



MEMORIA

Experiencia Candidata

1. ESTRATEGIA A LA QUE SE PRESENTA

ACTUACIÓN SANITARIA FRENTE A LA VIOLENCIA DE GÉNERO

2. TÍTULO DE LA EXPERIENCIA

IDENTIFICACIÓN DE RIESGO SOCIAL PRECOZ Y ATENCIÓN INTEGRAL EN NIÑAS NACIDAS DE MADRES QUE PADECEN MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA (MGF). ATENCIÓN OBSTÉTRICA ESPECÍFICA EN MUJERES CON MGF.

3. DATOS DE LA ENTIDAD Y PERSONA RESPONSABLE

Nombre de la entidad: Hospital Universitario de Fuenlabrada

Domicilio social (incluido Código Postal): C/ Camino del Molino 2, 28942 Fuenlabrada

Datos de contacto de la persona responsable del proyecto¹:

Nombre y apellidos: Larraitz Ibáñez

E-mail: larraitz.ibanez@salud.madrid.org

Teléfonos: 916006257

4. ÁMBITO DE INTERVENCIÓN

	Estatal
	Comunidad Autónoma
	Provincial
	Municipal
x	Área de Salud
	Zona básica de salud
	Otro (especificar):

5. PERÍODO DE DESARROLLO

- **Fecha de inicio:** 2009
- **Actualmente en activo:** Sí
- **Prevista su finalización:** No, continúa en activo

¹ Aquella persona de contacto que hará de interlocutora con el MSSSI y proporcionará más información técnica acerca de la intervención/experiencia en caso de ser necesario.



6 LÍNEA DE ACTUACIÓN

ÁREA ESTRATÉGICA (línea de actuación) ²	Atención sanitaria a las mujeres que sufren o están en riesgo de sufrir violencia de género en forma de mutilación genital femenina.
	Coordinación intersectorial (Administración Local)

7. ANÁLISIS DE SITUACIÓN

La mutilación genital femenina (MGF) comprende todos los procedimientos de resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos culturales, sociales, estéticos u otros, pero nunca médicos.

Se calcula que hay en el mundo unos 140 millones de mujeres y niñas que sufren las consecuencias de una MGF. Se practica de forma generalizada en unos 20 países, la mayoría africanos (regiones occidental, oriental y nororiental) y el resto de Oriente Próximo y Asia. Los países con mayor incidencia documentados por la OMS son (% MGF entre niñas y mujeres entre 15-45 años): Somalia 98%, Guinea 96%, Djibouti 93%, Egipto 91%, Eritrea 89%, Mali 89%, Sierra Leona 88% y Sudán 88%.

Se desconoce su origen, pero se considera que la MGF podría ser una práctica milenaria salida del antiguo Egipto, previa al nacimiento y expansión del Islam, que se difundió a través de la influencia de la civilización egipcia. Aunque algunas comunidades musulmanas, y de alguna otra religión, la practican, se puede afirmar que no es un precepto islámico, ni tampoco de ninguna de las principales religiones. En las zonas donde tradicionalmente se practica, la mutilación genital obedece a una cuestión de coherencia de grupo a pesar de que, dependiendo de la etnia a la cual se pertenezca, tenga implicaciones diferentes. Puede ser un requisito ineludible para poder casarse, para conseguir una determinada posición o simplemente para ser aceptada en la comunidad, ya que con la intervención se cree que la mujer consigue limpieza y pureza.

Suele practicarse en niñas y adolescentes de 4 a 14 años de edad. Sin embargo, en algunos países hasta la mitad de los casos de MGF se realizan en recién nacidas de un año. Generalmente es realizada por una curandera o circuncisora tradicional que suele tener otras funciones importantes en su comunidad, tales como la asistencia al parto. No obstante,

² Se refiere a las líneas de actuación de la Estrategia a la que se presenta esta experiencia como candidata a Buena Práctica: dichas líneas son las que figuran en las páginas 10-12 de la Guía de Ayuda para la Cumplimentación de la Memoria.



aproximadamente un 18% de las MGF son practicadas por dispensadores de atención de salud y preocupantemente, se ha observado que esta tendencia va en aumento. En África, unas 3 millones de niñas corren riesgo de sufrir una MGF cada año. En la mayoría de los casos, tanto las personas que la practican como las familias y las víctimas desconocen la relación entre la MGF y sus consecuencias perjudiciales para la salud de las mujeres.

