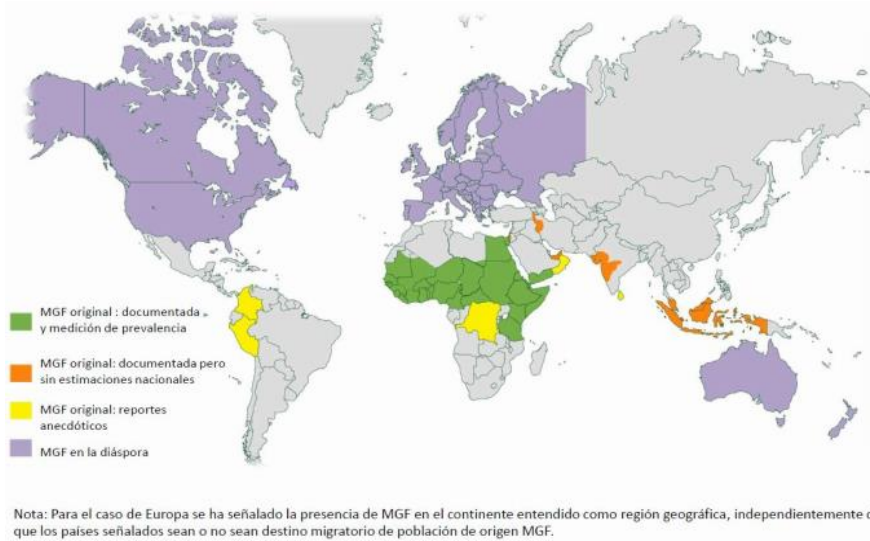


Fuente: Médicos del Mundo

3.3. ¿DÓNDE SE PRACTICA? PAÍSES Y ETNIAS

Según datos de UNICEF (2016)¹ aunque el número total de mujeres mutiladas es desconocido, se estima que al menos 200 millones de niñas y mujeres en todo el mundo sufren las consecuencias de la MGF. Se trata de una práctica “tradicional”, que se realiza principalmente en 30 países, esencialmente del África subsahariana, aunque también se practica en Egipto y en algunos países de Oriente Medio (como Yemen) y de Asia (como Indonesia).

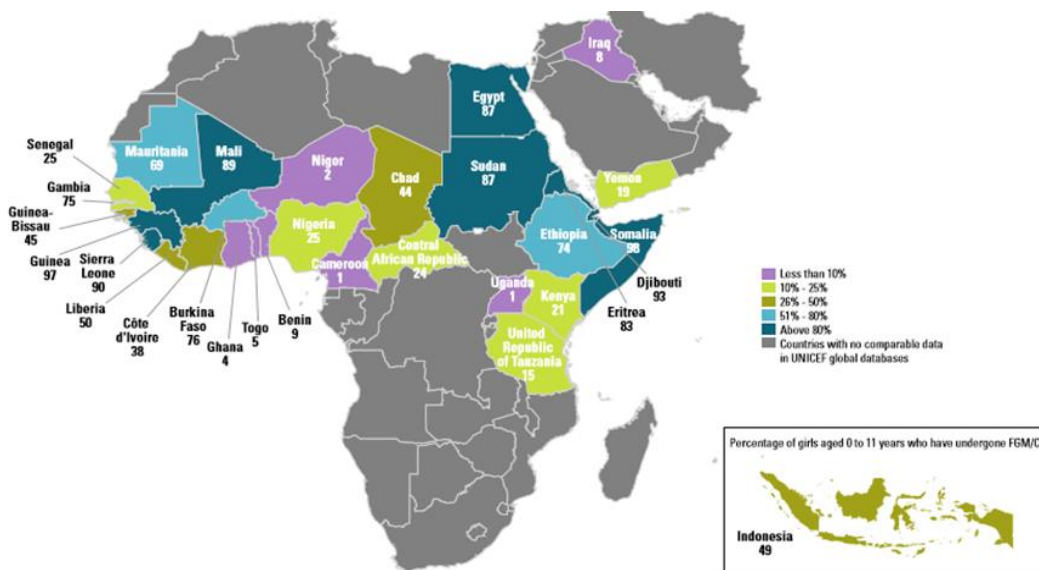
Imagen 2. Mapa de la MGF en el Mundo



Fuente: GIPE/PTP- Fundación Wassu- UAB. 2012

En el Anexo 1 Países donde se practica la MGF figura un listado de países donde se practica la MGF junto con las prevalencias correspondientes.

Imagen 3. Porcentaje de niñas y mujeres de entre 15 y 49 años con MGF por país.



Fuente: UNICEF, 2016

Los tipos más frecuentes de MGF son la tipo I y II. La tipo III se realiza principalmente en Sudán, Somalia, Yemen, Yibuti, Eritrea y algunas zonas de Etiopía y Egipto⁵.

Cabe destacar que en los países en los que se realiza alguna forma de MGF, no toda la población la práctica. Su realización va a depender principalmente del grupo étnico al que pertenezca la niña o la mujer. De este modo, en un mismo país podemos encontrar grupos étnicos o comunidades que realizan la MGF y otras comunidades o etnias que no la practican.

Entre las principales etnias, que podemos encontrar en España, que practican la MGF, se encuentran los Sarakole-Soniké, Fulani, Mandinga, Bambara, Dogón, Edo, Hausa y Fante y entre las etnias que no la practican podemos citar a los Wolof, Serero Ndiago.

3.4. ¿POR QUÉ SE REALIZA?

Las causas por las que las personas “justifican” la realización de la MGF consisten en una mezcla de factores culturales, religiosos y sociales existentes en familias y comunidades que en realidad están basadas en la desigualdad de género. Los principales motivos que sustentan la realización de la práctica son:

- **Identidad cultural:** es una razón de peso que sustenta su realización y complica enormemente su erradicación. Realizar la MGF aumenta el sentimiento de pertenencia e identificación con el grupo. En algunas sociedades tradicionales, forma parte de las ceremonias de iniciación⁶ –paso de la infancia a la vida adulta– que constituyen parte de la educación necesaria para llevar a cabo las obligaciones como esposa y mujer. No realizar la MGF tiene un gran coste personal, familiar y social para la mujer y las familias. Las mujeres que no la tienen practicada se enfrentarán al aislamiento social, al rechazo y a la soledad; en una sociedad en la que el valor de una mujer, y su propia subsistencia, dependen en gran medida de si está casada y del número de hijos/as que tiene.
- **Control de la sexualidad:** se considera que una mujer que ha sido mutilada es una mujer con mayor probabilidad de permanecer virgen y con menor deseo sexual, garantizándose así la fidelidad por parte de la mujer.
- **Religión:** es otra de las razones argumentada para su realización aunque ninguna religión lo justifica ni alienta. La MGF se ha asociado erróneamente con la religión musulmana, sin embargo es una práctica preislámica a la que el Corán no hace alusión alguna⁷. En África subsahariana hay etnias tanto de religión musulmana como cristiana, judía o animista que la practican y otras etnias de religión musulmana que no la realizan⁸; también esto sucede en países como Marruecos o Túnez, donde la población es mayoritariamente musulmana, no se practica la MGF.

- **Estética/Limpieza:** los genitales femeninos son considerados como algo “sucio” y feo (“una mujer “cortada” es una mujer más limpia”). Por tanto, las mujeres que no han sido mutiladas, consideradas “sucias”, no se les permite ciertas tareas como manipular agua y alimentos.
- Existen además una serie de **creencias erróneas** sobre los genitales, como que el clítoris puede crecer excesivamente si no se corta, dañar al marido durante el coito y al bebé durante el nacimiento⁴⁻⁵. Además, es extendida la creencia de que cortar los genitales tiene efectos beneficiosos sobre la fertilidad de la mujer⁴⁻⁵.

Tabla 1. Motivos, más frecuentemente alegados para realizar la MGF

PRINCIPALES MOTIVOS ALEGADOS PARA LA REALIZACIÓN DE LA MGF	
Identidad Cultural	Costumbre y tradición. Pertenencia al grupo. Rito de paso de la infancia a la edad adulta. Evita el rechazo social. Aumenta oportunidades para el matrimonio.
Control de la Sexualidad	Protege la virginidad y castidad. Garantiza la fidelidad conyugal. Incrementa el placer sexual masculino.
Religión	Precepto religioso acerca de la pureza y limpieza.
Reproductivas	Aumenta la fertilidad. Mejora y facilita el parto. Permite que el bebé no toque el clítoris porque si no moriría.
Limpieza/Estética	Signo de pureza. Los genitales no mutilados se consideran feos y sucios.

Fuente: Elaboración propia a partir de diversas fuentes⁴⁻⁷

Las madres y los padres junto al resto de los familiares que promueven la práctica, así como muchas de las personas que la llevan a cabo, en general actúan con la convicción de que tiene efectos beneficiosos para la niña, tanto físicos como sociales. Muchos de los efectos negativos que la MGF tiene para la salud de las niñas o de las mujeres no son relacionados con esta práctica, atribuyéndose dichas consecuencias a otros motivos.

Esto implica que deberemos poner en marcha todos los mecanismos educativos y legales necesarios para proteger a las niñas, pero es importante hacerlo partiendo del conocimiento de la MGF, y con especial sensibilidad a la hora de abordar esta realidad.

3.5. ¿CÓMO SE REALIZA?

El tipo y la forma en que se lleva a cabo, depende de diversos factores como por ejemplo la etnia, el país de residencia o si es un área rural o urbana. Frecuentemente se vive como un ritual que puede venir acompañado por una fiesta. Las mutilaciones en ocasiones se realizan en grupo, de forma que se mutila al mismo tiempo a muchas niñas de la misma comunidad siendo realizada por una mujer mayor, normalmente muy respetada, que no posee conocimientos de cirugía ni de medicina. Sus conocimientos sobre cómo realizar esta práctica le han sido transmitidos de generación en generación.

La práctica se realiza normalmente en unas condiciones poco higiénicas y para llevarla a cabo se suelen utilizar cuchillas de afeitar, cuchillos especiales, tijeras, trozos de vidrio, piedras afiladas, u otros utensilios. En países como en Egipto también se realizan por personal sanitario, pese a la recomendación en contra de la OMS.⁴

La edad de las niñas a las que se les practica la MGF es variable situándose entre los 0 y los 15 años⁸. La edad depende del grupo étnico de pertenencia, aunque se suele dar antes de la primera menstruación. En los últimos años se observa una tendencia a realizarla a edades más tempranas, de forma que se calcula que en la mitad de los países en los que se realiza, ésta se lleva a cabo en niñas menores de 5 años, incluso de pocas semanas o meses de vida, constatándose que cada vez se asocia menos con un ritual de paso a la edad adulta.⁸

3.6. CONSECUENCIAS PARA LA SALUD DE LAS MUJERES Y LAS NIÑAS

La MGF comprende la escisión y daño del tejido genital femenino normal y sano lo que puede producir múltiples consecuencias para la salud de las mujeres y niñas, observándose algunas en el momento en que se realiza mientras que otras son más tardías y pueden acompañar a las mujeres a lo largo de toda su vida. Aunque es difícil conocer la mortalidad exacta de esta práctica, la OMS estima cada año se producen alrededor de 3.000 muertes de niñas o mujeres como resultado de la MGF y sus complicaciones.

Las consecuencias (tabla 2) van a depender del tipo de MGF que se practique (el tipo III, al ser más agresivo, es el que mayores consecuencias ocasiona), de las condiciones en que se realiza (material y medicación empleada, higiene, habilidad de la persona que practica la mutilación, etc.) y del estado de salud preexistente de la niña/mujer (anemias, inmunodepresión, entre otros)⁹⁻¹⁰.

Tabla 2. Complicaciones asociadas a la práctica de la MGF

<p>CONSECUENCIAS A CORTO PLAZO</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hemorragias • Problemas urinarios • Infecciones locales • Dolor intenso • Miedo/pánico • Fusión no intencionada de labios • Daño en otros órganos vecinos (uretra, vejiga, esfínter anal, paredes vaginales, glándulas Bartholino) • Anemia • Shock • Septicemia • Tétanos • Muerte 	
<p>CONSECUENCIAS A MEDIO Y LARGO PLAZO</p>	<p>Problemas genitourinarios</p> <ul style="list-style-type: none"> • Disuria • Retenciones de orina • ITUs • Cálculos urinarios • Incontinencia urinaria • Prurito vaginal • Dismenorrea • Queloides • Quistes de inclusión • Hematocolpos • Abscesos • Neuroma del clítoris • Vaginosis bacteriana • Herpes simple tipo 2 • VIH 	<p>Problemas obstétricos</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prolongación del trabajo de parto • Hemorragias • Desgarros • Fistula obstétrica • Aumento partos instrumentales • Infertilidad • Incremento de la morbi-mortalidad perinatal
	<p>Problemas en la sexualidad</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dispaurenia • Disminución del deseo sexual • Disminución de la satisfacción sexual 	<p>Problemas psico-sociales</p> <ul style="list-style-type: none"> • Estrés postraumático • Ansiedad • Somatizaciones

Fuente: Elaboración propia a partir de diversas fuentes⁹⁻¹⁹

El impacto emocional que puede causar la práctica de la MGF en la niña, puede manifestarse en forma de cambios en su comportamiento y actitud habitual, por ejemplo, mostrando molestias, retraimiento, tristeza, ansiedad, miedo o terror, vergüenza o humillación y/o estados depresivos. Este impacto se va a mantener a lo largo de la vida en muchas mujeres y explica los miedos y resistencias que manifiestan ante todo aquello que les recuerde esta experiencia (por ejemplo las exploraciones vaginales y/o las relaciones sexuales coitales), condicionando aspectos tales como su sexualidad, su percepción corporal, sus visiones sobre lo que significa ser mujer y su autoestima.

Por otro lado, en muchas mujeres inmigrantes se van a generar sentimientos contradictorios y conflictos de lealtades entre la obligación de someter a sus hijas a la MGF, que imponen sus familias y sociedades de origen, y el rechazo, la condena y la vulneración de derechos que supone en las sociedades de destino. El tomar conciencia por las propias mujeres de que es perjudicial para la salud de sus hijas, produce en ocasiones sentimientos de culpabilidad.

A fin de evitar revictimizar a estas mujeres es importante tener en cuenta que no todas las quejas de estas mujeres están relacionadas con su mutilación y que hay mujeres que han sido mutiladas que no experimentan ninguna complicación sanitaria.

4. MARCO LEGAL

4.1. NIVEL INTERNACIONAL

La comunidad internacional, a través de diversas agencias de Naciones Unidas, se ha pronunciado contra la MGF por tratarse de prácticas que atentan contra los derechos humanos, los derechos de las mujeres y los derechos de las niñas. Al amparo de estas directivas, la mayoría de países occidentales, y algunos gobiernos africanos, han aprobado en sus parlamentos leyes sancionadoras específicas.

ORGANISMOS INTERNACIONALES

- La **Declaración Universal de los Derechos Humanos** (Naciones Unidas, 1948) prohíbe todas las formas de discriminación basadas en el sexo, asegura el derecho a la vida, la libertad y la seguridad de las personas así como el derecho a la protección ante cualquier violación de cualquiera de estos aspectos señalados en la Declaración.
- La **Convención para la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer** (Naciones Unidas, 1979) (ratificada por 136 estados en 1995) establece la dirección de los planes de acciones internacionales y nacionales contra las prácticas tradicionales nefastas.
- La **Declaración sobre la eliminación de la Violencia contra la Mujer** (Naciones Unidas, 1993 en Viena) insta a que: “Los Estados deben condenar la violencia contra la mujer y no invocar ninguna costumbre, tradición o consideración religiosa para eludir su obligación de procurar eliminarla. Los Estados deben aplicar por todos los medios apropiados y sin demora una política encaminada a eliminar la violencia contra la mujer”.
- La **Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo del Cairo** (1994) y en la **Conferencia Internacional de las Mujeres. Declaración y Plataforma de Acción de Pekín** (1995) se incluyen, en sus conclusiones, recomendaciones específicas a los Estados a fin de erradicar la MGF.
- La **Convención sobre los derechos del niño** (1989, adoptada por la Asamblea General de Naciones Unidas/ Ratificada por España el 30.11.1990) afirma en el artículo 24.3: “Los Estados miembros adoptarán todas las medidas eficaces y apropiadas posibles para abolir las prácticas tradicionales que sean perjudiciales para la salud de los niños”.
- **Declaración contra la práctica de la MGF (OMS)** (1997) con el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y el Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA).
- **Resolución (WHA61.16)** sobre la eliminación de la MGF en la 61ª Asamblea Mundial de la Salud (OMS, 2008) donde se pone de manifiesto la necesidad de

realizar acciones conjuntas entre los sectores implicados (salud, educación, justicia y mujer).

