

NIÑAS MIGRANTES Y MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA.

Los números cuentan que....

TORRES GARCÍA, ANA VICTORIA; PÉREZ FERNÁNDEZ, MIGUEL;
ANTÓN RUBIO, CONCHA Y VEGA HERNÁNDEZ, M^a CONCEPCIÓN
Universidad de Salamanca

RESUMEN

La mutilación genital femenina, atenta claramente contra la salud física y psicológica, así como hacia los derechos humanos de aquellas niñas que la sufren. El aumento de los movimientos migratorios hacia países occidentales visibiliza este tema. Objetivo: Determinar la incidencia de la mutilación genital femenina en las mujeres migrantes. Metodología: Se realizó un estudio sobre niñas en riesgo de mutilación genital femenina que migraron a la Unión Europea desde países africanos. Resultados: En la última década el número de niñas migrantes con estas características se va reduciendo. La mayoría de las migraciones son del oeste de África. Italia y Francia son los países europeos que más niñas reciben. Con escenarios de alto y bajo riesgo de mutilación se observaron diferencias según región de origen y país europeo de destino.

Palabras clave: *Mutilación genital femenina, violencia sexual, niñas, migraciones, análisis multivariante*

ABSTRACT

Female genital mutilation clearly undermines the physical and psychological health, as well as the human rights of those girls who suffer it. The increase in migratory movements towards western countries makes this issue visible. Objective: To determine the incidence of female genital mutilation in migrant women. Methodology: A study was carried out on girls at risk of female genital mutilation who migrated to the European Union from African countries. Results: In the last decade the number of migrant girls with these characteristics

has been decreasing. Most of the migrations are from West Africa. Italy and France are the European countries that receive the most girls. With scenarios of high and low risk of mutilation, differences were observed according to the region of origin and the European country of destination.

Key words: Female genital mutilation, sexual violence, girls, migrations, multivariate analysis

INTRODUCCIÓN

UNA DE LAS MANIFESTACIONES más graves de violencia hacia la mujer es la «mutilación o ablación genital femenina» también conocida como «exéresis genital femenina» o circuncisión femenina» según se refiere la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Esta práctica provoca un gran rechazo en nuestra sociedad, atenta contra la desigualdad de género, de oportunidades y a los derechos humanos de las niñas y mujeres que la sufren. Es un importante problema de salud (Toubia, 1994) y asistencial (Little, 2003), afecta a la salud e integridad física y psicológica y supone un gran impacto en su bienestar (Craft, 1997; Dorkenoo, 1995; Morison, 2001; El-Defrawi, 2001), teniendo consecuencias más graves, cuanto más agresiva sea la práctica. Es un importante factor de riesgo las condiciones higiénico-sanitarias en las que se realizan, así como el instrumental que se emplea, llegando en numerosas ocasiones a causar la muerte (García, Porcel, Cano, Benítez, Prieto y Requena, 2011; Marcusan, Monserrat, Anderson y Fábregas, 2006).

La mutilación genital femenina es una práctica ancestral, basada en convicciones y percepciones muy arraigadas en una estructura social, económica, política y religiosa, que se sigue realizando en determinados lugares del mundo, pero en la actualidad según datos de Unicef (2005) hoy en día, ha pasado a ser un problema global debido a que no se practica solamente en países de África y Oriente Medio. Según los datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) la mutilación genital femenina es una práctica extendida en 28 países africanos, oriente medio y en algunos países asiáticos como Indonesia, Malasia y países limítrofes. Se calcula que entre los 100 y 140 millones de mujeres y niñas en el mundo han sufrido alguna forma de mutilación genital siendo sometidas a dicha práctica en torno a 2 millones de niñas y adolescentes cada año (Escalona, 2011). Por esta razón, miles de mujeres y niñas cada año piden asilo en Europa (Hermida del Llano, 2017).