La inmigración de estos países donde la MGF es una tradición cultural arraigada, hacia los países más industrializados, ha hecho que también se hayan dado casos de MGF en países como Australia, Canadá, Dinamarca, Estados Unidos, Suecia o Francia. Este hecho, junto con la universalización de los derechos humanos, ha contribuido a la creación de un movimiento político y social con el fin de erradicar la MGF. Este movimiento se ha traducido en diversas declaraciones de la ONU, la OMS y otras organizaciones internacionales, realizadas desde 1979 donde se reconoce la MGF como una violación de los Derechos Humanos y de los Derechos de la Infancia que refleja una desigualdad entre los sexos muy arraigada, y constituye una forma extrema de discriminación de la mujer. Asimismo, se establece que 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. También ha contribuido a que numerosos países adopten legislaciones que tienen por objeto específico la eliminación o la criminalización de la MGF. Entre los países occidentales, Suecia (en 1982) y Reino Unido (en 1985) han sido pioneros en legislar en contra de la MGF. Con respecto a los países de origen, se pueden mencionar la legislación de Ghana de 1994, de Yibuti de 1995, de Burkina Faso de 1996 o de Senegal de 1999. Actualmente, nueve países de la Unión Europea, incluida España, poseen una legislación específica para la MGF.

En España, la MGF en cualquiera de sus formas, es un acto tipificado como delito de lesiones recogido en el artículo 149.2 de la Ley Orgánica 10/1995 del Código Penal (modificado por la Ley Orgánica 11/2003) y contempla una pena de prisión de entre 6 y 12 años. La jurisdicción española es competente para perseguir la mutilación genital realizada tanto en territorio español, como fuera del territorio nacional (persecución extraterritorial). En este último caso, en virtud de lo previsto en el artículo 23.4 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial (modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo), 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. En concreto, cuando el proceso penal se dirija contra un extranjero que resida habitualmente en España; cuando la MGF se hubiera practicado a una persona que, en el momento de su realización, tuviera



nacionalidad española o residencia habitual en España, siempre que la persona a la que se impute la comisión del hecho delictivo (la MGF) se encuentre en España. Asimismo, el artículo

355 de esta Ley menciona de modo explícito la obligación del personal sanitario de poner en conocimiento de la autoridad judicial la posible existencia de un hecho delictivo.

Las formas y los métodos de la MGF difieren según el país y grupo étnico, pero podemos clasificarlas en 4 tipos principales (según la OMS):

- **Tipo I:** Resección parcial o total del clítoris y/o del prepucio (clitoridectomía).
- **Tipo II:** Resección parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin escisión de los labios mayores (escisión).
- **Tipo III:** Estrechamiento de la abertura vaginal con la creación de un sello mediante el corte y la recolocación de los labios menores y/o mayores, con o sin escisión del clítoris (infibulación).
- **Tipo IV:** Todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos con fines no médicos, tales como la punción, perforación, incisión, raspado o cauterización.

Los tipos I y II son los más comunes, representando alrededor del 90% de los casos, mientras que el tipo III representa aproximadamente un 10% de los casos.

La MGF, además de ser un grave atentado contra los derechos humanos de la persona, entraña con frecuencia consecuencias físicas y psicológicas para las mujeres, en ocasiones tan graves, que pueden llevarlas a la muerte o a la marginación de por vida. No aporta ningún beneficio a la salud de las mujeres y las niñas, sino que las perjudica de forma muy variada ya que implica la ablación y daño del tejido genital femenino normal y sano. Las complicaciones que aparecen tras una MGF pueden ocurrir inmediatamente o bien a medio o largo plazo, sin olvidar las complicaciones obstétricas en caso de embarazo.

Las **consecuencias inmediatas** de la práctica de la mutilación pueden ser: dolor severo, hemorragia y, por consiguiente, anemia, infección, ulceración de la región genital, lesiones del tejido adyacente, retención e incontinencia de orina, entre otras. La hemorragia y la infección pueden incluso causar la muerte. El impacto psicológico puede llevar a la víctima a situaciones de ansiedad, depresión, terror, sentimientos de humillación y trastornos sexuales.