- **Estrategia mundial para la eliminación de las distintas formas de MGF practicada por dispensadores de la salud** (OMS, 2010) instando a las y los profesionales a no realizar esta práctica.
- **Resolución de la Asamblea General de Naciones Unidas** (2012) que prohíbe la práctica de la MGF.
- **Asamblea General de la ONU - Agenda 2030 de Objetivos de Desarrollo Sostenible** (ODS) (septiembre 2015). En la Agenda de Desarrollo Sostenible 2030 que marca 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) a nivel mundial y como parte del Objetivo 5. Lograr la Igualdad entre los géneros y empoderar a todas las mujeres y niñas, se incluye como meta específica “la eliminación de todas las prácticas nocivas, como la mutilación genital femenina y el matrimonio infantil”.

África

Muchos países han desarrollado políticas y legislaciones específicas para su prohibición, junto con otros instrumentos legales a nivel internacional y regional. Un ejemplo de ellos es el **Protocolo de la Carta Africana de Derechos Humanos y de los Pueblos sobre los Derechos de las Mujeres en África** (Maputo, julio de 2003), o la Solemne **Declaración de Igualdad de Géneros en África** (2004).

En los últimos veinte años, ha habido una creciente conciencia mundial sobre los efectos nocivos de la MGF y se continúan intensificando las campañas orientadas a su eliminación procedentes tanto de organizaciones no gubernamentales, agencias de las Naciones Unidas y algunos gobiernos.

Europa

- **Resolución del Parlamento Europeo (2008/2071)** (24 de marzo de 2009) sobre la lucha contra la MGF practicada en la UE: Condena enérgicamente la MGF por ser una violación de los derechos humanos así como un atentado a la integridad de niñas y mujeres, instando a la Comisión y a los estados miembros a desarrollar una estrategia integral así como planes de acción destinados a prohibir la MGF en el territorio de la Unión.
- **Comunicación de la Comisión Europea al Parlamento Europeo y al Consejo “hacia la eliminación de la MGF” [COM (2013) 833 finales** (25 de noviembre de 2013): señala medidas específicas para trabajar en la erradicación de la MGF en la UE. Entre los objetivos más destacados figuran: promover una prevención efectiva y medidas de apoyo a las víctimas, el “empoderamiento” de la mujer, apoyar la aplicación de las leyes que prohíben la MGF y garantizar la protección a las mujeres en riesgo dentro del marco legislativo existente de la UE en materia de asilo.

- **Convenio de Estambul del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica**²⁰ (11 de mayo de 2011): es el primer instrumento jurídico vinculante relacionado con la violencia contra la mujer. Está en vigor en nuestro país desde el 1 de agosto de 2014.

En su preámbulo se reconoce, entre otras cuestiones, que: “La naturaleza estructural de la violencia contra la mujer está basada en el género, y que la violencia contra la mujer es uno de los mecanismos sociales cruciales por los que se mantiene a las mujeres en una posición de subordinación con respecto a los hombres”.

“Las mujeres y niñas se exponen a menudo a formas graves de violencia como la violencia doméstica, el acoso sexual, la violación, el matrimonio forzoso, los crímenes cometidos supuestamente en nombre del «honor» y las mutilaciones genitales, que constituyen una violación grave de los derechos humanos de las mujeres y las niñas y un obstáculo fundamental para la realización de la igualdad entre mujeres y hombres”.

Art. 38. MGF: “Las partes adoptarán las medidas legislativas o de otro tipo necesarias para tipificar como delito, cuando se cometa de modo intencionado: a) la escisión, infibulación o cualquier otra mutilación de la totalidad o parte de los labios mayores, labios menores o clítoris de una mujer; b) el hecho de obligar a una mujer a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin; c) el hecho de incitar u obligar a una niña a someterse a cualquiera de los actos enumerados en el punto a) o de proporcionarle los medios para dicho fin”.

4. 2. A NIVEL NACIONAL

La práctica de la MGF en España es considerada delito de lesiones. Así se recoge en:

- **Artículo 149** de la ley Orgánica 10/1995 de 23 de noviembre del **Código Penal** (modificada por la ley Orgánica 11/2003 de 29 de septiembre):

Artículo 149.1: “El que causare a otro, por cualquier medio o procedimiento, la pérdida o la inutilidad de un órgano o miembro principal, o de un sentido, la impotencia, la esterilidad, una grave deformidad, o una grave enfermedad somática o psíquica, será castigado con la pena de prisión de 6 a 12 años”.

Artículo 149.2: “El que causara a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones será castigado con pena de prisión de 6 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 4 a 10 años, si el juez lo estima adecuado al interés del menor o persona con discapacidad de especial protección”.

- **Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor** (1/1996 de 15 de enero, modificación parcial del Código civil y de la ley de enjuiciamiento civil):

Artículo 13: “Toda persona o autoridad, y especialmente aquellos que por su profesión o función detecten una situación de riesgo o posible desamparo de un menor, lo comunicarán a la autoridad o sus agentes más próximos, sin perjuicio de prestarle el auxilio inmediato que precise”.

Artículo 14: “Las autoridades y servicios públicos tienen obligación de prestar la atención inmediata que precise cualquier menor, de actuar si corresponde a su ámbito de competencias o de dar traslado en otro caso al órgano competente y de poner los hechos en conocimiento de los representantes legales del menor o, cuando sea necesario, del Ministerio Fiscal”.

- **Ley Orgánica 1/2014 de 13 de marzo** (que modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial): en su artículo único indica que la jurisdicción española es competente para conocer la mutilación genital realizada por españoles o extranjeros, fuera del territorio nacional cuando se cumplan las condiciones especificadas en este artículo, es decir, el procedimiento se dirija *contra un extranjero que resida habitualmente en España o, el delito se hubiera cometido contra una víctima que, en el momento de comisión de los hechos, tuviera nacionalidad española o residencia habitual en España, siempre que la persona a la que se impute la comisión del hecho delictivo se encuentre en España.*

- **Ley de enjuiciamiento Criminal** dispone:

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

Artículo 355: “Si el hecho criminal que motive la formación de una causa cualquiera consistiese en lesiones, los médicos que asistieran al herido estarán obligados a dar parte de su estado”.

- **Ley Orgánica 8/2015 y Ley 26/2015, de modificación de la protección a la Infancia y a la adolescencia**, en la primera en el artículo 1 se concreta el concepto jurídico de interés superior del menor, y en la segunda, en el artículo 11 se incluye, dentro de los principios rectores de la actuación administrativa, la protección de los menores contra cualquier forma de violencia, incluida la mutilación genital femenina.
- **Ley Orgánica 1/2015**, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, esta introduce una circunstancia agravante por razón de género que podrá resultar de aplicación al delito de MGF, lo que implica un mayor rigor de la sanción penal y una mejora de la protección penal de mujeres y niñas.

Comunidad de Madrid:

- **Ley de Violencia de Género de la Comunidad de Madrid 5/2005** (de 29 de diciembre): incluye en su ámbito de aplicación la MGF en cualquiera de sus manifestaciones.

Preámbulo: se reconoce como formas *intolerables* de violencia de género, “la mutilación genital, el acoso sexual, las agresiones y abusos sexuales contra las mujeres, el tráfico o el favorecimiento de la inmigración clandestina de las mujeres con fines de explotación sexual, o la inducción a una mujer a ejercer la prostitución en los términos previstos en el vigente Código Penal” y las incorpora en su ámbito de aplicación (en el artículo 2).

Artículo 7.4: “A efectos de la detección y prevención de situaciones de riesgo de mutilación genital, la Comunidad de Madrid elaborará, en colaboración con los municipios de su ámbito territorial, un protocolo específico de actuación en esta materia”.

Artículo 29: “La Comunidad de Madrid ejercerá la acción popular en los procedimientos penales por causa de mutilación genital”.

5. SITUACIÓN EN LA COMUNIDAD DE MADRID

En la Comunidad de Madrid residían a finales del 2019 según datos del padrón continuo², 22.063 personas procedentes de países que practican la MGF, de las que **7.389** son **mujeres** (33,49%). En los últimos cinco años la población total procedente de estos países se ha mantenido estable (se ha incrementado un 0,99%). Sin embargo, se observa un ascenso en la población femenina del 2,57%.

La prevalencia de MGF es diferente dependiendo del país y de la etnia a la que se pertenezca. La tabla 3 muestra la distribución de mujeres adultas y menores de 15 años residentes en la Comunidad de Madrid según país de procedencia y la prevalencia de MGF en los mismos. La población nigeriana es la más numerosa en nuestra Comunidad en cuanto a número de mujeres (3.443) seguida de la de Senegal (894), siendo la prevalencia de la MGF en Nigeria del 19% y en Senegal del 24%. Especial importancia tienen Guinea-Conakri, Mali, y Egipto, por el elevado nivel de prevalencia de la práctica.

Tabla 3. Población de mujeres procedente de países donde se practica la MGF residentes en la Comunidad de Madrid y prevalencia de la MGF en dichos países

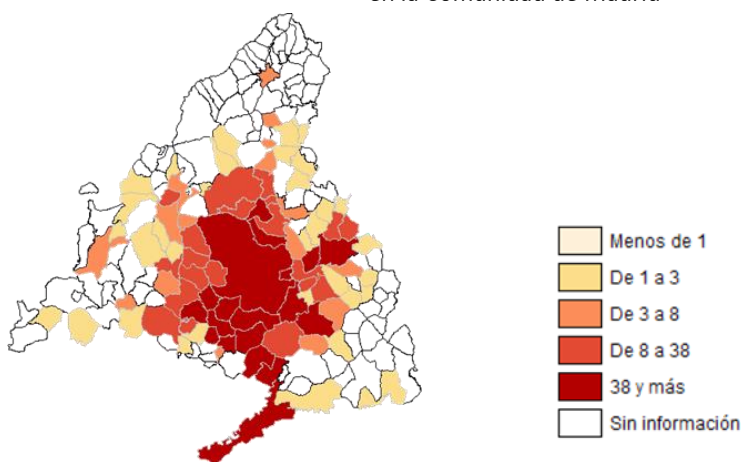
PAÍS	POBLACIÓN MUJERES	MENORES DE 15 AÑOS	PREVALENCIA DE MGF
Nigeria	3.443	935	19%
Senegal	894	217	24%
Camerún	460	97	1%
Guinea-Conakri	313	80	95%
Egipto	268	63	87%
Indonesia	233	24	49%
Mali	226	84	89%
Iraq	213	38	7%
Costa de Marfil	209	40	37%
Ghana	183	39	4%
Guinea-Bissau	170	23	45%
Kenia	169	14	21%
Etiopía	120	8	65%
Mauritania	83	23	67%
Somalia	64	12	98%
Gambia	61	13	78%
Sudan	55	12	87%
Resto	225	42	

Fuente: Elaboración propia con datos de Padrón continuo, 2019 y UNICEF, 2020

La población procedente de estos países es muy joven, el 23,9% de las mujeres (1.766) son **menores de 15 años**.

La distribución geográfica de esta población no es uniforme dentro de la Comunidad de Madrid tal y como se puede observar en la imagen 4, concentrándose fundamentalmente en **Madrid capital** (2.874 mujeres) y en municipios del sur y este de la región, tales como **Fuenlabrada** (970), **Parla** (591), **Torrejón de Ardoz** (476), **Alcalá de Henares** (462) y **Móstoles** (462).

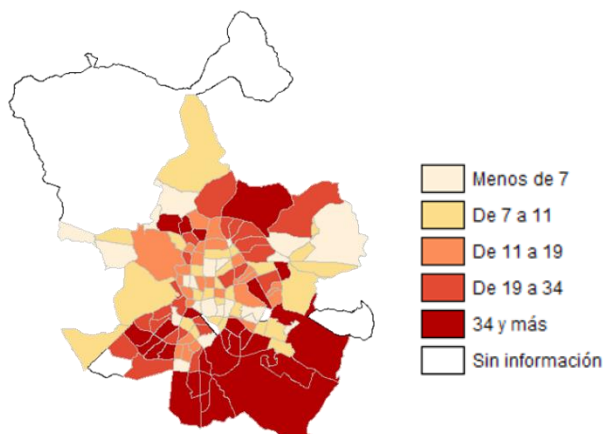
Imagen 4. Distribución de mujeres procedentes de países que practican la MGF por municipio de residencia en la Comunidad de Madrid



Fuente Elaboración propia con datos de Padrón continuo, 2019

En el municipio de Madrid (imagen 5) la población también se distribuye de forma desigual, concentrándose en el sureste de la ciudad, fundamentalmente en el distrito de Villaverde (474), Puente de Vallecas (366), Carabanchel (264), Centro (187) y Ciudad Lineal (159).

Imagen 5. Distribución de mujeres procedentes de países que practican la MGF por barrios y distritos en la ciudad de Madrid



Fuente Elaboración propia con datos de Padrón continuo, 2019

6. RECOMENDACIONES EN LA ACTUACIÓN PROFESIONAL PARA LA PREVENCIÓN Y ABORDAJE DE LA MGF

Debido a que la MGF ocasiona múltiples consecuencias perjudiciales para la salud de las mujeres y las niñas que son sometidas a la práctica, las y los profesionales sanitarios deben estar especialmente implicados en su prevención. Las características de la Atención Primaria (accesibilidad, atención integral y continuada, intervención comunitaria e intersectorial) contribuyen al establecimiento de relaciones de confianza con las familias a lo largo del tiempo lo que la convierten en un ámbito clave para la prevención y detección de la MGF.

En el abordaje de la MGF ha de tenerse en cuenta la complejidad del problema dado el entorno social y cultural en el que se desarrolla, siendo fundamental que las y los profesionales adopten un **rol facilitador, de ayuda y apoyo**, en un **ambiente respetuoso y de confianza** que garantice la universalidad y la continuidad de todas las intervenciones terapéuticas y de prevención²¹.

Un punto fundamental que no debemos olvidar es que la mayoría de las familias que practican la MGF a sus hijas lo hace pensando que es beneficioso para ellas, por lo que es importante lograr **empatía** con la familia y adoptar una **actitud asertiva**, manteniendo con **firmeza** los argumentos con respecto a las consecuencias negativas que supone su realización.

A la hora de intervenir sobre el problema tanto desde el ámbito de la prevención como de la atención a las mujeres y niñas, pueden ser útiles una serie de recomendaciones comunes tanto para el abordaje individual como grupal y comunitario.

Cuadro 1. Recomendaciones para abordar el tema de la MGF

- ✓ En la primera consulta no es necesario abordar el tema, es más conveniente un conocimiento y una relación previa con la familia, aunque se puede preguntar sobre la MGF con naturalidad si existe un problema relacionado²².
- ✓ Interesarte por su cultura resaltando aspectos positivos de su cultura que sean relevantes.
- ✓ Asegurar confidencialidad.
- ✓ Es recomendable no utilizar la palabra “Mutilación”, mejor usar corte, o cosido. Ejemplos de preguntas: Sé que algunas mujeres de tu país tienen realizado el corte ¿tú lo tienes? ¿Te gustaría que a tu hija le realizaran el corte? ¿Por qué creéis que es importante realizar el corte a vuestras hijas?
- ✓ Si no habla sobre el tema, no forzarla, a no ser que exista riesgo inminente.
- ✓ Evitar actitudes culpabilizadoras y amenazantes, se trata de intentar conocer, escuchar y no juzgar.
- ✓ Preparar y tener argumentos que desmonten la legitimidad de la práctica (véase la tabla 1 y el cuadro 2).
- ✓ Informar adecuadamente de los problemas de salud que ocasiona y de la legislación existente.
- ✓ Ofrecer tiempo y un entorno adecuado para que exprese todas sus dudas.
- ✓ Usar imágenes y otro material de apoyo (ver 7. Recursos útiles: Material Audiovisual).
- ✓ Implicar a los hombres.

Las y los profesionales han de conocer las razones que sustentan la realización de la práctica y tener argumentos para conversar con las familias e intentar desmontar los motivos por los que se realiza.