En la actualidad debido a los movimientos migratorios esta práctica también afecta a mujeres y niñas que viven en comunidades emigrantes de los llamados países industrializados. Esta práctica puede ser parte de un rito de paso a la edad adulta, un elemento de socialización de las niñas (Kaplan, Torán, Bermúdez y Cas-

tany, 2006) reforzando de este modo el sentimiento de pertenencia a un grupo por parte de la mujer, no seguir con dicha tradición supone un motivo de rechazo y aislamiento, incluso una mujer a la que no se le ha practicado la mutilación genital, no se es aceptada como esposa. Otras razones podrían ser, de tipo higiénicas y estéticas, la idea, por parte de algunos grupos étnicos, de que los genitales externos femeninos son algo feo y sucio, además de una forma de control de la mujer respecto a la sexualidad, el deseo sexual se ve reducido, asegurándose que la mujer mantenga su virginidad hasta el matrimonio y las funciones reproductivas, o creencias irracionales a cerca de poder quedarse embarazada y esta práctica facilita el parto. Desde el punto de vista religioso, algunas etnias consideran que es una forma para que la mujer sea espiritualmente pura (Escalona, 2011).

Es un procedimiento que involucra la lesión o extracción total o parcial de los genitales femeninos externos, por razones culturales u otras que no son terapéuticas (Jäger, Schulze y Hohlfeld, 2002). El tipo de práctica va a depender del lugar en que se realice, variando en función de factores culturales, sociales, religiosos, para favorecer las relaciones sexuales o incluso por cuestiones estéticas o de belleza (Arriba, 2008). Se practica en niñas, incluso a bebés, mujeres a punto de contraer matrimonio, durante su primer embarazo o después de dar a luz (Escalona, 2011).

Dependiendo del tipo de mutilación que se realice va a implicar mas parte afectadas. La *Tipo I o clitoridectomía* consiste en la amputación parcial o total del clítoris y/o del prepucio, pudiéndose realizar solamente una amputación del capuchón o prepucio del clítoris o ambas partes, clítoris y prepucio, equiparándose a la masculina que, en el África subsahariana se conoce como *sunna*. La *Tipo II o escisión* consiste en la amputación parcial o total del clítoris y los labios menores, con o sin eliminación de los labios mayores. Esta práctica tiene otras variantes, solamente se amputan los labios menores, amputación total o parcial del clítoris y los labios menores y la más invasiva la que además incluye la amputación de los labios mayores. La *Tipo III o infibulación* consistente en el estrechamiento de la abertura vaginal creando un sello cortando y recolocando los labios menores y/o mayores con o sin la escisión del clítoris y la *tipo IV*, serían todos los procedimientos lesivos de los genitales femeninos, sin una finalidad terapéutica, entre los que se realizan son la punción, perforación, incisión, raspado o cauterización.

A pesar de ser una práctica ancestral unida a la cultura, no se practica en todos los países africanos, ni tampoco todas las etnias de un mismo país la realizan. El tipo I y II se practican en el África subsahariana occidental y central y el tipo III se practica con mayor frecuencia en el África oriental.

Las complicaciones para la salud son muy diversas, a corto plazo, dolor intenso, importantes y graves hemorragias, infecciones de orina, e incluso, lesiones de otros órganos, cuando no conlleva la muerte, como ya hemos señalado. A largo plazo, la aparición de quistes dérmicos, neuromas cicatriciales, infecciones frecuentes en

el sistema urinario y reproductor, esterilidad, dismenorrea, menstruaciones dolorosas, enfermedades inflamatorias de la región pélvica, partos difíciles, o riesgos de hemorragia, infecciones y complicaciones durante el mismo, complicaciones maternas y neonatales e incremento en el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual, además de las repercusiones psicológicas (Carruyo y Salcedo, 2014; Lucas, 2008). Sobre la sexualidad tiene un impacto negativo, la mayoría de las mujeres sentirán dolor antes y durante la actividad sexual y será preciso cortar la vagina para facilitar la penetración de la pareja. En el momento del parto será necesario escindir la nuevamente para permitir el alumbramiento, con el trauma consiguiente a causa de la repetición y el recuerdo siempre presente de la mutilación (Carruyo y Salcedo, 2014).

