

Mutilación genital femenina y sus complicaciones a largo plazo

Female genital mutilation and its long-term complications

Yusimy Luján Risco,¹ Pablo Ricardo Betancourt Álvarez

- I. Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Hospital Provincial Docente “Manuel Ascunce Domench”. Carretera Central Oeste, Km 4½, Camagüey, Cuba. C.P. 70700. yusimylr@yahoo.com
- II. Máster en Enfermedades Infecciosas. Especialista de I Grado en Medicina General Integral y Bioquímica Clínica. Profesor Instructor. Universidad de Ciencias Médicas “Carlos J. Finlay”. Carretera Central Oeste, Km 4½, Camagüey, Cuba. C.P. 70100. pabloricardoba@gmail.com

RESUMEN

Introducción: La ablación o mutilación genital femenina incluye una amplia variedad de prácticas que suponen la extirpación total o parcial de los genitales externos o su alteración por razones que no son de índole médica. Causa daños irreversibles y pone en peligro la salud, e incluso la vida de la mujer o niña afectada.

Objetivo: Caracterizar la mutilación genital femenina y sus complicaciones a largo plazo en la comunidad de Fajikunda, Gambia, entre marzo y septiembre de 2012.

Método: Se realizó un estudio descriptivo prospectivo a 117 mujeres que asistieron al centro de salud por cualquier motivo que requiriera examen ginecológico y se estudiaron las variables grupo de edades, tipo de mutilación, grupo étnico y complicaciones.

Resultados: Del total, 98 mujeres eran de 45 años de edad o menos; la clitoridectomía (tipo I) fue la práctica más frecuente; la inflamación pélvica crónica y el dolor en los genitales fueron las complicaciones a largo plazo que mayor asociación estadística demostraron con

relación a la mutilación. La anorgasmia presentó una alta incidencia en la población estudiada.

Conclusiones: La prevalencia de la mutilación genital femenina en Fajikunda es aproximadamente la misma que en Gambia, la tipo I es la más practicada y generalmente en jóvenes de la etnia Mandinga.

Palabras clave: circuncisión femenina, complicaciones, efecto a largo plazo.

ABSTRACT

Introduction: The ablation or female genital mutilation includes a wide variety of practices dealing with total or partial extirpation of the external genitalia or its alterations for reasons other than of medical nature. It causes irreversible damages and puts in danger the health or even the life of the woman or child involved.

Objective: The aim of the present study is to characterize female genital mutilation and its long-term complications in Fajikunda community, Gambia, between March and September 2012.

Method: A descriptive prospective study was performed to 117 women that attended the health unit for reasons requiring gynecological examination and the variables age group, mutilation type, ethnic group and complications were studied.

Results: Of the total, 98 women were 45 years old or less; the clitoridectomy (type I) was the most frequent practice; cronical pelvic and genital pains were the long-term complications that showed a major statistical association with relation to mutilation.

Conclusions: The prevalence of female genital mutilation in Fajikunda is approximately the same as in Gambia, the type I is the most performed and generally within young women belonging to Mandinga ethnic group.

Keywords: female circumcision, complications, long-term effect.

INTRODUCCIÓN

La ablación o mutilación genital femenina (MGF) es una realidad escasamente conocida en Cuba. El trabajo que viene realizando la Revolución en materia de Cooperación al Desarrollo en los países de Asia y África, fundamentalmente en el sector de la salud, ha puesto a los profesionales de este sector de cara a esta práctica compleja, que involucra factores médico-legales, socio-culturales, políticos y religiosos, por solo citar algunos.

Desde 2003, el 6 de febrero es el Día Mundial de Tolerancia Cero contra la Mutilación Genital Femenina, considerada un grave ataque a la integridad física y moral del ser humano, perjudicial para su salud, y una violación de los derechos de las mujeres y niñas.

A pesar de su condena reiterada por parte de distintas organizaciones internacionales, su prohibición legal en muchos estados y la puesta en marcha de acciones para intentar erradicarla, esta práctica se mantiene. Para ser capaces de prevenir, diagnosticar, tratar e intentar rehabilitar sus consecuencias orgánicas y psicológicas, es necesario conocerla y entenderla.

No se sabe con seguridad cuándo y cómo comenzó. Se supone que nació en Egipto hace unos 4000 años, lo que queda avalado por algunas momias encontradas con este tipo de intervención realizada, y se fue extendiendo por las sociedades tribales de muchos países africanos.¹⁻³

La práctica varía mucho de un país a otro. En general, suele realizarse en niñas de 4 a 12 años, pero en algunas culturas se practica un par de días después del nacimiento, y en otros, antes del matrimonio o después del primer embarazo.⁴

Sin embargo, según la UNICEF, la edad media a la que las niñas son sometidas a la A/MGF está descendiendo en algunos países. Se atribuye a una posible consecuencia de la adopción de legislaciones nacionales que la prohíben, lo que ha animado a las familias a realizar su práctica a una edad más temprana, para que sea más fácil ocultarlo ante las autoridades.^{5,6}

La misma incluye “una amplia variedad de prácticas que suponen la extirpación total o parcial de los genitales externos o su alteración por razones que no son de índole médica”.⁷ Este procedimiento puede implicar el uso de herramientas no esterilizadas, improvisadas o rudimentarias.