Cuadro 2. Desmontando mitos

"Es una obligación de mi religión"	→	<ul style="list-style-type: none"> - En muchos países musulmanes no se practica y en algunas comunidades cristianas sí. - En el Corán no está escrito, como en el resto de las religiones figura que los padres y las madres deben cuidar de sus hijos e hijas. -Sugerir que hable abiertamente con el imán de su comunidad sobre el tema.
"Es más limpio"	→	<ul style="list-style-type: none"> -Puede producir un aumento de infecciones. -Produce retención de sangre menstrual.
"Es por el bien de las niñas"	→	<ul style="list-style-type: none"> -No produce ningún beneficio para la salud y sí importantes problemas. -Acarrea dolor y sufrimiento.
"Es nuestra cultura/tradición"	→	<ul style="list-style-type: none"> -Explicar que siempre hay tradiciones y costumbres que pueden ser buenas y otras, que aunque se hayan hecho toda la vida, son perjudiciales para las mujeres y por eso, deben cambiarse.
"Si no se corta el clítoris sigue creciendo"	→	<ul style="list-style-type: none"> -En las mujeres no mutiladas el clítoris no sigue creciendo (enseñar imágenes, ver <i>Recursos útiles</i>).
"Más placer para el hombre"	→	<ul style="list-style-type: none"> -La vida sexual de las parejas se ve afectada. -Cada vez existen más hombres que no quieren casarse con mujeres mutiladas.
"Mantiene a las mujeres vírgenes y protege de la infidelidad"	→	<ul style="list-style-type: none"> -El ser o no fiel no depende de la existencia de mutilación. -La sexualidad de las mujeres debe ser igual de libre que la de los hombres.
"Favorece que se tengan más hijos y que estos nazcan sanos"	→	<ul style="list-style-type: none"> -Hay mujeres que no están mutiladas y tienen bebés saludables. -La mutilación aumenta la mortalidad perinatal -El menor número de hijos/as en las mujeres occidentales se debe al uso de métodos anticonceptivos, no a que no estén mutiladas.

6.1. ENFOQUE COMUNITARIO

La prevención de la MGF precisa de un abordaje integral e intersectorial en el que han de estar implicados, tanto las y los profesionales como la propia comunidad que juega un papel decisivo en la prevención de la misma.

En una comunidad, las personas suelen compartir valores comunes, una historia, y aceptar ciertas formas de conducta como normales para todos sus miembros. La MGF está integrada en la dinámica de la comunidad o del grupo, de forma que las decisiones relativas a la realización de la misma, son tomadas por más de un miembro de la familia, con intervención de la madre, el padre, los abuelos y las tías.

Por ello, es fundamental realizar acciones de salud comunitaria a través de la promoción y educación para la salud. La promoción y educación para la salud suponen un proceso de capacitación y empoderamiento de personas y comunidades. Mediante la participación de la comunidad, tanto profesionales como colectivos implicados, estudian los problemas de salud, aúnan sus conocimientos y su experiencia para encontrar medios y formas de resolverlos.

No se trata sólo de prohibir, sino también de **buscar estrategias constructivas e inclusivas**: pactos, diálogos, consensos, alternativas, empoderamiento de las mujeres y niñas e implicación de los hombres y de toda la comunidad para que se conviertan en agentes de su propio cambio. Son necesarios **equipos cualificados que avancen en intervenciones comunitarias para la prevención de la MGF y la protección de las niñas y las mujeres**.

El abordaje integral de la prevención de la MGF, implica acciones coordinadas de los distintos sectores, niveles y ámbitos de intervención: individual, grupal, institucional y comunitario en un determinado territorio.

A continuación, se señalan algunas **líneas de actuación con**:

- **Familias y redes de apoyo social**: Es preciso involucrar a las familias y redes de apoyo, tanto en el país receptor, como en los países de origen, en las acciones propuestas. Para promover una actitud crítica hacia la MGF dentro de las comunidades se precisa tiempo y espacios de debate y reflexión sobre todos estos aspectos. Solo a partir de la modificación de los patrones socio-culturales respecto de la MGF, a través de metodologías participativas, se lograrán los objetivos planteados.
- **Personas que ejercen un liderazgo en la comunidad**: es fundamental conseguir su apoyo ya que tienen una gran influencia en alentar a los miembros de su comunidad para que adopten conocimientos, actitudes y conductas saludables.

- **Organizaciones sociales:** es importante conocer la labor que desempeñan en materia de prevención y erradicación de la MGF las ONGs que trabajan en los países donde se practica la MGF y las de la Comunidad de Madrid, así como las propias asociaciones de inmigrantes procedentes de África subsahariana.
- **Mediadoras/es interculturales:** son un buen recurso para lograr la transformación social, a través de tareas de mediación entre personas, grupos y comunidades, así como contribuir a disminuir la resistencia a los cambios y a la resolución de posibles conflictos.
- **Agentes de salud:** apoyar procesos de cambio tanto en hombres como mujeres inmigrantes para que sean los protagonistas del cambio, a través de su capacitación en conocimientos, actitudes y habilidades en salud frente a la MGF. Mediante su experiencia, transmiten su compromiso anti-MGF y la información adquirida tanto en el país receptor como en sus familias y países de origen.
- **Centros educativos:** se ha de trabajar conjuntamente con el profesorado en la prevención, sensibilización y abordaje de casos de MGF. Su papel es fundamental, tanto para el reconocimiento de niñas que corren el riesgo de ser sometidas a la MGF, como para facilitar espacios de aprendizaje formal e informal para la revisión crítica de los modelos culturales y roles tradicionales de género.
- **Servicios Sociales y otros sectores:** el papel de los servicios sociales y otros sectores es fundamental para la prevención y erradicación de la MGF y, su efectividad dependerá en gran medida de la implementación de un enfoque comunitario de intervención en materia de promoción de la salud y prevención de la MGF. Los servicios de pediatría social deben ser considerados en las intervenciones sanitarias ya que pueden desempeñar un papel relevante cuando estén disponibles, tanto en la sensibilización y prevención como en la atención a las familias con riesgo.

Claves de abordaje comunitario para la prevención de la MGF

En las acciones de prevención de la MGF se precisa del impulso y dinamización de la participación de la comunidad, entendida ésta como un proceso dinámico por el que la población se “empodera” en todo aquello que tiene que ver con sus intereses y necesidades. Este proceso es lento y no suele surgir de forma espontánea.

- La tarea de las y los profesionales de la salud, en un primer momento, es la de conocer más a fondo la problemática de la MGF, partiendo de la perspectiva de género y sabiendo que esta práctica es una forma de violencia de género y de vulneración de los derechos humanos, y teniendo en cuenta algunas de las buenas prácticas en prevención de la MGF.
- A continuación, es necesario conocer el perfil sociodemográfico de la población en general y de la población objeto de la intervención en particular, explorando los recursos, servicios, asociaciones y agentes sociales de la zona territorial en la que se intervenga.

- Participar junto con otros/as profesionales y agentes sociales creando un equipo interdisciplinar en el que se definan las funciones y responsabilidades de cada parte, consensuando los objetivos, actividades y tiempos del proyecto.
- Crear una estructura de coordinación entre las distintas entidades implicadas para unificar las acciones de sensibilización, prevención y atención.
- Partir de los intereses y necesidades de la población sujeto de la intervención, para abordar el tema con éxito (asesoramiento al empleo, cuidado de los niños/as, autocuidados en salud de la mujer, aprendizaje del español, regularización administrativa, aspectos lúdicos), teniendo en cuenta que probablemente la prevención de la MGF no está entre sus prioridades.
- Lograr la participación grupal a través de metodologías participativas, adaptadas lingüística y culturalmente al grupo, para evitar la tendencia al etnocentrismo, además de utilizar material audio-visual de apoyo. Plantearse, en una primera fase, intervenciones grupales en la que se trabaje de forma separada con hombres y mujeres.
- Realizar actividades de sensibilización dirigidas tanto a profesionales como a personas, familias y comunidades, mostrando que la MGF es una violación de derechos humanos y una forma de violencia de género, las consecuencias sobre la salud y la legislación existente. Reforzar estas actividades ante la proximidad de los períodos vacacionales.
- Crear y/o adaptar materiales didácticos y de difusión, dirigidos a la población sujeto de intervención, traducida a distintas lenguas.
- Aprovechar la existencia de estructuras de coordinación y/o de redes de participación comunitaria (mesas de salud, de violencia de género, de infancia, etc.) para abordar la prevención y la detección de casos de riesgo de la MGF.
- Tener en cuenta que la renuncia a prácticas como la MGF exige realizar una labor continua y no solo en situaciones puntuales como la detección de un caso. Evitar culpabilizar a toda la comunidad.
- La Mediación Intercultural es una buena herramienta para prevenir la MGF permitiendo aproximarnos a las familias a través de personas que pertenecen a su cultura lo que va a lograr una mayor implicación de estas, y vamos a asegurarnos de que los mensajes llegan de una manera óptima, desmontando los falsos mitos que sustentan la MGF.
- Informar sobre las consecuencias legales que conlleva la realización de la MGF, con el objetivo de alcanzar el compromiso y la implicación de personas y comunidades que favorezcan la erradicación de esta forma de violencia de género tanto en el lugar de acogida, como en sus países de origen.

Cuadro 4. Algunos ejemplos de acciones comunitarias en salud

CONTACTO CON LAS FAMILIAS	IDENTIFICACIÓN DE GRUPOS O NIÑAS EN RIESGO
<p>-Sector sanitario: revisiones del programa del niño sano o de la mujer, ginecología y obstetricia, etc.</p>	<p>-Niñas de 0-15 años por Zona Básica de Salud, cuya familia proceda de países con una alta prevalencia de MGF a partir del Padrón municipal. Crear mapas para determinar la distribución de los grupos en mayor riesgo.</p>
<p>-Sector educativo y Servicios Sociales: contactar en caso de posible riesgo a través de los profesionales correspondientes.</p>	<p>-Trabajar de forma intersectorial con el ámbito educativo y el de servicios sociales para la prevención de la práctica.</p>
<p>- Indagar las representaciones sociales de las familias dialogando en los espacios en los que sea posible, desde el respeto al significado de la MGF.</p>	<p>-Los datos son orientativos, pueden no indicar un riesgo real. Pueden aparecer familias que no quieran “cortar” a sus hijas. O están socializadas en el país de acogida, etc. Tener mucha cautela.</p>
CAMPAÑAS DE SENSIBILIZACIÓN E INFORMACIÓN	MATERIALES
<p>Para profesionales y familias. - Cuestionar ritos y prácticas culturales - Mostrar las consecuencias sobre la salud física, psíquica y social de las niñas mutiladas En la calle aprovechar el Día Internacional Tolerancia Cero con la MGF el 6 de febrero. De refuerzo: ante la proximidad de las vacaciones.</p>	<p>Didácticos para profesionales y familias -Elaboración de materiales de sensibilización, en distintos idiomas, adaptados culturalmente, folletos, octavillas, carteles, chapas, camisetas, etc., dirigidas a la ciudadanía, a cargo de profesionales y mujeres africanas. -Tener en cuenta el choque cultural que provoca la renuncia a prácticas tipo MGF.</p>
Específicas sobre la legislación	Compromisos Preventivos con las familias
<p>-Explicar las consecuencias legales de realizar una MGF dentro y fuera del país. -Tener sensibilidad cultural para abordar con las familias, la confrontación de derechos entre la obligación de poner en conocimiento de la fiscalía situaciones concretas de menores, y la denuncia por parte de las y los profesionales.</p>	<p>-Crear instrumentos de información y apoyo como los “compromisos preventivos” para que las familias que decidan no mutilar lo puedan utilizar en los países de origen. Su valor es doble: simbólico en tanto que “pacto” y funcional ante las presiones del entorno de origen. Este “pacto”, no exime de las consecuencias legales.</p>
TRABAJO CON LA COMUNIDAD	
<p>-Partir de sus intereses (aspectos legales, laborales, de vivienda), para tratar temas de salud con metodologías participativas que eviten el etnocentrismo cultural. -Celebración de fiestas- encuentros lúdico-festivos, por ejemplo: gastronomía, bailes, como “gancho” que incluyan actividades grupales de educación para la salud. -La MGF o “corte”, al ser tabú en las culturas y/o subculturas de origen exige de habilidades de comunicación, como la empatía y la escucha activa.</p>	<p>-Redes de mujeres africanas “grupo abierto” para reflexionar sobre las desigualdades de género y alcanzar su empoderamiento. -Contar con “mediadoras interculturales”, de origen subsahariano, como “recurso puente”, ayudará a establecer un contacto más rápido y directo con el grupo de mujeres motivo de intervención.</p>
COORDINACIÓN	FORMACIÓN
<p>- Participación en Mesas de Salud territoriales y/o de Prevención de la MGF, con los sectores implicados, asociaciones y fiscalía, para unificar las acciones preventivas y detección (sistema de “alerta”) e intervenir en caso de confirmación de MGF y en su caso de denuncia.</p>	<p>- Dirigida a profesionales del sector sanitario, social y educativo en la detección, reconocimiento e intervención con familias de niñas en riesgo de sufrir MGF. -Formación de “agentes de salud” a través de cursos de promoción de la salud que aborden la MGF y otros específicos de prevención de la MGF.</p>

6.2. ACTUACION CON LAS MUJERES PROCEDENTES DE PAISES/ETNIAS QUE PRACTICAN LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Las recomendaciones que figuran a continuación son comunes para cualquier profesional de la salud (Atención Primaria, salud mental, salud sexual y reproductiva, etc.) que atienda a las mujeres de manera continuada y lo que permite el establecimiento de una relación de confianza necesaria para abordar el tema.

Pasos a seguir:

1. Se aprovechará cualquier consulta (demanda, programada) para generar un clima de confianza y respeto que facilite el abordaje posterior del tema. **Sólo en caso de sospecha de riesgo inminente se recomienda preguntar sobre la MGF en el primer encuentro.** Son más efectivas las intervenciones realizadas de forma programada y coordinada con otros profesionales, ofreciendo a las familias, información y apoyo. En este marco, la prevención de la MGF se puede introducir como un tema más relacionado con la salud, en el transcurso de los sucesivos encuentros o entrevistas que se mantengan con la familia.
2. Se preguntará en la primera consulta sobre país de origen, etnia, existencia de hijas y edades de estas y tiempo de residencia en España. Todos estos datos deben ser registrados en la historia clínica.
3. En una consulta posterior, solo cuando exista una relación de confianza, se preguntará si está o no mutilada. Para ello *ver Cuadro 1. Recomendaciones para abordar el tema de la MGF.* Solo se debe hacer si proviene de un país o una etnia que realiza la MGF.

Si es posible, estas primeras consultas se harán con la mujer a solas, si necesitamos traductor este deberá ser siempre mayor de edad y a ser posible usar una mediadora intercultural (*ver 7. Recursos útiles: Mediación Intercultural*).

Si la mujer ha sido mutilada:

1. Se realizará una anamnesis para evaluar la existencia de posibles complicaciones (ginecológicas, urinarias, sexuales, psicológicas u otras) así como una exploración, siempre pidiendo permiso antes a la mujer y explicándole detenidamente lo que vamos a realizar, para ver el tipo de MGF y las posibles consecuencias existentes (queloides, desgarros, quistes, etc.).
2. En consulta de enfermería se realizará una valoración siguiendo los patrones funcionales de Margory Gordon, haciendo énfasis en el patrón de sexualidad y en el de valores y creencias.
3. Se informará a la mujer de en qué consiste la MGF (usando imágenes y otro material didáctico de apoyo -láminas educativas, fotos, ilustraciones adaptadas culturalmente y modelos anatómicos) y de las posibles consecuencias para la salud tanto físicas como psico-sociales y sexuales, y subrayar la posible relación de estas

con la MGF, ya que en muchas ocasiones a las mujeres les cuesta establecerla (ver 7. Recursos útiles: Material Audiovisual).