Con relación a las consecuencias psicológicas, muchas de ellas están relacionadas con el entorno cultural, experimentan importantes sentimientos contradictorios inducidos por la diferencia de valores de la sociedad en la que viven y la cultura de la que proceden, pudiendo experimentar miedo a ser rechazadas por su propio grupo si no acceden a dicha práctica. En su cultura de origen, si no se han sometido a la mutilación genital, es muy difícil que puedan contraer matrimonio. Esto es un importante factor para que desarrollen depresión y ansiedad. Se ha descrito incluso el denominado «síndrome de ansiedad-depresión enfocada genitualmente» debido a la constante preocupación de estas niñas y mujeres a cerca del estado de sus genitales y miedo intenso a la posibilidad de no ser fértiles. Cuando estas mujeres, se encuentra debido a la migración en un contexto cultural diferente, pueden experimentar importantes conflictos internos de identidad y de lealtad hacia su propia cultura, experimentando sentimientos de humillación, confusión impotencia, sensación de traición hacia su familia y vergüenza. Esta condición puede provocar importantes traumas en las víctimas, problemas de autoestima e incluso de exclusión social (Jiménez y Granados, 2016).

MIGRACIONES Y MUTILACIÓN

Debido al aumento de los movimientos migratorios en las últimas décadas, en Europa y otros países occidentales, cada vez son más las mujeres inmigrantes que han sufrido la mutilación genital, muchas de ellas procedentes del África subsahariana. Como resultado de querer mantener las tradiciones de su país y mantener su identidad cultural, algunos migrantes continúan practicándola, en el país de origen, aprovechando ciertos desplazamientos, e incluso en el de acogida a pesar de estar penalizado. Según señalan Gallego y López (2010) ha aumentado también, el número de profesionales que realizan esta práctica en el continente Africano, lo que supone una barrera para la erradicación y en cierto modo se tiende a legitimar estas prácticas, con las medidas de higiene. Es necesario un abordaje transcultural

en cuestiones ligadas a la identidad de la persona, así como un compromiso ético y moral para evitar estas prácticas (Kaplan, Torán, Bermúdez y Castany, 2006).

En el caso concreto de España, con la llegada en los años 80 de familias procedentes del África subsahariana, se descubren estas otras realidades culturales tan arriesgadas para la salud de las mujeres y niñas. En esta práctica cultural asociada al género, tiene una importante función el papel pasivo del hombre, en general no interviene en el proceso, pero si influyen en que se continúe perpetuando, para evitar posibles infidelidades, la deshonra familiar o la continuidad de matrimonios polígamos, se niegan a casarse con mujeres que no están mutiladas. Siendo esta una forma de favorecer el constructo social jerárquico de los hombres y las relaciones de dominación-sumisión (Jiménez-Ruiz, Martínez y Bravo, 2016).

Con la incorporación de familias procedentes de los países en los que está práctica continúa estando tan arraigada, supone un conflicto para nuestra sociedad, al tener que posicionarse y no permitir dichas prácticas en niñas y mujeres que incluso ya han nacido en nuestro país, estos colectivos van a tener un importante peso demográfico por lo que en los próximos años no va a ser una mera excepción, el que alguna niña vaya a ser sometida a la mutilación genital femenina (Kaplan, 2002; Bledsoe, Houler y Sow, 2005).