Las consecuencias a corto y a largo plazo de la práctica de la mutilación genital pueden ser diversas y las podemos diferenciar en el ámbito físico, psicológico y sexual.

Ámbito físico

- Transmisión de infecciones como el VIH, la hepatitis o el tétanos, por el uso de instrumentos no esterilizados.
- Problemas genitourinarios: fístulas genitourinarias, incontinencia y/o infecciones urinarias de repetición, abscesos crónicos, hematocolpos (retención del contenido menstrual en la vagina), infecciones genitales, esterilidad.

Ámbito psicológico

Las consecuencias psicológicas pueden aparecer, sobre todo, en mujeres que recuerdan su MGF. Si la práctica se ha realizado en edades tempranas (antes de los 12 años) son difíciles de detectar y medir, aunque es muy probable que existan en la niña y afecten a su desarrollo físico y emocional.

- Depresión, ansiedad, Trastorno stress postraumático, Miedo al rechazo social. Sentimiento de culpa de madres mutiladas que han aceptado o, incluso, promovido la práctica de la mutilación a sus hijas.

Ámbito sexual

- Disminución de la sensibilidad sexual, ausencia de satisfacción y placer en las relaciones coitales, anorgasmia. Dolor en las relaciones sexuales, vaginismo. Miedo y rechazo a las primeras relaciones sexuales o al parto.

Complicaciones obstetricias

Durante el embarazo, aumenta la vascularización del tracto genital femenino, aumentando así el riesgo de las complicaciones intraparto y postparto en relación directa al grado de mutilación presentada. Las mujeres con MGF tienen más posibilidad de resultados obstétricos adversos.

- Aumento de hemorragia intraparto o puerperal.
- Infección locales o de heridas perineales. Endometritis. Infección de tracto urinario.
- Desgarros perineales y mayor incidencia episiotomías. Dehiscencia de episiotomía.
- Expulsivo fetal prolongado debido a la resistencia del periné por tejido cicatricial secundario a mutilación. Mayor probabilidad de cesárea.
- Mayor incidencia de asfixia neonatal y mortalidad neonatal y materna.

La inmigración de mujeres desde países africanos donde se practica la MGF ha incrementado el diagnóstico de MGF en nuestro país y se ha convertido en un verdadero



Problema de salud pública. La población residente en España procedente de los países donde se practica la MGF es originaria fundamentalmente de Senegal, Nigeria, Mali y Gambia. El Área de influencia del Hospital Universitario de Fuenlabrada (HUF) es una de las zonas que más

inmigrantes acoge dentro de la comunidad de Madrid. A fecha de 1 de enero de 2015, los 2,431 ciudadanos nigerianos empadronados en el ayuntamiento de Fuenlabrada representan aproximadamente el 20% de la población inmigrante de origen nigeriano de la comunidad de Madrid. Existen en nuestra Área alrededor de 1,200 mujeres originarias de países donde se practica la MGF de las cuales, más del 90% provienen de la comunidad nigeriana previamente mencionada.

En el año 2008, se registró en el HUF una complicación grave en el parto de una paciente portadora de MGF tipo II. Como consecuencia, se planteó la necesidad de conocer más sobre la MGF para poder ofrecer una atención adecuada a parte de nuestra población en el diagnóstico, manejo y prevención de complicaciones, así como la prevención de nuevas mutilaciones en niñas recién nacidas.

8. OBJETIVOS

Nuestro objetivo principal ha sido establecer en el Área de Salud del HUF, una intervención coordinada para identificar y realizar un seguimiento preventivo de las recién nacidas de pacientes con mutilación genital femenina. El segundo de nuestros objetivos ha sido el de desarrollar un protocolo específico de atención obstétrica a las pacientes que padecen MGF.

9. CONTEXTO Y POBLACIÓN DIANA

El Área de Salud del HUF es una de las zonas que más inmigrantes acoge dentro de la comunidad de Madrid con una proporción importante de africanas por lo que debemos estar especialmente alerta sobre la práctica de la MGF en estas pacientes. Los motivos de atención y posible riesgo son:

- Pertener a una etnia que practique la MGF: la mayoría de mujeres que han experimentado la MGF son originarias, ellas o sus familiares, de alguno de los países africanos donde se practica.
- Pertener a una familia en la que la madre y/o hermanas mayores la hayan sufrido.