4. Se tratará y/o derivará a las mujeres que presenten complicaciones al profesional indicado.
5. Se entregará material informativo por escrito (ver 7. Recursos útiles: Folletos para entregar a las familias).
6. Si la mujer presenta una mutilación genital tipo III, se le planteará la posibilidad de la desinfibulación (ver Anexo 3: Desinfibulación) indicándole los beneficios para la salud de su realización.
7. Si la mujer desea un método anticonceptivo se elegirá en función de las preferencias de la mujer y los criterios de elegibilidad de la OMS, teniendo en cuenta que en MGF tipo III o con importantes secuelas el DIU no estaría indicado si no se puede visualizar el cuello uterino fácilmente, ni tampoco métodos de barrera como el diafragma o el preservativo femenino por las dificultades para su colocación.
8. Si la mujer presenta problemas en su sexualidad, la educación y la terapia sexual pueden ayudar a una vivencia de la sexualidad más satisfactoria a las mujeres con MGF practicada, se valorará la derivación a un profesional de la sexología. (Ver 7. Recursos útiles: Asociaciones)
9. En el caso de la que mujer manifieste su deseo de embarazo se realizará una valoración individualizada del tipo de MGF practicada y anticipar las posibles complicaciones, a fin de establecer las medidas adecuadas (Ver 6.3. Consulta Preconcepcional)
10. Actualmente no se recomienda la reconstrucción del clítoris de forma generalizada²³⁻²⁵, ya que no existe evidencia suficiente sobre si esta cirugía beneficia a la sexualidad de las mujeres existiendo un porcentaje no despreciable de complicaciones²³. En cualquier caso se puede hacer una valoración individualizada respetando los deseos de la mujer y siempre acompañado de un programa más amplio de educación y terapia sexual.
11. Se registrará en la historia clínica. (ver 6.6 Coordinación y registro)
12. Si tiene hijas se valorará como se posiciona sobre la realización de la MGF a éstas. Si se posiciona en contra, reforzar su opinión sobre el tema. Si se manifiesta a favor, presenta dudas o ambivalencia, proceder según los puntos 13 y 14.
13. Si se posiciona a favor o presenta dudas o ambivalencias y tiene hijas, se comunicará esta información a sus profesionales de referencia tales como pediatría, medicina de familia, enfermería, y trabajo social. En cualquier caso, aunque se derive a otro profesional, siempre se continuará trabajando con la

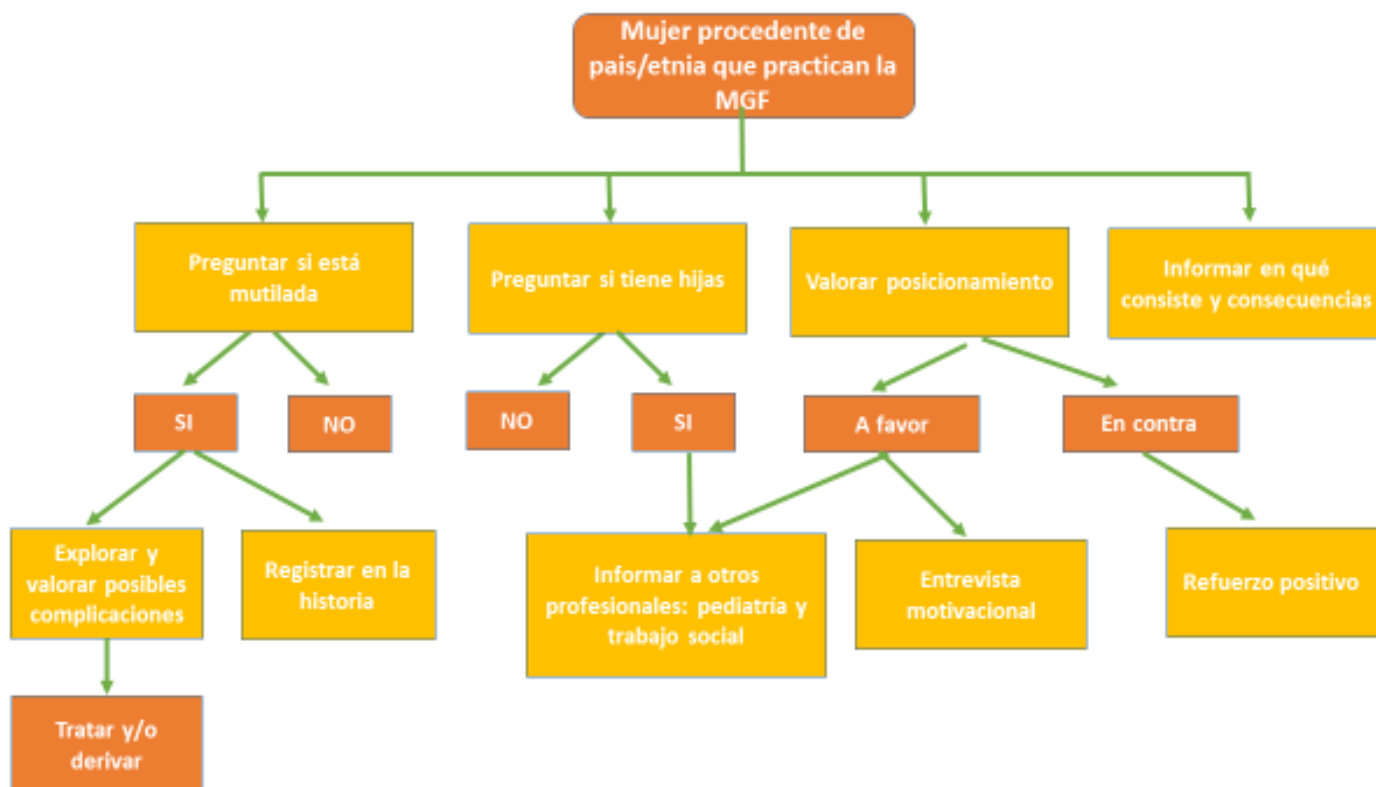
mujer como se detalla a continuación en coordinación con el resto de las y los profesionales.

- Se citará a la mujer para consultas posteriores en las que se realizará una entrevista motivacional (ver Anexo 5: Principios Entrevista motivacional); facilitando que exprese su experiencia, dudas, conocimientos; aportando información (ver cuadro 2. Desmontando mitos) para ayudarla a reflexionar sobre el tema (factores que influyen, ventajas e inconvenientes, papel de la mujer en su grupo, formas de violencia de género, etc.)²². Por último, se ayudará a la mujer a desarrollar habilidades para argumentar o explicar sus decisiones a otras personas o responder ante posibles presiones de su grupo. Si está disponible, y la mujer está de acuerdo, valorar solicitar mediación intercultural para estas consultas e informar si existen en nuestra zona grupos de apoyo (ver 7. Recursos útiles: Mediación Intercultural).

Si la mujer no ha sido mutilada:

- Se preguntará su opinión sobre el tema e informará en qué consiste la MGF y las consecuencias sobre la salud, dándole material informativo escrito (ver 7. Recursos útiles: Folletos para entregar a las familias).
- Si tiene hijas y se posiciona a favor, presenta dudas o ambivalencia, se proceda como en el apartado anterior según los puntos 13 y 14.

Algoritmo 1. Actuaciones con las mujeres



6.3. ACTUACION EN EL EMBARAZO, PARTO Y POSTPARTO

CONSULTA PRECONCEPCIONAL:

Si la mujer comunica su deseo de gestación, la intervención en el marco de esta consulta consistirá en:

- Preguntarle si tiene realizada esta práctica
- En caso afirmativo realizar una exploración con el objetivo de conocer el tipo de mutilación, estado de los tejidos, existencia de cicatrices, etc., siempre explicándole antes lo que vamos a hacer y pidiéndole permiso.
- En todos los casos se debe explicar a la mujer en qué consiste la MGF que tiene realizada y sus posibles complicaciones en el embarazo y parto
- En el caso de existir una MGF tipo III se le informará que es recomendable realizar una desinfibulación antes del embarazo, explicándole en qué consiste y que tendrá beneficios no sólo para el embarazo si no para su salud global.

CONSULTA DE EMBARAZO

El embarazo supone una oportunidad para abordar la MGF tanto desde el punto de vista de la salud y los cuidados de la mujer, como para comenzar a realizar una actuación preventiva, en la que sería conveniente involucrar a su pareja y/o familia.

La MGF es un factor de riesgo de mortalidad y morbilidad materna y neonatal (tabla 4), aumentando a 1-2 muertes perinatales más por cada 100 partos¹⁰. La severidad de las complicaciones es directamente proporcional al grado de mutilación, existiendo un menor riesgo de complicaciones en la MGF tipo I, en la MGF tipo II dependerá del estado del periné y serán más severas en el tipo III o en el tipo II complicado con una pseudoinfibulación⁹⁻¹¹. Por todo ello es importante derivar precozmente al especialista de obstetricia para que realice una valoración individualizada y establezca las medidas adecuadas.

Tabla 4. Complicaciones obstétricas asociadas a la práctica de la MGF

COMPLICACIONES OBSTÉTRICAS DE LA MGF	<ul style="list-style-type: none"> • Mayor incidencia de hemorragias. • Infecciones del tracto urinario (cistitis, pielonefritis). • Infecciones genitales más frecuentes. • Infecciones perineales. • Mayor incidencia de desgarros perineales. • Aumento del número de episiotomías. • Mayor necesidad de cesáreas. • Expulsivo fetal prolongado (proporcional al grado de MGF, resistencia del periné por tejido cicatricial secundario a mutilación). • Aumento de mortalidad neonatal (asfixia perinatal y traumas obstétricos). • Mayor incidencia de dehiscencia de episiotomía y endometritis.
---	--

Fuente: Elaboración propia a partir de diversas fuentes^{9-11, 13, 16,18}

Pasos a seguir:

1. Se abrirá la historia obstétrica bien en soporte informático, bien en papel o en ambos, según la zona o área sanitaria de la Comunidad de Madrid o servicio de salud en el que se intervenga. En caso de embarazos y partos anteriores anotar cualquier incidencia o consecuencia relacionada con la MGF, y el sexo de las hijas e hijos.
2. Se seguirán los protocolos habituales de control y seguimiento del embarazo (exploración, pruebas complementarias, etc.).
3. En sucesivas visitas dentro de un ambiente de confianza, se realizará una exploración genital exhaustiva, anotando tipo de MGF, valorando la necesidad de desinfibulación, la elasticidad de los tejidos y la existencia de cicatrices graves u otras lesiones que puedan generar problemas durante el embarazo y parto. Al explorar los genitales hay que tener especial cuidado, explicando detenidamente cada paso a la mujer y evitar expresiones de sorpresa o rechazo. Hay que tener en cuenta que en ocasiones la existencia de una MGF tipo III puede imposibilitar la realización de una exploración completa.
4. Una vez realizada la exploración se explicará a la mujer en qué consiste la MGF y cómo puede influir en su embarazo y parto, siendo recomendable enseñar cómo ha sido modificada su anatomía usando imágenes (*ver 7.Recursos útiles: Material Audiovisual*).
5. Cuando se observe una complicación secundaria a la MGF, se informará a la mujer, ya que en ocasiones dado lo lejano de la realización de la MGF le puede costar relacionarlo.
6. Si la paciente está infibulada y no permite parto vía vaginal, se planteará en visitas posteriores la desinfibulación. Se recomienda realizarla en el segundo trimestre²⁵ (entre la 20-28 semanas^{21-22,26}), y si no es posible se realizará en el momento del parto^{21-22, 25-26}, aunque no existe clara evidencia de cuál es el momento ideal para su realización²⁷. La desinfibulación será explicada por el/la ginecóloga en varias visitas haciendo énfasis en los beneficios que para su salud conlleva y advirtiéndole que tras el parto no será practicada la reinfibulación ya que ésta es un delito en nuestro país. (Ver técnica de desinfibulación en *Anexo 3: Desinfibulación*).
7. Durante el embarazo, aumenta la vascularización vulvar por lo que se demorará al postparto todo acto quirúrgico no indispensable como por ejemplo la resección de un quiste dermoide o un queloide.
8. Se explorará el posicionamiento y las creencias que tiene la mujer sobre la MGF, y si el futuro bebé es una niña, se insistirá en las consecuencias negativas derivadas de la práctica y se le informará sobre la legislación española vigente en materia de MGF.

PARTO

Pasos a seguir:

1. Se explorará a la mujer para determinar el tipo de MGF y valorar la elasticidad de los tejidos (en estas mujeres el tejido elástico y laxo del periné es sustituido por tejido cicatricial).
2. Se debe tener en cuenta que la existencia de una MGF no es indicación de cesárea, debe intentarse el parto vaginal como en las demás mujeres.
3. Si la mujer presenta una MGF tipo III y no ha sido desinfibulada previamente esta se realizará en la primera fase del parto o durante el expulsivo²⁴ (Ver Anexo 3: Desinfibulación). Si la mujer no da su consentimiento se realizará una cesárea explicando los riesgos generales y específicos que ésta conlleva como la imposibilidad de sondaje vesical.
4. Se recomienda analgesia epidural puesto que algunas mujeres pueden revivir el dolor de la mutilación.
5. Se valorará individualmente el grado de mutilación, la paridad y la calidad de la cicatriz.
6. No se recomienda la realización sistemática de episiotomía, debiéndose valorar su necesidad individualmente en cada paciente. Si es necesario se realizará episiotomía en la última fase del expulsivo, ya que antes el riesgo de sangrado es mayor.
7. Se debe acortar el periodo expulsivo para evitar desgarros y sufrimiento fetal.
8. Si hay antecedentes de desgarro grave perineal previo complicado valorar la realización de cesárea.
9. Importante: se recordará a la mujer la necesidad de acudir a la revisión en el postparto.
10. Se registrará en el informe de alta de la madre y de la niña (madre con MGF).
11. Si nace una niña o ha tenido niñas previamente, se informará al/a la gestor/a de casos de la Comisión Hospitalaria contra la violencia, o a la unidad de trabajo social del hospital que se coordinará con el/la trabajador/trabajadora social del centro de salud que le corresponda.

POSPARTO

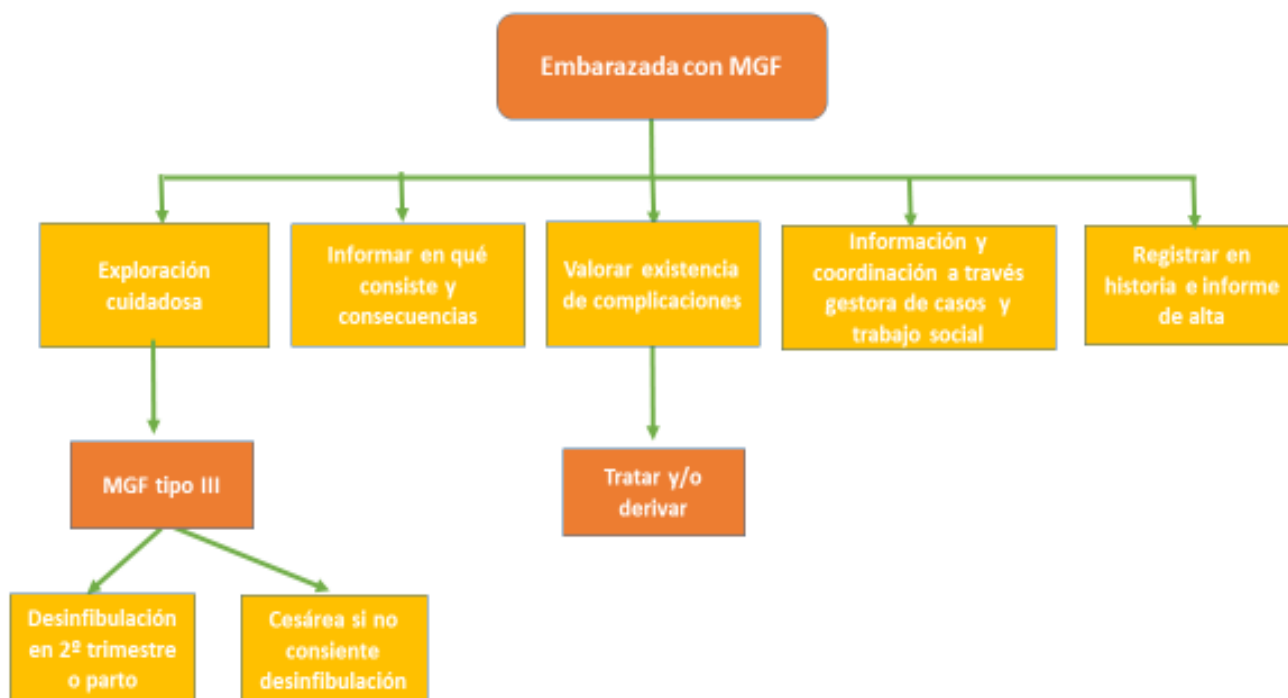
La atención y los cuidados ofrecidos a la mujer con MGF después del parto van a depender del tipo de parto (vaginal, instrumental o cesárea) y de las complicaciones surgidas del mismo. Es fundamental la continuidad de los cuidados y el seguimiento de la evolución clínica.