Esta práctica, en el ordenamiento jurídico español en los artículos 147, 148, 149 y 150 del código Penal, está tipificado y sancionado como un delito de lesiones (Kaplan, Torán, Bermúdez y Castany, 2006). En el artículo 149 del Código Penal se señala «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 seis a doce años», con posterioridad este artículo introduce una modificación, haciendo referencia la mutilación genital cualesquiera fueran sus manifestaciones y en el caso de que la víctima fuera menor de edad o incapaz. La Ley Orgánica 11/2003, de 29 de septiembre, de medidas concretas en materia de seguridad ciudadana, violencia doméstica e integración social de los extranjeros, publicada en el Boletín Oficial del Estado (BOE) núm. 234 de 30 de septiembre de 2003, introduce una modificación en el redactado del artículo 149 del Código Penal, añadiendo un segundo punto en el que especifica: «El que causare a otro una mutilación genital en cualquiera de sus manifestaciones, será castigado con la pena de prisión de seis a doce años. Si la víctima fuere menor o incapaz, será aplicable la pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, curatela, guarda o acogimiento por tiempo de cuatro a diez años, si el Juez lo estima adecuado al interés del menor incapaz» es por lo que debido a esta prohibición, se está observando que cada vez, se realiza en edades más tempranas para eludir su detención (Escalona, 2011) incluso aprovechan cualquier viaje a su país de origen para llevarla a cabo. En cuanto a su detección aunque pueden ser

diferentes profesionales los que están en contacto con estas mujeres, trabajadores sociales psicólogos, enfermeras y médicos, son los profesionales sanitarios quienes pueden tener un contacto mucho más directo (Jäger, Schulze y Hohlfeld, 2002), siendo su papel fundamental no solamente en el abordaje de las posibles complicaciones, sino para prevenir y trabajar en la concienciación de abandonar dichas prácticas (Citado en García, Porcel, Cano, Benítez, Prieto y Requena, 2011).

Con el fin de determinar la incidencia de la mutilación genital femenina en las mujeres migrantes se decidió llevar a cabo un estudio sobre niñas en riesgo de mutilación genital femenina que migraron a la Unión Europea desde países africanos.

METODOLOGÍA

PARTICIPANTES

El conjunto de datos utilizado se extrajo del Instituto europeo para la igualdad de género. Consiste en una muestra de 676246 niñas migrantes de 0 a 18 años que han residido en algún estado miembro de la Unión Europea durante al menos un año, en este caso: Bélgica, Chipre, Grecia, Francia e Italia; procedentes de 25 países africanos que practican la mutilación genital femenina: Benin, Burkina Faso, Camerún, República Centroafricana, Costa de Marfil, Djibouti, Egipto, Eritrea, Etiopía, Gambia, Ghana, Guinea-Bissau, Kenia, Liberia, Mali, Mauritania, Níger, Nigeria, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Togo, Uganda y Tanzania, desde el 2011 al 2016.

Los países africanos de donde procedían las niñas se clasificaron según la región geográfica a la que pertenecen en:

Norte-Central: Camerún, República Centroafricana, Egipto y Sudán.

Oeste: Benín, Burkina Faso, Costa de Marfil, Gambia, Ghana, Guinea-Bissau, Liberia, Mali, Mauritania, Níger, Nigeria, Senegal, Sierra Leona y Togo.

Este: Djibouti, Eritrea, Etiopía, Kenia, Somalia, Uganda y Tanzania.

Y se tuvieron en cuenta dos posibles tipos de escenarios de riesgo de mutilación: Uno donde se supone que la prevalencia de la mutilación genital femenina para los migrantes de primera generación es la misma que en su país de nacimiento y para los migrantes de segunda generación la prevalencia de la mutilación genital femenina es la misma que en el país de sus padres (practicantes de la mutilación genital femenina) nacimiento (es decir, la migración y aculturación de las niñas dentro del Estado miembro de la UE no afecta su riesgo de mutilación genital femenina); por tanto, lo denominaremos como *Alto*.

Y otro donde se supone que la prevalencia de la mutilación genital femenina es la misma que en su país de nacimiento para los migrantes de primera generación,

pero se reduce a la mitad de la prevalencia en su país de nacimiento para los migrantes de segunda generación; el cual denominaremos como *Bajo*.