Proximidad de un viaje o unas vacaciones al país de origen de una menor con riesgo de MGF.

En nuestra experiencia participan los profesionales que integran el Área de la Salud de la Mujer (enfermeras, matronas y especialistas en ginecología), profesionales de trabajo social del HUF y pediatras de Atención Primaria. La red de atención a estas pacientes se inicia en el servicio de Obstetricia y Ginecología, ya que es aquí donde se detectan los casos de MGF. Para ello, tanto los ginecólogos como las matronas y personal de enfermería que lo integran han sido formados previamente en sesiones clínicas divulgativas específicas sobre la MGF. La identificación de las mujeres con MGF puede darse en el ámbito de consultas (visitas rutinarias de control de gestación...), urgencias (tanto por consultas ginecológicas u obstétricas), hospitalización (ingreso por complicaciones del embarazo...) o área de partos. Se establece también comunicación a través de hojas de interconsulta hospitalarias (PIC) con el trabajador social para informar sobre las recién nacidas de madres portadoras de MGF quien notificará a su vez el caso al gestor de casos de la Comisión Hospitalaria contra la Violencia. Así mismo, se comunicarán estos casos a Atención Primaria para el seguimiento de las recién nacidas a fin de prevenir la práctica de nuevas mutilaciones.

10. METODOLOGÍA

Tras la primera toma de contacto con la práctica de la MGF y sus complicaciones, se trasladó esta realidad a la Comisión Hospitalaria contra la Violencia del HUF. Se realizó una búsqueda exhaustiva de la evidencia científica sobre el tema y se redactó un **protocolo independiente y específico** para la MGF; "Mutilación genital femenina. Atención obstétrica y perinatal" (Anexo I).

A lo largo de estos años, se han incluido dentro del programa de sesiones clínicas de los servicios y áreas implicados **5 sesiones formativas** sobre la MGF en las que han participado profesionales de los Servicios de Pediatría, Urología, Ginecología y Obstetricia, Urgencias Generales y profesionales del Área de la Salud de la Mujer (ginecólogos, matronas y personal de enfermería). El objetivo de dichas sesiones ha sido divulgar el conocimiento sobre la MGF, concienciando a los profesionales sobre la importancia de detectar esta práctica en las mujeres de nuestra Área. Se contempla incluir, a partir del presente curso, una sesión divulgativa sobre MGF dentro del programa formativo de los médicos internos residentes de nueva incorporación al Hospital.



Se han modificado los formularios médicos del Servicio de Ginecología y Obstetricia con un apartado específico para la MGF para que de esta manera la **identificación de un caso de MGF** quede reflejado en la historia clínica informática de las mujeres (Anexo II).

En el caso de identificar una MGF durante el embarazo o parto, se ofrece una **atención obstétrica específica** a la paciente, siguiendo las recomendaciones del protocolo previamente diseñado (Anexo I). Determinados casos, por su complejidad o peculiaridades, son comentados en sesión clínica del Servicio de Ginecología y Obstetricia para una toma de decisión consensuada. Con el objetivo de mejorar el pronóstico materno-fetal se actúa en la fase activa del parto procurando acortar el tiempo expulsivo en los casos que lo precisan. Se valora la realización de episiotomía y el tipo de ésta en función del grado de mutilación, paridad y calidad de la cicatriz. Para los casos de infibulación se ha establecido ofrecer a la paciente una desinfibulación quirúrgica electiva en el segundo trimestre de gestación preferentemente o intraparto si el diagnóstico es tardío, para evitar una obstrucción del canal del parto, fístulas, hemorragias, laceraciones y cesáreas prescindibles. La paciente siempre será informada de los detalles de la intervención y sobre todo de que bajo ninguna circunstancia se realizará una reinfibulación (volver a suturar los genitales externos) tras el parto, en caso de solicitarlo.

Se facilita a la paciente y su pareja o familia **información médica y legal** sobre la MGF informando sobre las implicaciones propias de la MGF para su salud y haciendo hincapié en la legislación vigente en España que tipifica dicha práctica como delito.