Pasos a seguir:

1. Se darán las recomendaciones habituales de cualquier postparto (higiene, anticoncepción, ejercicios de Kegel, etc.).

2. Se realizarán las curas adecuadas, según el estado de la episiotomía, el periné y los posibles desgarros ocurridos durante el parto.
3. Se registrará la información para que pueda ser utilizada de forma adecuada entre los distintos niveles de atención. (ver 6.6 *Coordinación y registro*)
4. En caso de haber realizado la desinfibulación proporcionar información para resaltar los aspectos positivos y apoyar emocionalmente a estas mujeres. Se recordará que la reinfibulación está prohibida en nuestra legislación.
5. Se reforzará la información sobre MGF a la familia y ofrecer grupos de ayuda comunitaria si así lo requieren (ver 7. *Reursos útiles: Asociaciones*). Informar sobre la repercusión legal derivada de la MGF en España.
6. La persona que realiza la revisión postparto confirmará con el/la gestora de casos de la Comisión Hospitalaria contra la Violencia y o el/la trabajador/a social del centro de salud que se han establecido los mecanismos para coordinar las futuras intervenciones con pediatría y medicina/enfermería de familia.

Algoritmo 2. Actuaciones en el embarazo, parto y postparto



6.4. ACTUACIÓN CON LAS NIÑAS

El objetivo principal de la intervención es identificar el riesgo de MGF (Tabla 5) para prevenir que cualquier niña o adolescente, sea mutilada, no se trata de controlar ni penalizar.

Siempre se debe tener en cuenta que todas nuestras actuaciones van dirigidas al interés superior, la salud y el bienestar de la niña, evitando su victimización, teniendo en cuenta su derecho a la participación, a ser informados/as, conocer su opinión sobre lo que les afecta, independientemente de su edad y no solo a partir de los 12 años²⁸. Para que la actuación profesional no tenga efectos negativos o contrarios a dicho interés se deben evitar exploraciones innecesarias, respetar la confidencialidad, así como estudiar y tomar conjuntamente con otros/as profesionales, decisiones que siempre son delicadas y complejas.

La detección e identificación de los factores o situaciones de riesgo en los dispositivos de salud constituye un elemento clave para iniciar una atención, normalizada y continua, dirigida a evitar estigmatizaciones injustas, asegurar las intervenciones preventivas y terapéuticas y promover el trabajo y la comunicación interprofesional entre los servicios sanitarios y la coordinación con los servicios socio-comunitarios. Es primordial no esperar a que se presente una situación de riesgo inminente para hablar a estas familias sobre prevención de la MGF y sobre sexualidad.

En primer lugar, se debe **identificar y valorar** por parte de las y los profesionales la **situación de riesgo** para esas niñas/jóvenes de sufrir una MGF, que figuran en la tabla siguiente.

Tabla 5. Factores de Riesgo de sufrir una MGF y Factores de Riesgo Inminente en niñas

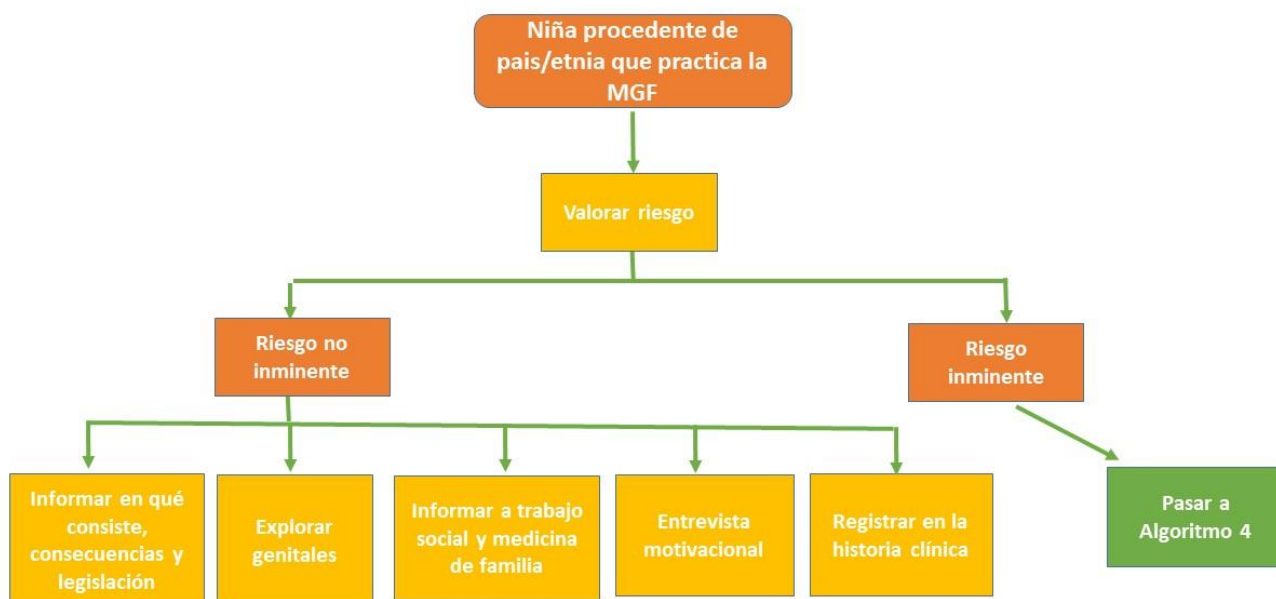
FACTORES DE RIESGO NO INMINENTE EN NIÑAS	
✓	Niña o joven procedente de un país o etnia que practica la MGF
✓	Pertenecer a una familia en la que alguna mujer haya sufrido la MGF
✓	Idea del retorno presente en la familia.
✓	Verbalización por parte de la familia de una postura favorable a la MGF.
FACTORES DE RIESGO INMINENTE EN NIÑAS	
✓	Conocimiento por la familia o entorno de la proximidad de un viaje al país de origen
✓	La niña o joven informa de las previsiones de la familia de una probable o posible práctica de la MGF

En caso de no existir riesgo inminente la intervención será básicamente **preventiva** y se realizará fundamentalmente en las consultas de pediatría/enfermería de Atención Primaria, incorporándolo como otra actividad más dentro del Programa de Promoción de Salud Infancia-Adolescencia, siempre en colaboración con otros/as profesionales.

Pasos a seguir:

1. Se registrará en la historia la situación de riesgo detectada, así como el resultado de la exploración detallada de los genitales junto a todas las intervenciones preventivas que se realicen. (ver 6.6 Coordinación y registro). Esta información se le comunicará al trabajador/a social del centro de salud, así como al profesional de medicina de familia.
2. Se valorará como al resto de las niñas, según el Programa de Promoción de Salud Infancia-Adolescencia, donde se incluye sistemáticamente la exploración/inspección de genitales externos. Se valorará en función del riesgo la necesidad de visitas intermedias.
3. Se señalará a las familias y o personas responsables la importancia de que nos avisen de posibles viajes a su país de origen para adecuar actividades preventivas (vacunas, higiene, dieta, actuación ante determinados síntomas como diarrea o fiebre...).
4. **Cuando exista un clima de confianza, se realizará una primera aproximación al tema con la familia** (sería recomendable hacerlo ya en el primer año de vida), preguntando *sobre su posicionamiento* respecto a la práctica de la MGF.
5. Se informará en qué consiste la MGF y de sus posibles consecuencias sobre la salud tanto física como psico-sociales y sexual, con el apoyo de material audiovisual (*ver apartado 7. Recursos útiles: Material Audiovisual*). En consultas sucesivas se continuará abordando el tema, ayudando a desarrollar habilidades para argumentar y explicar sus decisiones a otras personas o de resistir las presiones de grupo (ver Anexo 5: Principios Entrevista motivacional). Se entregará información por escrito (ver 7. Recursos útiles: *Folletos para entregar a las familias*). Si está disponible, y la familia está de acuerdo, valorar solicitar mediación intercultural para estas consultas (*ver apartado 7. Recursos útiles: Mediación Intercultural*)

Algoritmo 3. Actuaciones preventivas generales con niñas



Actuación en caso de niñas en situación de riesgo inminente (viaje al país de origen)

En caso de existir riesgo inminente, por conocer la intención de la familia de viajar al país de origen, lo adecuado es que este tema haya sido trabajado previamente con la familia. En cualquier caso se realizará una o varias **consultas pre viaje** en la que se seguirán los siguientes pasos:

1. Se valorarán las creencias y el posicionamiento de la familia respecto a la MGF.
2. Se informará de las consecuencias de la realización de la práctica sobre la salud de la niña (*ver apartado 7. Recursos útiles: Folletos para entregar a las familias*).
3. Se abordarán otras medidas preventivas necesarias previas al viaje.
4. Como parte de la exploración general se revisarán los genitales de la niña.
5. Se reforzará la decisión de la familia de no mutilar, resaltando los aspectos positivos de esta decisión y ayudándola a desarrollar habilidades para argumentar o explicar sus decisiones a otras personas o a resistir las presiones del grupo (*ver Anexo 5: Principios Entrevista motivacional*)
6. Se ofrecerá a la familia el compromiso preventivo (*ver cuadro 3*).

Cuadro 3. El compromiso preventivo

El compromiso preventivo es un documento para apoyar a los padres y madres de las niñas en su decisión de no practicar la MGF, para que puedan utilizarlo en sus viajes a los países de origen, con el que se pretende fortalecer el compromiso de los progenitores para evitar la mutilación a sus hijas y descargarles de las presiones del entorno familiar en los países de origen.

El compromiso preventivo no es un objetivo en sí mismo sino que es una herramienta más en la prevención de la MGF, y nunca puede ser la primera actuación que se realice con la familia de niñas en riesgo de sufrir la MGF. La obtención de este compromiso debe ser la culminación de un proceso que garantice que los padres y madres han recibido la información que les permita tomar una decisión y posicionarse en relación al problema con autonomía y conocimiento del entorno legal del país de acogida y del país de origen.

El compromiso preventivo es propiedad de los padres y madres que lo firman voluntariamente y está sujeto al mismo grado de protección y confidencialidad que el resto de la documentación clínica^{21, 29}.

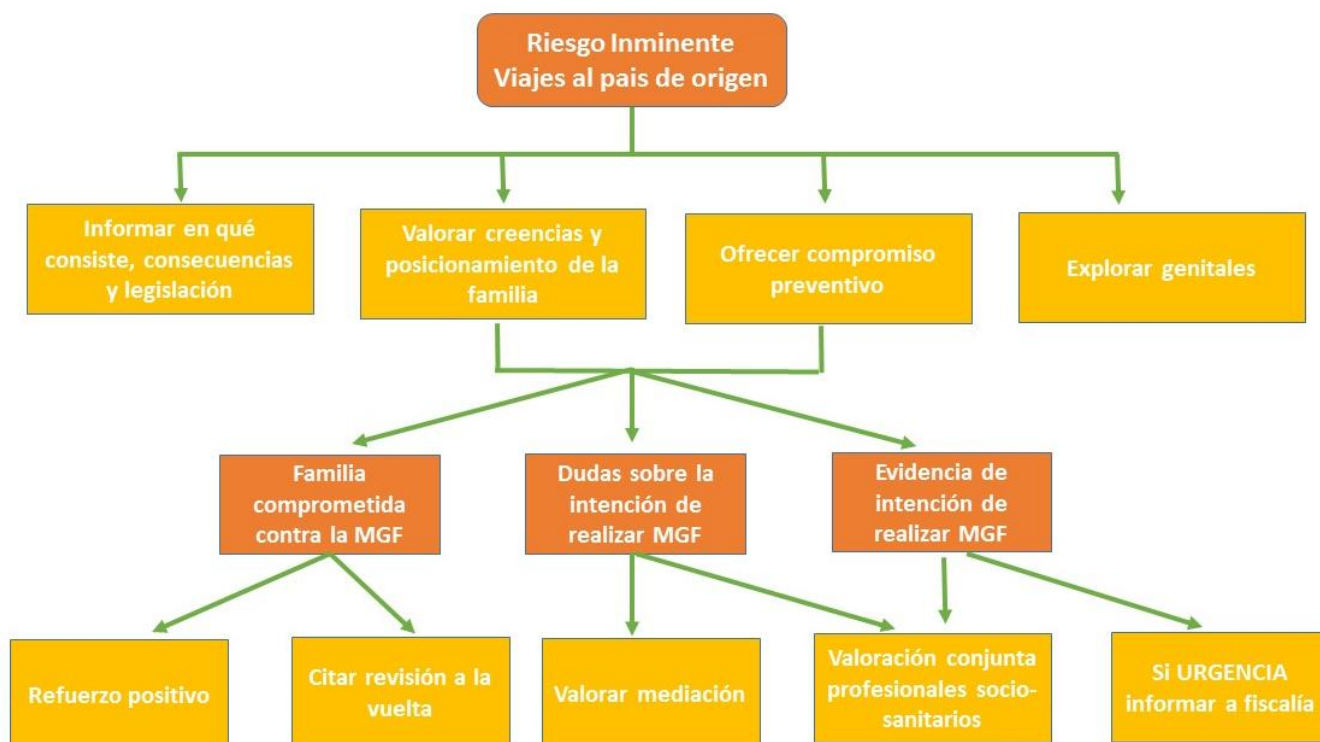
Por otro lado la existencia de una copia del compromiso preventivo es una muestra de que los/las profesionales de la salud, conociendo una situación de riesgo, han realizado la aproximación preventiva y han informado, a los padres y madres o tutores legales, de las consecuencias tanto para la salud como legales y penales que puede comportar la realización de la MGF a sus hijas.

En el *Anexo 2: Compromiso de Prevención de la MGF* existen modelos de compromiso preventivo en español, inglés y francés.

Se puede consultar la [“Guía de aplicación de compromiso preventivo”](#)²⁹ realizada por la Fundación Wassu-UAB.

7. Se registrarán todas las actividades realizadas en la historia fundamentalmente la integridad de los genitales de la niña.
8. Si existen dudas sobre la intención de realizar la MGF a la niña, se valorará la posibilidad de solicitar mediación (si está disponible, y la familia está de acuerdo.) (*ver apartado 7. Recursos útiles: Mediación Intercultural*).
9. En caso de que la familia no colabore, o haya evidencias claras de la intención de ésta de practicar la MGF, se valorará conjuntamente por las y los profesionales sanitarios y socio-sanitarios la intervención a llevar a cabo. En situaciones de urgencia por la proximidad del viaje la persona que está realizando la intervención informará a la Fiscalía o al Juzgado de Guardia, para la adopción de las medidas de protección que estimen oportunas.
10. Se citará a la niña para una revisión al regreso del viaje.
11. Así mismo, informando de que la ley es un instrumento de prevención y protección de los derechos de la niña, se le hará saber que la legislación en nuestro país prohíbe y penaliza esta práctica, entregando información por escrito. (*Ver Anexo 2. Compromiso de prevención de la MGF*).