ANÁLISIS ESTADÍSTICOS

Se realizó un análisis descriptivo y exploratorio mediante tablas de contingencia para analizar la relación entre las diferentes variables cualitativas de estudio.

Para analizar la relación entre los países africanos de origen de las jóvenes con los países de destino europeos se realizó un análisis multivariante denominado análisis factorial de correspondencias simple (Benzécri, 1973). Esta técnica estadística presenta de manera gráfica las relaciones de dependencia existentes entre las distintas categorías de las variables a partir de la información proporcionada por sus tablas de frecuencias cruzadas. La interpretación se realiza mediante distancias entre los puntos, entendiendo que mayor proximidad indica asociación; es decir, cuando dos categorías muestran asociación positiva aparecen en el gráfico como puntos muy próximos. Asimismo, dado que los datos no siguen la distribución normal se utilizó el test de Kruskal-Wallis para el estudio de las posibles diferencias entre grupos.

RESULTADOS

La Tabla 1 presenta la cantidad de niñas migrantes de 0 a 18 años procedentes de los países africanos analizados que practican la mutilación genital femenina agrupados por regiones geográficas, desde 2011 al 2016. La mayoría de las migraciones se producen del oeste africano, mientras que la zona que muestra menos jóvenes emigrantes es el este de África.

TABLA 1. Tabla de contingencia de niñas africanas con mutilación genital por región y años

Región	Años						Total
	2011	2012	2013	2014	2015	2016	
Norte-Central	20818	18410	18608	34630	21628	22613	136707
Oeste	78809	49894	42252	210737	49187	61705	492584
Este	9675	6810	4852	12719	5234	7666	46956
Total	109302	75114	65712	258086	76049	91984	676247

Chi-cuadrado = 20006,667; g.l.= 10; p-valor < 0,001

Fuente: Elaboración propia

En las tres regiones africanas (Norte-Central, Oeste y Este) aparece un incremento de la frecuencia de niñas migrantes en riesgo de mutilación genital en 2014. Este hecho se puede observar en la Figura 1 de manera individual en cada país africano analizado.

Evolución de niñas migrantes de países africanos donde practican la mutilación genital femenina

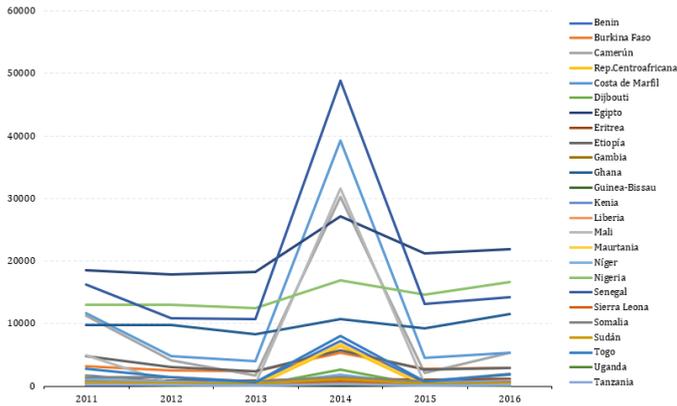


FIGURA 1. Fuente: Elaboración propia.

La Tabla 2 expone la distribución de las niñas procedentes de tres regiones geográficas africanas donde se practica la mutilación genital femenina, en los distintos países europeos a los que han acudido (Bélgica, Chipre, Grecia, Francia e Italia). Se observa que Italia y Francia son los países europeos que más niñas reciben a lo largo de los últimos años, mientras que Chipre es el que menos chicas acoge.