La expresión mutilación genital femenina (MGF) consiguió un apoyo cada vez mayor a finales de los 70. La palabra mutilación no sólo establece una clara distinción lingüística con la

circuncisión masculina, sino que también, dadas sus connotaciones claramente negativas, subraya la gravedad del acto. En 1990 este término fue adaptado en la Tercera Conferencia del Comité Interafricano sobre prácticas tradicionales que afectan la salud de la mujer y el niño, celebrado en Addis Abeba.⁷⁻⁹

En 1991 la Organización Mundial de la Salud (OMS) recomendó a la Organización de Naciones Unidas (ONU) que adoptara esta terminología y desde entonces ha sido ampliamente utilizada en sus documentos.

En 1999, el Relator Especial de la ONU sobre Prácticas Tradicionales pidió tacto y paciencia en relación a las actividades en esta área en particular y llamó la atención sobre el riesgo de “endemoniar” a determinadas culturas, religiones y comunidades.² Como resultado, el término ablación se usa cada vez más para evitar la alienación de determinadas comunidades.

Según los cálculos de la OMS, entre 100 y 140 millones de mujeres y niñas del mundo han sido sometidas a alguna forma de A/MGF. Aunque resulta complicado calcular la cifra total, sí indica una violación de los derechos humanos a gran escala. Afecta a muchas más mujeres de lo que se creía previamente. Los análisis más recientes muestran que anualmente unos tres millones de niñas y mujeres son sometidas a algún tipo de ablación.¹⁰

La mayoría de las niñas y mujeres que se encuentran en situación de riesgo de ser sometidas a esta práctica viven en unos 28 países de África y Oriente Medio. En África, estos países forman un amplio grupo que se extiende desde Senegal, en el Oeste, hasta Somalia, en el Este. Se sabe que algunas comunidades de la costa del Mar Rojo en Yemen también la utilizan, y existe información, pero no pruebas claras, de una limitada incidencia en Jordania, Omán y los Territorios Palestinos Ocupados (Gaza), así como en algunas comunidades kurdas de Irak. También es realizada por algunas poblaciones de la India, Indonesia y Malasia.¹¹

Las justificaciones sugeridas ante su práctica son numerosas, y en sus contextos específicos, convincentes. Aunque estas justificaciones pueden variar entre comunidades, tienen una serie de temas comunes: asegura a la niña o la mujer un estatus, la posibilidad de casarse, castidad, salud, belleza y honra a su familia. En algunos casos se presenta como una convención positiva al destacar las ventajas de someterse a ella, mientras que en otros se centra en las consecuencias de no someterse a su práctica.¹²

Entre los Chagga de Arusha en Tanzania, la relación entre la A/MGF y el valor de las niñas es evidente, el precio de la novia es mucho mayor en el caso de que la niña haya sido sometida a la misma.

También se practica alegando que preserva la virginidad de la niña, lo que convierte la intervención en un prerrequisito para el matrimonio. En parte de Nigeria, por ejemplo, tiene el propósito de permitir a la futura suegra verificar la virginidad de la novia.¹³⁻¹⁵

Igualmente, a menudo se justifica que protege a las niñas de experimentar demasiados deseos sexuales y por lo tanto, ayuda a preservar su moralidad, castidad y fidelidad. Además, puede asociarse a la higiene corporal y a la belleza. Por ejemplo, en Somalia y Sudán, la infibulación se lleva a cabo con el expreso propósito de que las niñas sean físicamente limpias.

También hay razones religiosas que defienden la práctica. A menudo las comunidades que citan una motivación religiosa consideran la práctica un requisito para que la niña sea espiritualmente pura. Entre los Bambara de Mali, por ejemplo, la ablación se denomina Seli ji, que significa ablución o limpieza ceremonial.^{4,16}

Ninguna religión prescribe su realización. Sin embargo, esta no es la percepción general, al menos en lo referente al Islam. Aunque hay una rama teológica del Islam que la apoya, la del tipo sunna, el Corán no incluye ningún texto que exija la ablación de los órganos genitales externos de la mujer y está muy extendida la idea de que la práctica se daba entre las poblaciones sudanesas y nubias antes de la aparición del Islam.^{17,18} Además, la mayoría de los musulmanes del mundo no la practican. No hay evidencias en Arabia Saudita y tampoco en varios países musulmanes del norte de África, incluidos Argelia, Libia, Marruecos y Túnez.