Algoritmo 4. Actuaciones con niñas en caso de viajes al país de origen



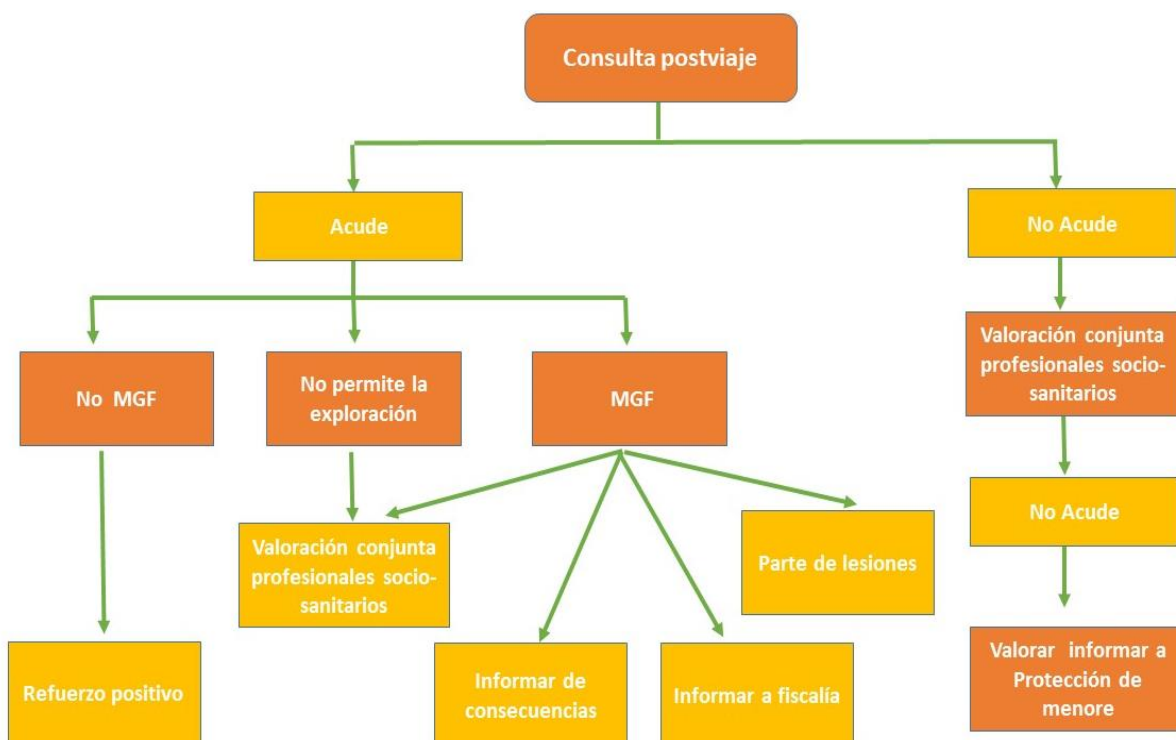
Pasos a seguir a la vuelta en la consulta posterior al viaje

- Si la familia acude a la consulta, se evaluará la situación de salud de la niña; conversando con la familia sobre cómo ha ido el viaje y preguntando directamente por los temas relativos su salud. Se realizará una exploración completa, incluyendo los genitales. Se pueden presentar las siguientes situaciones:
 1. Si no se ha practicado MGF, se reforzará la posición de los padres y se continuará la atención a la niña y la familia según el Algoritmo 3. Actuaciones preventivas generales con niñas.
 2. Si la familia no permite la exploración, se valorará conjuntamente por las y los profesionales sanitarios y socio-sanitarios las siguientes intervenciones a seguir.
 3. **Si se ha practicado la MGF**
 - **Se valorarán las consecuencias sobre la salud** y la necesidad de actuaciones sanitarias, socio-sanitarias y apoyo psicológico, según los hallazgos detectados.
 - **Se explicará a la familia los hallazgos encontrados** y las posibles repercusiones en la salud de la niña.
 - **Se valorará conjuntamente** por los profesionales sanitarios y socio-sanitarios la manera más adecuada de realizar **las siguientes intervenciones** siempre velando por **el interés superior de la menor**: emisión de parte de lesiones, información

y coordinación con servicios de Protección de Menores, fiscalía y cualquier otra intervención derivada.

- Si no acude a la cita programada, se valorará conjuntamente entre los distintos profesionales sanitarios, socio-sanitarios y de protección de menores, cuáles serían las actuaciones pertinentes a la situación y al interés superior de la menor.

Algoritmo 5. Actuaciones con niñas en la consulta post-viaje



Actuación en caso de niñas con MGF practicada:

Ante una niña con riesgo previo existen indicios que, aunque no son específicos, pueden hacer sospechar una MGF reciente, aún sin saber de un viaje reciente al país de origen:

- Cambios en su comportamiento: tristeza, miedo, rechazo, tendencia al aislamiento.
- Absentismo escolar, por información de la niña, la familia o del centro educativo.
- Infecciones de orina de repetición, sangrado o molestias en la zona genital.
- Falta reiterada a las consultas programadas de pediatría o enfermería.
- No acudir a la cita programada después del viaje.

Siempre se debe confirmar la sospecha explorando los genitales, en el caso de que existan dudas razonables se puede solicitar una segunda opinión. **Si se confirma la mutilación:**

1. Se evaluará el tipo de MGF practicada, cicatrices, elasticidad de los tejidos, etc., registrándolo en la historia clínica.

2. Se valorarán las posibles secuelas planificando desde ese momento atenciones para paliar los daños, tanto físicos como psico-emocionales.
3. Se explicará a la familia los hallazgos encontrados y las posibles repercusiones.
4. Se valorará conjuntamente por las y los profesionales socio-sanitarios la manera más adecuada de realizar las siguientes intervenciones: emisión de parte de lesiones, emisión de la hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil al Servicio de Protección de Menores, la comunicación con fiscalía y otras intervenciones que se determinen.

Es importante explorar los genitales de las niñas recién llegadas que antes no residían en nuestro país y registrarlo en la historia clínica, ya que si la niña vino a España ya mutilada esto en principio no tendría repercusión legal.^{26,30}

6.5. ACTUACION CON LOS HOMBRES

Los hombres son **clave para la toma de decisiones dentro de la familia**, y es difícil que se mutile a sus hijas con su posición en contra, por esto es muy importante abordar con ellos este problema⁷.

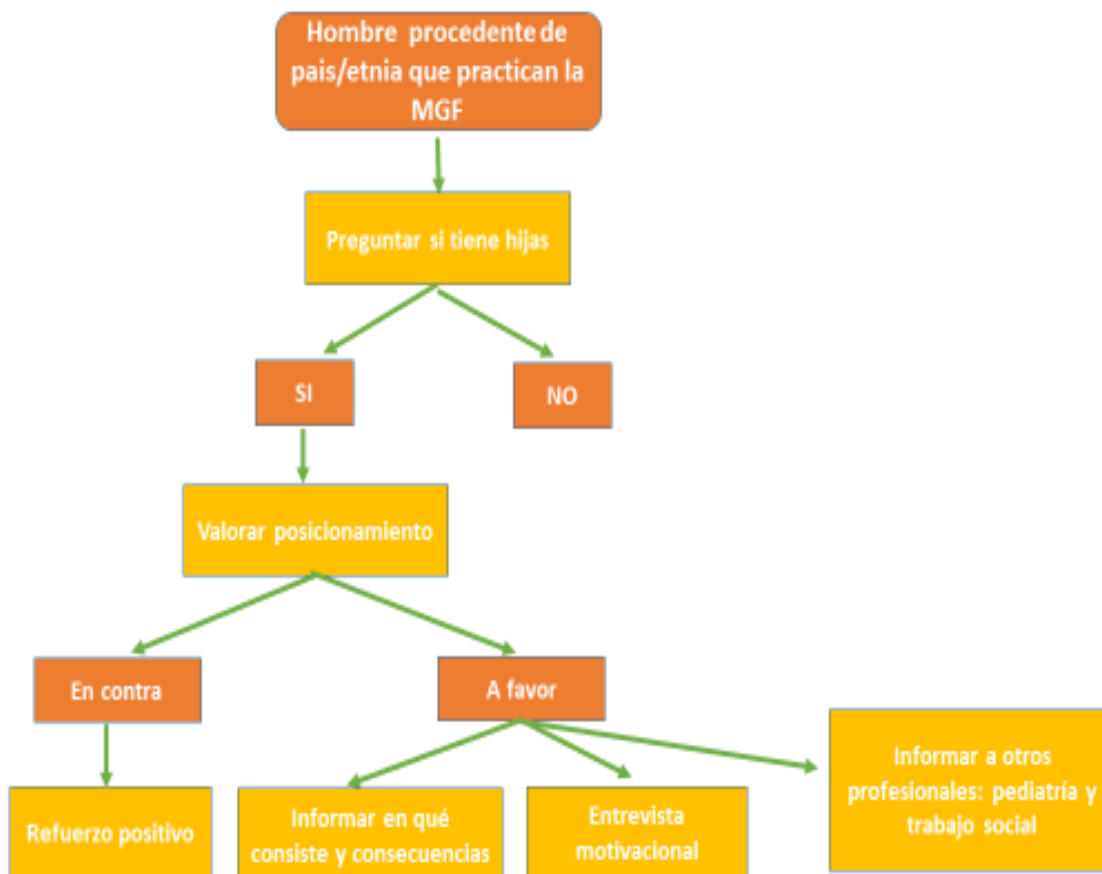
Al igual que en el caso de las mujeres, esta actuación la puede realizar cualquier profesional que atienda a los hombres de una manera continuada y se establezca una relación de confianza.

Pasos a seguir:

1. En una primera consulta preguntar sobre el país de origen, etnia, existencia de hijos, su sexo y edad y registrarlo en la historia clínica.
2. En una consulta posterior, si tiene hijas menores y proviene de un país o una etnia que aún realiza la MGF, es aconsejable abordar el tema siguiendo ciertas recomendaciones (ver *Cuadro 1 Recomendaciones para abordar el tema de la MGF*): preguntar su opinión sobre el tema e informar de en qué consiste la MGF y de las posibles consecuencias para la salud de la MGF tanto físicas como psico-sociales y sexuales y de la legislación existente.
3. Se entregará material informativo por escrito (ver 7. *Recursos útiles: Folletos para entregar a las familias*).
4. Si se posiciona a favor, se citará para consultas posteriores (recomendarle que acuda con su mujer) en las que se facilitará que exprese su experiencia, dudas, conocimientos, y se aportará información (ver *Cuadro 2. Desmontando mitos*), ayudándole a reflexionar sobre el problema (factores que influyen, ventajas e inconvenientes, etc.). Por último, se le ayudará a desarrollar habilidades para argumentar o explicar sus decisiones a otras personas o de resistir presiones de grupo (Ver *Anexo 5: Principios Entrevista motivacional*) Si están de acuerdo,

podemos solicitar mediación intercultural (ver 7.Recursos útiles: *Mediación Intercultural*) para esta consulta si está disponible dicho recurso.

Algoritmo 6. Actuaciones con los hombres



6.6. COORDINACIÓN Y REGISTRO

Como se ha dicho previamente, para trabajar de forma eficaz en la prevención de la MGF es fundamental la coordinación interprofesional entre quienes atienden a estas niñas y mujeres. La coordinación evita duplicidades y revictimizaciones.

Es imprescindible que cuando se derive una paciente a otro/a profesional se le indique la existencia de MGF y el tipo, intervenciones realizadas y posicionamiento de la mujer o familia respecto al tema si lo conocemos. Esta información se puede reflejar en el informe, interconsulta, o de manera telefónica o por consulta electrónica si está disponible, tanto si la comunicación se realiza entre dos profesionales del Servicio Madrileño de Salud como cuando es con profesionales externos a este (Ayuntamiento, ONGs, etc.)

La comunicación entre los distintos niveles y profesionales cobra especial importancia cuando se atienda el parto de una mujer que presenta MGF. En este caso además de registrarse en el informe de alta de la madre y de la niña (madre con MGF), el/la gestor/a

de casos de la Comisión hospitalaria contra la Violencia contactará con el/la trabajador/a social del centro de salud para que coordine las futuras intervenciones con pediatría/medicina de familia/enfermería.

Un adecuado registro siempre debe garantizar la confidencialidad y debe dejar constancia de todas las actuaciones propias y derivadas de la coordinación con otros sectores y profesionales. Este registro va a permitir:

- una mejor atención y continuidad en los cuidados.
- la comunicación entre las y los profesionales y sectores implicados.
- la evaluación del proceso y los resultados en la salud de las intervenciones con las mujeres/ niñas y su entorno familiar.

En la historia clínica debe quedar registrado el resultado de las exploraciones realizadas a las niñas o adolescentes en riesgo y a las mujeres, las opiniones y la posición de la familia acerca de la MGF, las intervenciones realizadas, etc.

La codificación correspondiente a la MGF según los sistemas de clasificación de enfermedades usados en los servicios sanitarios puede consultarse en el Anexo 4.

Los servicios de salud de ayuntamientos u otras instituciones sanitarias registrarán, según sus protocolos, las situaciones que detecten y se coordinarán con los servicios socio-sanitarios correspondientes.

7. RECURSOS ÚTILES

Material Audiovisual sobre MGF

Páginas Web con ilustraciones sobre tipos de MGF

- > **CREATE Youth-Net.** <http://www.createyouthnet.eu/fgm/>
- > **Daughters of Eve.** <http://www.dofeve.org/types-of-fgm.html>.

Video de mujeres inmigrantes en España que relatan su experiencia sobre la MGF

Médicos del Mundo. https://www.youtube.com/watch?v=7ZgqO_fyfml.

Folleto con información sobre MGF

- > **GIPE/PTP. Grupo Interdisciplinar para el Estudio y la Prevención de Prácticas Tradicionales Perjudiciales.** <https://www.uab.cat/web/transferencia-de-conocimiento/materiales-de-intervencion-con-las-familias-1345799902042.html>.
Poster y tríptico para trabajar con familias en castellano, inglés y francés
- > **UNAF. Unión Nacional de Asociaciones Familiares.** <http://www.unaf.org/salud-sexual/prevencion-de-la-mutilacion-genital-femenina/material-de-sensibilizacion/>.
Información para la salud de mujeres y niñas” en castellano, inglés y francés.
- > **End FGM EUROPEAN NETWORK**
<https://www.savegirlssaveageneration.org/imagenes/2020/02/how-to-talk-about-fgm-SP.pdf>. Información dirigida a profesionales sobre cómo hablar sobre MGF.

Mediación intercultural

- > **Médicos del Mundo.** Dispone de mediadora especializada en prevención y atención a MGF. Telf: 91 315 60 94. E-Mail: hodan.sulaman@medicosdelmundo.org o mgfmdmmadrid@gmail.com
- > **Salud entre Culturas.** Cuenta con un programa de interpretación y mediación intercultural en el ámbito sanitario. Telf: 91 336 80 00 - Ext: 7952 / Móvil: 662 02 77 65, E-mail: info@saludentreculturas.es

Asociaciones que trabajan la prevención de la MGF en la Comunidad de Madrid

- > **Médicos del Mundo.** Formación a profesionales, mediación especializada en MGF y actividades de educación y sensibilización dirigidas a mujeres y hombres africanos y población general. <https://www.medicosdelmundo.org>. Telf: 91 315 6094. E-mail: hodan.sulaman@medicosdelmundo.org; mgfmdmmadrid@gmail.com.
- > **Lasexologia.com.** Formación a profesionales, actividades de educación sexual, de prevención de la MGF, y terapia sexual gratuita con mujeres víctimas de MGF. <http://www.lasexologia.com/>. E-mail mgf@lasexologia.com. Telf: 91 523 08 14
- > **UNAF. Unión Nacional de Asociaciones Familiares.** Sensibilización e información con población africana así como cursos de formación para profesionales de todos los ámbitos. Formación y colaboración con mediadores y mediadoras interculturales. Edición y difusión de materiales y recursos, así como la información y sensibilización

a través de los medios de comunicación y las redes sociales. <http://www.unaf.org/>.
E-mail: inmigracionysexualidad@unaf.org. Telf: 91 446 31 62.

- > **Save a Girl Save a Generation.** Organización fundada por mujeres africanas para la prevención y erradicación de la MGF, los matrimonios forzados y otras prácticas tradicionales que perjudican a las mujeres. Lleva a cabo en España un programa para la formación de profesionales de la salud, la educación y la atención social; para el empoderamiento, apoyo y formación a mujeres africanas en la creación de liderazgos para la erradicación de estas prácticas en sus comunidades. Ambas líneas tienen un enfoque intercultural y de género. <http://www.savegirlssaveageneration.org>. E-mail: asha.ismail@savegirlssaveageneration.org. Telf: 658978474.
- > **F.P.F.E. Federación de Planificación Familiar Estatal.** Realiza formación a profesionales, actividades de educación sexual, sensibilización e información, así como asesoría y terapia sexual gratuita con mujeres víctimas de MGF. <http://www.fpfe.org/>; E-mail: info@fpfe.org. Telf: 91 531 66 55.

Teléfonos de interés

- > **Teléfono de Atención a la mujer 012** de la Comunidad de Madrid. Dispositivo centralizado sobre los recursos disponibles en materia de violencia de género que dispone también de la información actualizada de **la Red de PMORVG: Puntos Municipales del Observatorio Regional de Violencia de Género** y proporciona a la mujer o al profesional que lo requiera, la dirección, teléfono y horario de atención del Punto Municipal que le corresponda por domicilio. Fuera del horario de cada PMORVG se ha de llamar al 016 (Estatal).
- > **Teléfono de Información municipal 010**, donde se puede consultar el **Centros de Servicios Sociales** municipales correspondiente.
- > **Dirección General de la Familia y el Menor 91 580 34 64**, E-mail: dghm@madrid.org.
- > **Fiscalía de menores 913198233**, fax: 913195962, de 8.00h a 15.00h de **lunes a viernes**. Telf: de guardia hasta las 22.00h: **917674315**.