TABLA 2. Tabla de contingencia de niñas con mutilación genital por región y país europeo

Región	País Europeo					Total
	BÉLGICA	CHIPRE	GRECIA	FRANCIA	ITALIA	
Norte-Central	2129	411	8424	17468	108274	136706
Oeste	31002	125	1337	196404	263716	492584
Este	5859	56	669	11243	29129	46956
Total	38990	592	10430	225115	401119	676246

Chi-cuadrado = 69958,874; g.l.= 8; p-valor < 0,001

Fuente: Elaboración propia

TABLA 3. Tabla de correspondencias de niñas con mutilación genital por países de procedencia y destino

País Africano	País Europeo					<i>Margen activo</i>
	BÉLGICA	CHIPRE	GRECIA	FRANCIA	ITALIA	
Benín	510	0	4	7799	3052	11365
Burkina Faso	552	0	0	3582	14947	19081
Camerún	7953	49	40	35682	11119	54843
Rep.Centroafricana	143	6	0	7866	254	8269
Costa de Marfil	2214	0	4	42114	25266	69598
Djibouti	530	0	0	3344	202	4076
Egipto	1421	351	8322	8566	106307	124967
Eritrea	246	1	25	268	5637	6178
Etiopía	1299	20	394	5532	14447	21692
Gambia	318	0	11	1201	931	2460
Ghana	5517	11	325	2204	51248	59306
Guinea-Bissau	59	0	0	1742	770	2571
Kenia	662	14	151	770	3178	4776
Liberia	507	1	0	307	721	1536
Mali	470	0	0	35873	1972	38315
Mauritania	797	0	0	7451	1047	9295
Níger	1729	1	3	2024	1335	5092
Nigeria	4614	58	849	3956	77197	86674
Senegal	2154	1	14	43181	68565	113915
Sierra Leona	1003	4	87	660	1185	2939
Somalia	2482	15	0	959	4326	7782
Sudán	565	54	102	1036	1713	3470
Togo	2605	0	0	8628	4362	15595
Uganda	312	1	41	165	601	1120
Tanzania	328	5	56	205	738	1332
<i>Margen activo</i>	38990	592	10430	225115	401119	676246

Chi-cuadrado = 339316,266; g.l.= 96; p-valor < 0,001

Fuente: Elaboración propia

De una manera más detallada, la Tabla 3 presenta la cantidad de niñas teniendo en cuenta su país africano de origen y su país europeo de acogida. Egipto y Senegal

son los lugares con mayor número de niñas migrantes en la Unión Europea, seguidos de Nigeria y Costa de Marfil. Sin embargo, Libia, Tanzania y Uganda son los que menos jóvenes trasladan a países europeos.

El valor del ji-cuadrado es 339313,44 con un p-valor asociado inferior al nivel de significación fijado ($\alpha = 0,05$), poniendo de manifiesto que las variables de los países africanos de origen con los países de destino europeos se encuentran relacionados.

La Figura 2 expone que desde 2011 a 2016, las jóvenes de Tanzania, Uganda, Somalia, Sierra Leona, Liberia y Níger que han podido sufrir mutilación genital femenina suelen emigrar a Bélgica. Sin embargo, las niñas procedentes de Mali, Benín, Mauritania, Djibouti, República Centroafricana, Costa de Marfil, Senegal, Guinea-Bissau y Camerún migran principalmente a Francia. Por otro lado, las chicas cuyo país de origen es Ghana, Eritrea o Burkina Faso suelen emigrar a Chipre o Italia.