En los casos de parto con recién nacido mujer, se notifica el caso, con **parte de interconsulta (PIC) informático**, al trabajador o trabajadora social (Anexo III). El Área de Atención al Paciente, ha elaborado un protocolo normalizado de valoración social que desarrolla una instrucción técnica de trabajo a la atención de violencia de género y MGF (Protocolo Código ATP_PR_004 con Certificación NORMA ISO-9001:2008). Los profesionales de trabajo social, adheriéndose a dicho protocolo se entrevistan con la paciente y su pareja o familia, y comunican el caso tanto a la Comisión Técnica Municipal de Violencia de Fuenlabrada como al Centro de Salud correspondiente para que en Atención Primaria (pediatría) se realice el **seguimiento específico de la niña**. Es el pediatra de atención primaria quien valora el riesgo de la niña de



Sufrir una MGF y en caso positivo activa los protocolos necesarios para evitarla, avisando a las autoridades competentes.

Todos los casos se comentan en las sucesivas reuniones de la Comisión de Violencia del HUF y se recogen en la **memoria anual hospitalaria**, que sirve como control de nuestra actividad (Anexo IV).

- **INDICADORES.**

Se ha realizado un seguimiento de las MGF notificadas desde el servicio de Ginecología y Obstetricia a los profesionales de trabajo social. Así mismo, se ha accedido al registro de las niñas nacidas de mujeres con MGF comunicados a través del gestor de casos de la Comisión de Violencia.

- **RESULTADOS.**

Desde que en 2006 se creó la Comisión Hospitalaria contra la Violencia en el HUF, se han comunicado, a través del gestor de casos, y desde los ámbitos de urgencias, hospitalización, paritorio y consulta del HUF casos de violencia de género, agresión sexual y de madres con MGF que han dado a luz a una recién nacida mujer.

Es llamativo que la identificación y comunicación de los casos de MGF no comenzó a realizarse hasta 2009, momento en el que se iniciaron las sesiones formativas en el hospital. La recogida de los casos en las historias clínicas informáticas comenzó en el año 2011. Al no disponer de las historias clínicas de los casos comunicados en los años 2009 y 2010, no podemos incluirlas en la descripción de los datos demográficos que se exponen a continuación.

Desde enero de 2009 a 30 abril de 2015 se han comunicado 95 casos de MGF a la Comisión Hospitalaria contra la Violencia del HUF. Estos casos corresponden a madres con MGF que han dado luz a un recién nacido mujer. La identificación de la MGF de estos casos se ha realizado en consulta de control gestacional, hospitalización, urgencias del HUF o área de partos. Desde el año 2009 al 2012 se ha notificado el caso al trabajador o trabajadora social a través de un correo electrónico institucional y a partir del año 2013 la notificación se ha realizado en forma

de PIC informático de Selene. Todas estas mujeres han sido citadas con el trabajador social donde se les ha informado sobre la MGF, sus consecuencias físicas y psicológicas sobre las mujeres que la sufren y sobre el marco legal de la MGF en España. Los casos comunicados por año se muestran en la tabla 1:

Año	Casos MGF comunicados
2009	17
2010	12
2011	11
2012	19
2013	18
2014	10
2015 (1º cuatrimestre)	8
Total	95

Tabla 1; Casos de MGF comunicados, distribución por años

La nacionalidad de las pacientes ha sido nigeriana en mas del 90% de los casos. La distribución por países se muestra en la tabla número 2:

Nacionalidad	2011	2012	2013	2014	2015	Total	Total (%)
Nigeria	9	19	17	8	7	60	90,9
Guinea	2	0	0	0	1	3	4,6
Costa de Marfil	0	0	1	0	0	1	1,5
Senegal	0	0	0	1	0	1	1,5
Sierra Leona	0	0	0	1	0	1	1,5
Total	11	19	18	10	8	66	100

Tabla 2: Distribución de las pacientes por nacionalidad

La edad de la mayoría de las pacientes identificadas ha sido de entre 30 y 39 años. La distribución por edades se muestra en la tabla 3:



Edad	2011	2012	2013	2014	2015	Total	Total (%)
20-29	1	3	2	1	1	8	12,1
30-39	10	15	14	9	7	55	83,3
40-49	0	1	2	0	0	3	4,6
Total	11	19	18	10	8	66	100

Tabla 3: distribución de pacientes con MGF por edades y años

En nuestra Área, la población de riesgo es originaria básicamente de regiones en las que se practica la MGF tipo I y II. No se han comunicado casos de MGF del tipo III o infibulación pero sí hemos atendido 2 pacientes previamente desinfibuladas.