Para profundizar en el conocimiento de la MGF

- > **Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/otrasFormas/mutilacion/home.htm>
- > **Plataforma conocimientos “Unidos y unidas para erradicar la Mutilación Genital Femenina”(UEFGM)** , <https://uefgm.org/?lang=es>, en la que se proporciona formación *on line* gratuita, junto con fichas informativas de la situación en 11 países de la UE y posibilita interactuar y relacionarse con otros profesionales de la UE.
- > **Video en ingles sobre cómo realizar la técnica de la desinfibulación** <http://www.fgmresource.com> Ver parte 3, a partir de minuto 7:17.
- > **Care of women and girls living with female genital mutilation: a clinical handbook.** Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/272429/9789241513913-eng.pdf?ua=1>

8. ANEXOS

ANEXO 1. PAÍSES DONDE SE PRACTICA LA MGF

PAIS	PREVALENCIA EN MUJERES 15-49 AÑOS
Benín	9%
Burkina faso	76%
Camerún	1%
Chad	38%
Costa de Marfil	37%
Djibuti	94%
Egipto	87%
Eritrea	83%
Etiopía	65%
Gambia	75%
Ghana	4%
Guinea	95%
Guinea-Bissau	45%
Iraq	7%
Kenia	21%
Liberia	44%
Mali	89%
Mauritania	67%
Níger	2%
Nigeria	19%
República Centro Africana	24%
Senegal	24%
Sierra Leona	86%
Somalia	98%
Sudán	87%
Tanzania	10%
Togo	3%
Uganda	1%
Yemen	19%

Fuente: UNICEF 2020

ANEXO 2. COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MGF

COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACION GENITAL FEMENINA

Desde el Centro de Salud:



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

NOMBRE	FECHA NACIMIENTO	PAÍS AL QUE VIAJA

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

- **Los riesgos socio- sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación genital**, y el reconocimiento a nivel internacional que tiene esta práctica como violación de los Derechos Humanos de las niñas.
- **El marco legal** de la mutilación genital femenina en España, donde esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque haya sido realizada fuera del territorio nacional (por ejemplo en Gambia, Malí, Senegal, etc.), en los términos previstos en la Ley Orgánica del Poder Judicial, modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo.
- La práctica de la mutilación genital se castiga con **pena de prisión de 6 a 12 años** para los padres, tutores o guardadores; y con **pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento de 4 a 10 años** (es decir, los padres no podrían ejercer la patria potestad ni tener consigo a su hija, por lo que la entidad pública de protección de menores correspondiente podría asumir su tutela, pudiendo la niña ser acogida por una familia o ingresar en un centro de Protección de Menores).
- La necesidad de que, **al regreso del viaje, la niña acuda a consulta** pediátrica/médica de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil.
- La *importancia de adoptar todas las medidas preventivas* relativas al viaje que le han sido recomendadas por los profesionales de la salud desde los Servicios Sanitarios.

Por todo ello:

- **DECLARO haber sido informado**, por el profesional sanitario responsable de la salud de la/s niña/s sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.
- **CONSIDERO haber entendido** el propósito, el alcance y las consecuencias legales de estas explicaciones.
- **ME COMPROMETO a cuidar la salud de la/s menor/es de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje.**

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

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

Firma. Madre/Padre/Responsable de la niña

Firma. Pediatra/ Médico

COMPROMISE AND PREVENTION FORM FOR FEMALE GENITAL MUTILATION (FGM)

The Health Centre:



Certifies that, until now, in health examinations carried the girl whose data are reported below, has not been detected alteration in the integrity of their genitals.

NAME	DATE OF BIRTH	COUNTRY

Would like to inform the parents/tutors of the girl/s: about:

- The **social, sanitary and psychological risks** which derive from female genital mutilation rituals that take place in some African Countries, and the attempt against Human Rights they mean.
- **The Spanish law** related to genital mutilation rituals. This type of intervention is considered a crime against human health and safety in **the article 149.2 of the criminal law**, even when the surgery takes place abroad (in Gambia, Mali, Senegal, for example), as modification of the LOPJ 3/2005.
- **A prison penalty from 6 up to 12 years can be enforced to parents/tutors, the loss of their custody of the girl, and the possible placement of the girl in a juvenile centre.**
- The parents' compromise to visit their doctor in their health centre upon return from their trip in order to check the health status of the girl.
- The relevance of adopting all preventive measures during the trip that have been recommended by the health professionals in the sanitary services.

The parents/tutors of the girl:

- **DECLARE** that they have been informed by the health personnel about the various aspects related to female genital mutilation specified above.
- **UNDERSTAND** the purpose, the seriousness and the legal consequences included in these explanations.
- **ACCEPT the compromise to care for my daughter /girl I am a tutor for, and avoid her genital mutilation.**

I,....., have read and sign this form, and will keep a copy of it.

In....., day of 20.....

Signature. Parents/tutors of the girl/s
Full Name.....

Signature. Pediatrician/ Doctor
Full Name.....

ENGAGEMENT VIS-À-VIS DE LA PRÉVENTION DE LA MUTILATION GÉNITALE

FÉMININE



Depuis le Centre de Santé

Le Pédiatre/Médecin certifie qu'en vertu des examens de santé pratiqués à l'enfant jusqu'à l'heure actuelle, aucune altération n'a été détectée vis-à-vis de l'intégrité de ses propres organes génitaux.

NOM ET PRÉNOM.	DATE DE NAISSANCE.	PAYS ENVERS LEQUEL ELLE VOYAGE.

Nous informons les parents/familiers/responsables de l'enfant/des enfants cité/cités ci-dessous des aspects suivants:

- La mutilation rituelle des organes génitaux exercée dans certains pays africains représente un grave risque d'un point de vue social, sanitaire et psychologique. De même, l'exercice de la mutilation des organes génitaux suppose une violation des Droits de l'Homme.
- Selon le **cadre légal, en vertu de l'Article 149.2 du Code Pénal et selon la** modification de la loi **LOPJ 3/2005, la mutilation féminine en Espagne** est considérée comme un **délit de lésions, même si l'opération a été réalisée en dehors de l'Espagne** (en Gambie, par exemple, ou bien au Mali, au Sénégal, etc...).

La peine se situe entre les 6 et les 12 ans d'emprisonnement pour les parents de l'enfant. De même, l'autorité parentale ou la garde d'enfants peuvent être retirées. Par ailleurs, l'enfant/les enfants peut/peuvent être placée/placées dans un centre de protection spéciale pour les enfants mineurs d'âge.

- En ce qui concerne l'engagement de la part des parents/familiers/responsables de l'enfant/des enfants pour que celle-ci/celles-ci, au retour de son/leur voyage, réalise/réalisent une visite chez le Pédiatre/Médecin de son Centre de Santé, dans le but d'être objet d'une révision médicale de santé, en vertu du Programme de Santé de l'enfant, qui aura lieu en date du..... /..... /20.....
- Il est important d'adopter toutes les mesures préventives nécessaires concernant le voyage recommandées et prévues par les professionnels du secteur sanitaire des différents Services de Santé.

Donc, en conclusion:

- Je **DÉCLARE** avoir été informé par le professionnel du secteur sanitaire responsable de la santé de l'enfant/des enfants au sujet des divers aspects concernant la mutilation génitale féminine cités auparavant.
- Je **CONSIDÈRE** avoir bien compris le propos, la répercussion et les conséquences légales de toutes ces explications.
- Je **M'ENGAGE** à veiller en faveur de la santé de l'enfant/des enfants mineur d'âge/mineurs d'âge duquel/desquels je suis responsable. De même, je **M'ENGAGE** à éviter sa mutilation génitale et à aller avec l'enfant/les enfants au centre de Santé, pour qu'elle soit/pour qu'elles soient l'objet d'une révision médicale au retour de son voyage/leur voyage.

En foi de quoi, je lis et je signe le document original de cet engagement en double exemplaire, dont je conserve une copie pour moi.

À....., le..... 20.....

Signature: Mère/Père/Responsable de l'enfant.

Signature: Pédiatre/Médecin.

ANEXO 3. DESINFIBULACIÓN

La existencia de una MGF tipo III o infibulación plantea múltiples problemas para la salud de las mujeres: problemas para la evacuación de orina y sangre menstrual, dismenorrea, hematocolpos, infecciones urinarias y genitales, esterilidad, dolor o imposibilidad de mantener el coito, etc.

El momento ideal para realizar la desinfibulación sería antes de tener relaciones sexuales. Si la mujer está embarazada se recomienda realizarla en el segundo trimestre (20-28 semanas), si no se ha podido o la mujer lo prefiere en el momento del parto, de esta manera evitaremos: obstrucción del parto, fístulas, hemorragias, laceraciones y cesáreas prescindibles.

Cuando se plantee a una mujer la necesidad de realizarle una desinfibulación habrá que informarle detenidamente sobre en qué consiste la intervención, qué beneficios se producirán sobre su salud y la de sus futuros hijos/as, los cambios que percibirá tras la intervención en la micción, la menstruación y las relaciones sexuales. También se informará de que en ningún caso se realizará la reinfibulación tras el parto, pues está prohibido en nuestra legislación. Aclarar dudas sobre posibles complicaciones y riesgos que conlleva cualquier intervención y más una de este tipo.

Preguntar a la mujer si quiere recibir esta información junto a su pareja. Como cualquier otra intervención requiere la firma de un consentimiento informado por parte de la paciente. Es importante no olvidar los aspectos emocionales y ofrecer apoyo psicológico a la mujer, ya que le pueden generar sentimientos contradictorios.

Técnica de la Desinfibulación

- Posición de Litotomía.
- Según el contexto aplicar anestesia regional o local con lidocaína/prilocaina (Emla®) y anestésicos locales de larga duración (flash-back).
- Desinfección cuidadosa de la zona con antiséptico.
- Seccionar la banda de tejido cicatricial que recubre el periné obstruyendo la uretra y vulva, para ello:
 - > Introducir Pinza Kelly o Kocher borde inferior cicatriz para delimitar su longitud.
 - > Colocar 2 pinzas de Allis en borde de cicatriz, realizar la incisión evitando clítoris, traccionando adelante o se puede introducir un dedo para proteger la uretra. El objetivo es ver introito y uretra fácilmente.
- Realizar hemostasia de los bordes por separado con sutura absorbible, puntos sueltos, por ejemplo Vycril rapid®.
- Proporcionar analgesia adecuada para el postoperatorio.
- Advertir a las mujeres de los cambios que se producirán en la micción pues será de una forma más rápida y ruidosa así como la evacuación del flujo menstrual también será más rápida.

En el apartado 7. *Recursos: Video Desinfibulación* se puede acceder a un vídeo en inglés enseñando cómo realizar esta técnica.

ANEXO 4. CODIFICACIÓN

La codificación correspondiente a la MGF según los sistemas de clasificación de enfermedades usados en los **servicios** sanitarios es la siguiente:

- CIE-9
 - 629.2 Estado de mutilación genital femenina:
 - ✓ Ablación genital femenina
 - ✓ Estado de circuncisión femenina.
 - 629.20 Estado de mutilación genital femenina, no especificada
 - ✓ Estado de ablación genital femenina, no especificado
 - ✓ Estado de mutilación genital femenina NEOM
 - 629.21 Estado de mutilación genital femenina tipo I
 - ✓ Estado de ablación genital femenina tipo I
 - ✓ Estado de clitoridectomía
 - 629.22 Estado de mutilación genital femenina tipo II
 - ✓ Estado de ablación genital femenina tipo II
 - ✓ Estado de clitoridectomía con escisión de labios menores
 - 629.23 Estado de mutilación genital femenina tipo III
 - ✓ Estado de ablación genital femenina tipo III
 - ✓ Estado de infibulación
 - 629.29 Otro estado de mutilación genital femenina
 - ✓ Estado de ablación genital femenina tipo IV
 - ✓ Estado de mutilación genital femenina tipo IV
 - ✓ Otro estado de ablación genital femenina
- CIE-10:
 - N90.810 Estado de mutilación genital femenina, no especificados
 - N90.811 Estado de mutilación genital femenina, tipo I
 - N90.812 Estado de mutilación genital femenina, tipo II
 - N90.813 Estado de mutilación genital femenina, tipo III
 - N90.818 Otros estados de mutilación genital femenina (tipo IV)
- CIAP-2:
 - X82 Mutilación genital femenina (MGF)
 - A23 Riesgo de mutilación genital femenina

El código CIAP-2 A23 sería el recomendable para registrar las intervenciones preventivas en niñas en situación de riesgo, el CIAP-2 X82 y los códigos CIE-9 y CIE-10 se utilizarían ante una MGF ya realizada.

ANEXO 5. PRINCIPIOS DE LA ENTREVISTA MOTIVACIONAL

Para abordar la Mutilación genital femenina es fundamental explorar actitudes, valores y sentimientos y apoyar el desarrollo de habilidades y no basarnos exclusivamente en transmitir información o conocimientos sobre el tema.

La entrevista motivacional se ha convertido en una intervención muy conocida y usada por profesionales sanitarios, especialmente para el afrontamiento de hábitos no saludables y adicciones. A diferencia de técnicas anteriores que usaban la confrontación, el modelo motivacional promueve una aproximación a un trabajo de colaboración con el/la paciente. Es una metodología que induce a las personas a reflexionar para que puedan identificar y resolver sus problemas potenciales y presentes. En el caso de las mujeres/hombres procedentes de países donde se practica la MGF la entrevista motivacional se orientará a facilitar la toma de conciencia de la repercusión que tiene la realización de la MGF sobre la salud y la necesidad de proteger la salud de sus hijas evitando la realización de esta práctica en la comunidad. Es una técnica útil para ayudarles a decidir y progresar hacia sus objetivos. La persona implicada habrá de asumir la responsabilidad para el cambio y por ello se requiere su compromiso.

La tarea profesional es crear una atmosfera positiva para que el cambio se pueda producir, pero la decisión no es suya. El objetivo es inducir a la reflexión para que sean las personas implicadas quienes identifiquen y resuelvan el problema. La estrategia de la entrevista motivacional es persuasiva y de apoyo más que coercitiva y de discusión. Es importante respetar la libertad de las personas para tomar decisiones y actuar.

Tras la entrevista motivacional subyace la creencia de que cada persona posee un potencial poderoso para el cambio. La tarea del profesional es hacer salir dicho potencial, es decir, facilitar los procesos naturales de cambio que son inherentes a todo ser humano.

Este modelo de intervención se fundamenta en los siguientes principios:

- **Expresar empatía:** mediante una escucha reflexiva y una actitud de respeto las y los profesionales intentarán comprender los sentimientos y perspectivas de las personas procedentes de países que practican la MGF sin juzgar, criticar o culpabilizar, Es importante aceptar a las personas tal como son, pero esto no significa estar de acuerdo con sus opiniones ni aceptar su conducta. Es importante utilizar la escucha activa y reflexiva para devolver al paciente los conceptos que ha intentado transmitir
- **Crear una discrepancia:** Muchas personas perciben alguna ambivalencia entre la necesidad de realizar la MGF de acuerdo con las normas de su comunidad y no realizarla por los problemas de salud o legales que ocasiona. Es preciso aclarar y ayudar a ordenar las ideas para que puedan reflexionar y analizar las probables consecuencias de la mutilación, así mismo, se trabajarán las emociones que de ello se deriven. La entrevista motivacional trata de usar y amplificar esta discrepancia desde dentro, más que buscar estímulos externos, esperando que sea la persona la que finalmente presente los argumentos para cambiar, por lo tanto la intervención profesional debe ser sutil.
- **Trabajar las resistencias.** La confrontación directa por parte del profesional provoca oposición y actitud defensiva. La aparición de resistencia es una señal que indica que el terapeuta debe cambiar las estrategias que se han estado utilizando. Darle un giro a la resistencia, implica ofrecer nuevas perspectivas que permitan al paciente cambiar su

percepción. Para ello se pueden modificar levemente las razones del paciente invitándole a reflexionar sobre la nueva información. El profesional no aporta soluciones sino que genera preguntas y contribuye a identificar problemas. Es importante recordar que en la entrevista motivacional, la/el profesional no impone sus puntos de vista y que el paciente tiene un papel activo en la solución de sus problemas.