Gráfico factorial de niñas migrantes por países

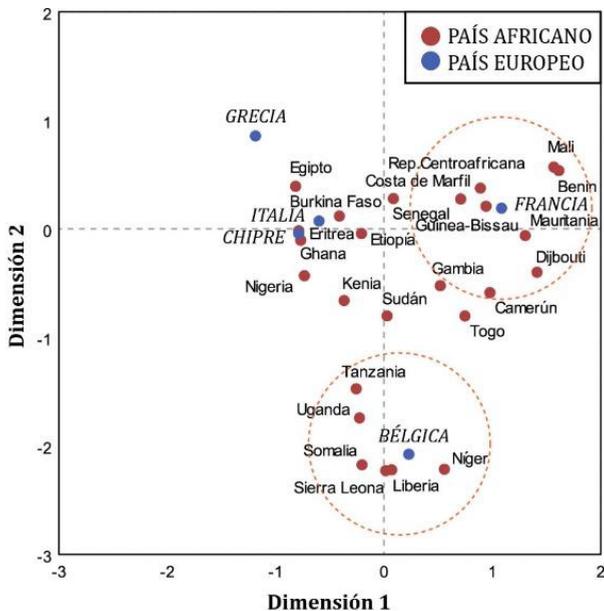


FIGURA 2. Fuente: Elaboración propia

Por último, teniendo en cuenta las regiones africanas (norte-central, oeste, oeste) donde se sitúan los países que realizan ablaciones y de los que proceden las jóvenes, se contemplaron diferencias significativas entre las niñas con escenarios

de alto y bajo riesgo de mutilación (Kruskal-Wallis = 23,689 y p-valor < 0,001; Kruskal-Wallis = 25,444 y p-valor < 0,001, respectivamente). Y se apreciaron diferencias significativas entre los distintos países europeos que acogen a las niñas (Kruskal-Wallis = 150,713 y p-valor < 0,001), las jóvenes en un escenario de bajo riesgo (Kruskal-Wallis = 64,511 y p-valor < 0,001) y en uno de alto riesgo (Kruskal-Wallis = 68,782 y p-valor < 0,001).

CONCLUSIONES

La mayoría de las niñas de 0 a 18 años en riesgo de mutilación genital femenina migran desde el oeste africano a la Unión Europea, pudiendo ser debido a las características culturales y económicas de la región. Además, se aprecia un incremento de la frecuencia de jóvenes migrantes en riesgo de ablación genital en 2014, aunque en general, se puede observar de 2011 a 2016 una disminución en la cantidad de niñas migrantes con estos rasgos.

Italia y Francia son los países europeos que más niñas han recibido a lo largo de los últimos años, mientras que Chipre es el que menos chicas acoge. Egipto y Senegal son los lugares con mayor número de jóvenes migrantes en la Unión Europea, seguidos de Nigeria y Costa de Marfil. Sin embargo, Libia, Tanzania y Uganda son los que menos chicas trasladan a países europeos. Estos resultados pueden ser consecuencia no sólo de la cultura de estos lugares, sino de las políticas aplicadas en ellos.

Las jóvenes de Tanzania, Uganda, Somalia, Sierra Leona, Liberia y Níger que han podido sufrir mutilación genital femenina suelen emigrar a Bélgica. Pero las niñas procedentes de Mali, Benín, Mauritania, Djibouti, República Centroafricana, Costa de Marfil, Senegal, Guinea-Bissau y Camerún migran principalmente a Francia. Y las chicas cuyo país de origen es Ghana, Eritrea o Burkina Faso suelen emigrar a Chipre o Italia. Por último, con escenarios de alto y bajo riesgo de mutilación se observaron diferencias según región de origen y país europeo de destino.

En definitiva, aunque los números nos han transmitido mucha información acerca de las niñas en riesgo de mutilación genital femenina que migraron a la Unión Europea desde países africanos, estas cifras van disminuyendo, pudiendo reflejar cambios en los lugares donde se practican este tipo de ablaciones. No obstante, es necesario seguir luchando y estudiando este tema.

REFERENCIAS

ARRIBA GONZÁLEZ, Y. D. (2010). Mutilación genital femenina: una forma de violencia contra la mujer socialmente aceptada.