Desde el año 2009 no nos consta que se haya realizado ninguna MGF en las recién nacidas de nuestra área.

11. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

La práctica de la MGF se trata de una cuestión compleja que requiere formación, sensibilidad y respeto hacia la diversidad cultural, pero al mismo tiempo una actitud firme y activa de sensibilización para erradicar la práctica.

Desde que conocemos la MGF, los profesionales del HUF estamos sensibilizados para detectarla en la población diana de nuestra Área de Salud. El personal del hospital está formado sobre las características de los diferentes tipos de MGF, sus efectos, sus riesgos y sus posibles consecuencias para poder atender a la mujer en su situación específica. Prestamos una atención individualizada en el parto y postparto a estas pacientes, realizando los procedimientos necesarios para evitar las complicaciones obstétricas y perinatales asociadas a esta práctica. Atendemos las necesidades informativas y de educación sanitaria de estas pacientes, ya que muchas mujeres y parejas pueden desconocer la relación entre la MGF y sus consecuencias para la salud. Así mismo, realizamos una labor preventiva de nuevos casos de MGF con el seguimiento y vigilancia de las recién nacidas de madres con MGF en Pediatría y Atención Primaria.

La implicación de los profesionales en la prevención de la MGF en recién nacidas es alta y cumple nuestras expectativas, ya que la línea de actuación iniciada en el servicio de ginecología y obstetricia se coordina bien con los profesionales de trabajador social para el seguimiento de los casos en atención primaria.



Se ha diseñado un formulario específico de MGF para facilitar la explotación futura de los datos recogidos en las historias informáticas de las mujeres y se ha organizado una sesión formativa en el Servicio de Ginecología y Obstetricia para involucrar en dicha recogida a todos los profesionales. Creemos interesante completar la simple identificación de las mujeres con MGF con información adicional como tipo de mutilación sufrida, nacionalidad, sexo del recién nacido, tipo de parto y si ha precisado asistencia específica como consecuencia a su mutilación.

Conocemos también de la existencia de asociaciones que trabajan con mujeres que han sufrido una MGF. Éstas organizan, entre otras actividades, reuniones informativas y divulgativas sobre la MGF y sus consecuencias sobre la salud de la mujer. Tenemos como objetivo abrir una línea de comunicación con estas asociaciones para facilitar a las mujeres con MGF un acceso a las mismas para poder obtener información mas completa y poder compartir su experiencia con otras mujeres en su misma situación.

BIBLIOGRAFIA

- Protocolo común de actuación sanitaria mutilación genital femenina (MGF). Sistema nacional de Salud 2015. Ministerio de Sanidad. Servicios Sociales e Igualdad. http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5_feb2015.pdf
- Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina. Generalitat de Catalunya. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Barcelona, 2007. <http://www.fundacionkirira.es/pdf/Manual%20contra%20la%20MGF.pdf>
- Una visión global de la mutilación genital femenina. Revisión Bibliográfica. Corporació Sanitaria Parc Paulí. Sabadell. Casajoana Guerrero, M.; Caravaca Nieto, E.; Martínez Madrigal, M.I Matronas Prof. 2012; 13(3-4):76-82
- Female Genital Mutilation/Cutting: A statistical overview and exploration of the dynamics of change. UNICEF. 2013
- Female genital mutilation and obstetric outcome: WHO collaborative prospective study in six African countries. WHO study group on female genital mutilation and obstetric outcome. The Lancet 2006; 367:1835–1841.ç
- Female Genital Mutilation. A Guide to Laws and Policies Worldwide Anika Rahman and Nahid Toubia



Padrón de habitantes de Fuenlabrada. <http://ayto-fuenlabrada.es/index.do?MP=3&MS=27&MN=2&TR=C&IDR=292>

- Inmigra Madrid
http://www.madrid.org/cs/Satellite?pagename=PortalInmigrante/Page/INMI_pintarContenidoFinal&cid=1142340982052