Tradicionalmente se entiende como resistencia cualquier aspecto de la actitud del o de la paciente que surge en un proceso terapéutico y que obstruye su curso. En el caso de entrevistas con población procedente de países donde se realiza la MGF, es habitual que surjan resistencias en los primeros momentos de la intervención y pueden relacionarse con sensación de que rechazamos su cultura, con el abordar un tema tradicionalmente “tabú”, o con determinadas actitudes o acciones profesionales (por ejemplo, estilos confrontativos). En la intervención es importante identificar y utilizar la información que nos dan las resistencias para, de una forma conjunta con la persona entrevistada, usarlas como un elemento útil para el cambio.

Algunos ejemplos de resistencias pueden ser: Interrumpir al o a la profesional, poner a prueba sus conocimientos o desvalorizarlos, manifestar hostilidad en relación a sus comentarios, minimizar riesgos, negar conflictos, etc.

Ante este tipo de resistencias las y los profesionales podemos proponer un cambio en el ritmo de la entrevista, plantearle temas alternativos a tratar y siempre mostrar disponibilidad y respeto a sus decisiones.

- **Fomentar la autoeficacia.** La autoeficacia es un instrumento de gran interés en la motivación para el cambio. Confiar en la propia capacidad para el cambio es un factor de motivación importante. En la entrevista motivacional es tarea del/de la profesional aumentar las percepciones de las y los personas sobre su capacidad para afrontar los problemas y tener éxito en el cambio. Las propias expectativas profesionales pueden influir también en el resultado. Cuando las personas no tiene confianza en lograr un cambio no harán ningún esfuerzo para conseguirlo. Se puede potenciar la autoeficacia haciendo énfasis en la responsabilidad personal, reforzando las conductas mediante el reconocimiento de los logros conseguidos y fomentando la sensación de control sobre su propia conducta.

Etapas del cambio

Prochaska y DiClemente han descrito los pasos previos a la entrevista motivacional que se consideran la base para entender el proceso del cambio. El cambio se considera un proceso circular con diferentes etapas que van desde no pensar en la necesidad de cambiar hasta la etapa de mantenimiento de un cambio que ya se ha producido³¹. En el caso de la MGF al adaptar estas etapas hay que tener en cuenta la gran importancia que tiene la presión social y que en muchos casos esta decisión es una decisión del grupo, no individual³²

Con una pregunta abierta como “Sé que en tu país a algunas mujeres se les práctica el corte ¿tú qué piensas de esta práctica?”, podemos situar a la persona en alguna de las siguientes etapas reflejadas en la siguiente tabla.

Tabla 6. Etapas del cambio en la MGF

ETAPA DE CAMBIO	CARACTERISTICAS	OBJETIVO	CONDUCTAS EN ESTA ETAPA
Precontemplación	Defiende la práctica de la MGF	Que comience a dudar sobre los motivos por los que la defiende	Hay que explorar las posibles ambivalencias evidenciando las contradicciones de su discurso a través de preguntas que generen la reflexión.
Contemplación	Expresa sus dudas pero considera que debe llevarse a cabo	Conseguir que la persona verbalice que no practicará la MGF a sus hijas haciendo uso de argumentos relacionados con la promoción de la salud.	Hay que trabajar sobre el mapa de creencias, haciendo énfasis en las contradicciones detectadas.
Preparación	Cree que no se debe practicar la MGF y está convencido de no realizarla a sus hijas	El objetivo de esta etapa es conseguir que la persona pueda resistir ante situaciones de fuerte presión social (Ej. viaje al país de origen)	Entrenar el desarrollo de habilidades para resistir la presión del grupo y ofrecer compromiso preventivo.
Acción	Cree que no se debe practicar la MGF y expresa su voluntad para evitarlo en otras familias procedentes del mismo origen.	Conseguir que la persona verbalice estas ideas	Revisar y reforzar el sumario de motivos y creencias por las que se realiza y practicar como transmitirlos a sus pares
Mantenimiento	Cree que la MGF debe terminar en su comunidad	Conseguir que la persona se involucre en la lucha contra la MGF en su comunidad	Animar a compartir su postura con sus pares Fomentar la creación de grupos organizados dentro de la comunidad que refuercen la idea de acabar con la MGF

Algunas estrategias que pueden ser útiles son:

- **Preguntas abiertas:** permiten no ser contestadas con preguntas cortas y pueden ser una vía de entrada para una comunicación más fluida. Por ejemplo: ¿Por qué cree que es importante realizar el corte a su hija? ¿Qué ventajas e inconvenientes le ve?
- **Escucha reflexiva:** En este tipo de intervención el/la profesional no se limita a escuchar, sino que a partir del relato que trae la persona entrevistada, y por medio de comentarios o clarificaciones, ayuda a que ella pueda interiorizar algunos elementos de su discurso que son especialmente significativos y piensa que pueden ser útiles en el proceso terapéutico. Para facilitar la escucha reflexiva pueden usarse distintos métodos: repetir frases o ideas verbalizadas por la persona entrevistada, señales no verbales (mmm, movimientos de cabeza de asentimiento...) señalar sentimientos asociados, etc. También es importante saber tolerar el silencio evitando la utilización de frases hechas. Primero el/la profesional se pone en el lugar de la otra persona preguntándose ¿qué me quiere decir? ¿Qué significado tiene para él o ella? , posteriormente recoge el mensaje completo, tanto aquello que le dice como su estado de ánimo y por último le manifiesta que entiende la situación y su carga emotiva devolviéndole una frase que sintetice el mensaje recogido. Por ejemplo: «De lo que me dice, entiendo que se siente confundida/o y muy preocupada/o, porque no está segura de cómo ve ahora el tema y de lo que realmente quiere hacer con su hija pequeña... ¿Es así?».
- **Proporcionar información útil:** se trata de seleccionar información útil adaptada a las necesidades de la persona y transmitirla de una forma clara y precisa con un lenguaje y vocabulario comprensible, comprobando siempre que se ha entendido el mensaje. El mensaje se ve reforzado aportando **documentación escrita** (ver 7. *Recursos útiles: Folletos para entregar a las familias*) porque ayuda a reflexionar y mejorar el recuerdo sobre las opciones de conducta y la mejor manera de adoptar los cambios deseados.
- **Reestructuración positiva:** destacar los aspectos positivos de lo que ha dicho la persona. Deben recompensarse las afirmaciones de preocupación para animar a que el/la paciente exprese cada vez más motivos para cambiar.
- **Desarrollar habilidades,** es importante ayudar a las personas a desarrollar habilidades para la toma de decisiones, para argumentar o explicar sus decisiones a otras personas y para resistir presiones de grupo, haciendo demostraciones o simulaciones.
- **La recapitulación o resumen,** al finalizar la entrevista de los temas tratados durante la misma. Reforzar todo lo importante que se ha dicho, mostrar que se ha escuchado con atención y preparar a la/el paciente para proseguir. Puede enriquecerse con otro tipo de información como señalar las mejorías evidentes y/u observables, los comentarios positivos de la familia, etc.

9. BIBLIOGRAFIA

1. United Nations Children's Fund. Female Genital Mutilation/Cutting: A global concern. [Internet] New York: UNICEF; 2016 [Consultado 11 de mayo 2016]. Disponible en: http://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf
2. Instituto de Estadística. Padrón Continuo [base de datos en Internet]. Madrid: Comunidad de Madrid; 2019 [Consultado 20 Octubre de 2020]. Disponible en: <http://www.madrid.org/iestadis/>
3. OMS. Mutilación Genital Femenina. [Internet] Nota descriptiva N°241. OMS; 2016 [Consultado 11 de mayo de 2016] OMS. Disponible en : <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>
4. World Health Organization: Eliminating Female genital mutilation – An interagency statement (OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO). [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2008 [Consultado 11 de mayo de 2016]. Disponible en: http://www.un.org/womenwatch/daw/csw/csw52/statements_missions/Interagency_Statement_on_Eliminating_FGM.pdf
5. Unión de Asociaciones Familiares. Guía para Profesionales. La Mutilación Genital Femenina en España, Prevención e Intervención. [Internet]. Madrid: UNAF; 2013 [Consultado 1 de Abril 2016]. Disponible en: <http://unaf.org/wp-content/uploads/2015/10/Guia-MGF-2015.pdf>
6. Kaplan A. Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas. Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos. 2003; 4:23-30.
7. Seguí A, Toara I, Pinilla Z. La erradicación de la Mutilación Genital Femenina. Enfoques y perspectivas desde la cooperación internacional para el desarrollo. [Internet]. Oviedo, ODAM ONG/ La Estafeta Ediciones; 2013 [Consultado 1 de Abril 2016]. Disponible en: http://www.mujeresparalasalud.org/IMG/pdf/ERRADICACION_MGF_ODAM13.pdf
8. United Nations Children's Fund. Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. [Internet]. New York: UNICEF; 2013 [Consultado 1 de abril 2016]. Disponible en: http://www.childinfo.org/files/FGCM_Lo_res.pdf
9. Obermeyer CM. The consequences of female circumcision for health and sexuality: an update on the evidence. *Cult Health Sex*. 2005; 7(5):443–461. doi: 10.1080/14789940500181495
10. Banks E, Meirik O, Farley T, Akande O, Bathija H, Ali M. Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. *Lancet*. 2006; 367:1835–1841. doi: 10.1016/S0140-6736(06)68805-3.
11. Berg RC, Underland V, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Vist G. Effects of female genital cutting on physical health outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Open*. 2014;4(11):e006316. doi:10.1136/bmjopen-2014-006316

12. Berg RC, Denison E, Fretheim A. Psychological, social and sexual consequences of female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review of quantitative studies. [Internet]. Oslo: Norwegian Knowledge Centre for the Health Services (NOKC). Report from NOKC nr 13 - 2010. [Consultado 1 de Febrero 2016]. Disponible en: http://accf.uonbi.ac.ke/sites/default/files/chs/accaf/Berg_2010_Psychological%20social%20sexual%20consequences%20FGM.pdf
13. Berg R, Odgaard-Jensen J, Fretheim A, Underland V, Vist G. An Updated Systematic Review and Meta-Analysis of the Obstetric Consequences of Female Genital Mutilation/Cutting. *Obstet Gynecol Int*. 2014;2014:542859. doi: 10.1155/2014/542859
14. Berg RC, Denison E. Does Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Affect Women's Sexual Functioning? A Systematic Review of the Sexual Consequences of FGM/C. *Sex Res Social Policy*. 2011;9(1):41-56. doi: 10.1007/s13178-011-0048-z
15. Gordon H, Comerasamy H, Morris NH. Female genital mutilation: Experience in a West London clinic. *J Obstet Gynaecol*. 2007 May; 27(4):416-9. doi: 10.1080/01443610701327511
16. Kaplan A, Forbes M, Bonhoure I, Utzet M, Martín M, Manneh M et al. Female genital mutilation/cutting in The Gambia: long-term health consequences and complications during delivery and for the newborn. *Int J Womens Health*. 2013;5:323-331. doi: 10.2147/ijwh.s42064
17. Klouman E, Manongi R, Klepp K-I. Self-reported and observed female genital cutting in rural Tanzania: associated demographic factors, HIV and sexually transmitted infections. *Trop Med Int Health*. 2005;10(1):105-115. doi: 10.1111/j.1365-3156.2004.01350.x
18. Morison L, Scherf C, Ekpo G, Paine K, West B, Coleman R. et al. The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. *Trop Med Int Health*. 2001; 6(8):643-653.
19. Yount K.M., Abraham B.K. Female genital cutting and HIV/AIDS among Kenyan women. *Stud Fam Plann*. 2007;38(2):73-88
20. Council of Europe. The Council of Europe Convention on Preventing and Combating against Women and Domestic Violence. A tool to end female genital mutilation. [Internet]. Strasbourg: Council of Europe-Amnesty Internacional; 2014. [Consultado 11 de Mayo 2016]. Disponible en: <http://www.endfgm.eu/content/documents/studies/Istanbul-Convention-FGM-guide.pdf>
21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet]. Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la MGF. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2015 [Consultado 11 de Mayo 2016]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf
22. Kaplan A, Moreno J, Pérez Jarauta MJ. Mutilación genital femenina. Manual para profesionales Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP). Bellaterra: UAB; 2010.
23. Abdulcadir J, Rodriguez MI, Say L. A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *Int J Gynaecol Obstet*. 2015;129(2):93-97. doi: 10.1016/j.ijgo.2014.11.008
24. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. Female genital mutilation and its management. [Internet]. Green top guideline 2015 nº 53. [Consultado 11 de Mayo

- 2016] Disponible en:
<https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/gtg-53-fgm.pdf>
25. World Health Organization. WHO Guidelines on the Management of Health Complications from Female Genital Mutilation. [Internet]. Geneva: WHO; 2016. [Consultado 4 de Junio 2016]. Disponible en:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK368483/>
 26. Osakidetza, Emakunde, Departamento de salud del Gobierno vasco. Mutilación Genital Femenina, Guía de actuaciones recomendadas en el Sistema sanitario de Euskadi. [Internet]. Vitoria-Gasteiz: Gobierno vasco; 2016. [Consultado 26 de Julio 2016] Disponible en:
http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/mutilacion_genital_femenina/es_de_f/adjuntos/guia-mutilacion-genital-femenina.pdf
 27. Abdulcadir J, Rodriguez M, Say L. Research gaps in the care of women with female genital mutilation: an analysis. BJOG. 2014;122(3):294-303. doi: 10.1111/1471-0528.13217
 28. Asamblea General de las Naciones Unidas. La Convención Internacional sobre los Derechos del Niño. Resolución 44/25. Noviembre, 20, 1989.
 29. Fundación Wassu-UAB. Guía de aplicación del compromiso preventivo. [Internet]. [Consultado 8 de Agosto 2020]. Disponible en:
https://www.uab.cat/doc/guia_esp_compromiso-preventivo
 30. Kaplan A, Salas N, Mangas A. La Mutilación Genital Femenina en España. Delegación de Gobierno para la Violencia de Género. [Internet]. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad; 2015. [Consultado 11 de Mayo 2016] Disponible en:
http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2015/pdf/MGF_definitivo.pdf
 31. Prochaska JO, DiClemente C. Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. Psychol Theor Res Prac. 1982;19(3):276-288.
 32. Toubia NF, Sharief EH. Female genital mutilation: have we made progress?. Int J Gynaecol Obstet. 2003;82(3):251-261.

Protocolos existentes:

- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. [Internet]. Protocolo Común para la actuación sanitaria ante la MGF. Madrid: Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad; 2015. Disponible en:
http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf
- Generalitat de Catalunya. Departamento de Acción Social y Ciudadanía Secretaría para la Inmigración: Protocolo de actuaciones para prevenirla mutilación genital femenina. [Internet]. Barcelona: Generalitat de Catalunya; 2007. Disponible en:
http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/cataluna_2007.pdf
- Gobierno de Aragón. Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón. [Internet] Zaragoza: Gobierno de Aragón; 2016. Disponible en:
http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/StaticFiles/mutilaci%C3%B3n_1.pdf
- Instituto Navarro para la familia e igualdad. Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Navarra. [Internet]. Pamplona: Gobierno de Navarra; 2013 Disponible en: <http://www.navarra.es/NR/rdonlyres/8346E44F-1C60-4850-AAC8-7934034AB5C6/257636/Protocolo25junio.pdf>
- Dirección General de Asistencia Sanitaria. Servicio murciano de salud. Protocolo de prevención y actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina en la Región de Murcia (2016). Disponible en:
<http://ivg.carm.es/documents/202699/6215794/Protocolo+para+la+prevenci%C3%B3n+y+actuaci%C3%B3n+sanitaria+ante+la+mutilaci%C3%B3n+genital+femenina+en+la+Regi%C3%B3n+de+Murcia/87f1d498-6027-413c-86b3-86321c1be27b?version=1.0>
- Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat de Sanitat Universal i Salut Pública. Protocolo de actuación sanitaria ante la MGF de la Comunitat Valenciana (2016). Disponible en :
<https://chguv.san.gva.es/documents/10184/894041/Mutilaci%C3%B3n+Genital+Femenina++Protocolo+Castellano.pdf/24e85452-af1d-4aa4-b0e3-d95dc4c9343b>
- Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha .Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina de Castilla-La Mancha (2017). Disponible en: https://escueladesalud.castillalamancha.es/sites/escueladesalud.castillalamancha.es/files/protocolo_prevenccion_mgf-mutilacion_genital_femenina_clm.pdf
- Gobierno de las Illes Balears .Protocolo de prevención y atención en las mujeres y niñas sobre la Mutilación Genital Femenina en las Illes Balears (2018)