- BLEDSE, C., HOULER R., & SOW P. (2005). High fertility and the policies of selection among Gambian immigrants in rural Spain, en *MPIDREAPS Workshop, Anthropological Demography of Europe*. Rostock: Alemania.
- CARRUYO, E. U., & SALCEDO, R. D. (2014). Mutilación genital en niñas: dolor, tristeza y sufrimiento en ellas. *Revista Mexicana de Pediatría*, 81(4), 154-160.
- CRAFT, N. (1997). Women's health: Life span: conception to adolescence. *BMJ*, 315(7117), 1227-1230.
- DORKENOO, E. (1994). *Cutting the rose: female genital mutilation: the practice and its prevention*. London: Minority Rights Group.
- EL-DEFRAWI, M. H., LOTFY, G., DANDASH, K. F., REFAAT, A. H., & EYADA, M. (2001). Female genital mutilation and its psychosexual impact. *Journal of sex & marital therapy*, 27(5), 465-473.
- ESCALONA, N. M. (2011). Mutilación genital femenina y violencia de género. In *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía* (pp. 2179-2190). Instituto de Migraciones.
- GALLEGO, M. A., & LÓPEZ, M. I. (2010). Mutilación genital femenina: Revisión y aspectos de interés médico legal. *Cuadernos de medicina forense*, 16(3), 145-151.
- GARCÍA, E. M., PORCEL, M. D. C. O., CANO, M. D. P., BENÍTEZ, M. D. H., PRIETO, C. A., & REQUENA, R. O. (2011). Educación sanitaria sobre mutilación genital femenina para profesionales de la salud. In *Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía* (pp. 2195-2199). Instituto de Migraciones.
- HERMIDA DE LLANO, C. (2017). La mutilación genital femenina desde la perspectiva jurídica española. *Bajo Palabra. Revista de Filosofía II Época*, 15, 47-66.
- JÄGER, F., SCHULZEB, S. and HOHLFELDA, P. (2002). Female genital mutilation in Switzerland: a survey among gynaecologists. *Swiss Med WKLY*, 132, 259-264.
- JIMÉNEZ GARCÍA, Á., & GRANADOS BOLÍVAR, M. E. (2016). Impacto bio-psicológico en mujeres sometidas a mutilación genital. *Ene*, 10(1), 0-0.
- JIMÉNEZ-RUIZ, I., MARTÍNEZ, P. A., & BRAVO, M. D. M. P. (2016). Percepciones de los hombres sobre las complicaciones asociadas a la mutilación genital femenina. *Gaceta Sanitaria*, 30(4), 258-264.
- KAPLAN A. (2002): Mutilaciones Genitales Femeninas: entre los derechos humanos y el derecho a la identidad étnica y de género, en *DE LUCAS, J.: Multiculturalidad y Justicia. Cuadernos de Derecho Judicial. Consejo General del Poder Judicial*, Madrid.
- KAPLAN MARCUSAN, A., TORÁN MONSERRAT, P., BERMÚDEZ ANDERSON, K., & CASTANY FÁBREGAS, M. J. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales [monografía en Internet]. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona.
- LITTLE, C. M. (2003). Female genital circumcision: medical and cultural considerations. *Journal of cultural diversity*, 10(1), 30-34.
- LUCAS, B. (2008). Aproximación antropológica a la práctica de la ablación o mutilación genital femenina. *Cuadernos electrónicos de filosofía del derecho*, (17), 4.
- MARCUSAN, A. K., MONSERRAT, P. T., ANDERSON, K. B., & FÁBREGAS, M. J. C. (2006). Las mutilaciones genitales femeninas en España: posibilidades de prevención desde los

- ámbitos de la atención primaria de salud, la educación y los servicios sociales *Migraciones. Publicación del Instituto Universitario de Estudios sobre Migraciones*, (19), 189-217.
- MORISON, L., SCHERF, C., EKPO, G., PAINE, K., WEST, B., COLEMAN, R., & WALRAVEN, G. (2001). The long-term reproductive health consequences of female genital cutting in rural Gambia: a community-based survey. *Tropical Medicine & International Health*, 6(8), 643-653.
- TOUBIA, N. (1994). Female circumcision as a public health issue. *New England Journal of Medicine*, 331(11), 712-716.
- UNICEF (2005) Female genital mutilation/female genital cutting: a statistical report. New York: UNICEF
- UNICEF (2005). Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina. *Bernard & Co, Siena, Italia*.