Sean de índole religiosa, estética, higiénica o moral, las justificaciones dadas son mecanismos para mantener la convención social de someter a las niñas y mujeres a esta costumbre y contribuir a su perpetuación.

La información sobre la validez de estas justificaciones ayuda a cambiar las actitudes frente a la A/MGF, pero el cambio de actitud real y definitivo es más probable que resulte de la transformación de la propia convención social.¹⁹

La OMS identifica cuatro tipos de A/MGF, en función de la mayor o menor amplitud y las clasifica de la siguiente manera:

- I- Clitoridectomía: Eliminación del prepucio del clítoris, con o sin escisión parcial o total del clítoris.
- II- Escisión: Ablación del clítoris total o parcial de los labios menores, dejando los labios mayores intactos.
- III- Infibulación: Extirpación del clítoris, labios menores, labios mayores y sutura de ambos lados de la vulva. Se deja una pequeña abertura posterior para la evacuación de la orina y del flujo menstrual.
- IV- Prácticas de severidad variable sobre el área genital: *piercing*, *dry sex*, *stretching*, cauterización del clítoris. Cualquier otra práctica o manipulación del área genital realizada sin finalidad terapéutica.

Aunque el impacto en la salud depende de un conjunto de factores, alcance y tipo de ablación, habilidad de la persona que la realiza, tipo de herramienta (navaja, cuchillo, piedra afilada, trozo de crista), limpieza de las herramientas y del entorno, y estado físico de la mujer o niña, la A/MGF causa daños irreversibles y pone en peligro la salud, e incluso la vida, de la mujer o niña afectada.²⁰

En efecto, las consecuencias inmediatas más comunes son dolores intensos, ya que se suele practicar sin anestesia (o con medicinas locales como hierbas); las hemorragias, e incluso la muerte, a raíz de estas hemorragias.

A mediano y largo plazo, la mujer o niña puede padecer infecciones superficiales de la herida, o generales, e incluso contraer tétanos, hepatitis B o VIH, debido al uso de instrumentos no esterilizados o contaminados.

También puede padecer diversos trastornos renales, como retenciones de orina (causadas por el dolor, la inflamación y la infección), o en el caso de la infibulación, dificultades para orinar (la vejiga de una mujer infibulada puede tardar hasta 15 min en vaciarse), y trastornos menstruales (la menstruación puede ser más dolorosa y durar más). Además, puede sufrir complicaciones obstétricas (partos más largos, hemorragias importantes, más complicaciones y probabilidades de necesitar una cesárea ya que las cicatrices suelen obstaculizar la salida del bebé por el canal vaginal, y por tanto, el hijo tiene más probabilidades de morir en el período perinatal), y diversos problemas ginecológicos (infecciones del tracto vaginal por la obstrucción del flujo menstrual, infecciones en la pelvis,

quistes, fístulas), e incluso infertilidad. Por otra parte, los daños físicos asociados con el trauma pueden dificultar el disfrute de una vida sexual normal, al provocar dolores coitales, anorgasmia o frigidez, así como una limitación del placer sexual (ya que la mujer o niña ha sido privada de órganos sexualmente sensibles).^{20,21}

En cuanto a los efectos psicológicos, la pérdida de sangre, el dolor y el miedo pueden generar traumas importantes durante el acto y llegar al estado de shock médico, o provocar luego desórdenes psicológicos y psicosomáticos, tales como angustia, alteraciones en los hábitos alimentarios, el sueño y el humor, o cognición.^{3,8,18}

Además, se ha identificado un síndrome específico: *genitally focused anxiety-depression*, caracterizado por una constante preocupación por el estado de los genitales y el pánico a la infertilidad.⁷

Así, tiene consecuencias perjudiciales para la salud, tanto física como psíquica y sexual de la mujer o niña.

La A/MGF es común en África Occidental y practicada por varios de los principales grupos étnicos de Gambia.²²

En 1997 se implementó una campaña nacional para eliminar la mutilación genital en Gambia, pero ese mismo año el gobierno prohibió a la radio y televisión nacional transmitir materiales anti-A/MGF, aunque la prohibición se eliminó unos meses después.²³

En la actualidad las acciones son lideradas por organizaciones no gubernamentales dedicadas al estudio de prácticas tradicionales perjudiciales, salud reproductiva o violencia de género.

Ahora que Gambia se encuentra implementando su estrategia nacional de desarrollo, que incluye el cumplimiento de las metas del milenio, especialmente aquellas relacionadas con la Salud, se consideramos oportuno caracterizar la A/MGF y sus complicaciones a largo plazo en un contexto suburbano por su probable asociación con importantes indicadores de salud, como las tasas de mortalidad materna e infantil.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo prospectivo en 117 mujeres mayores de 15 años que acudieron al Centro de Salud de Fajikunda, por cualquier motivo, que requiriera un examen ginecológico en el período comprendido entre marzo y septiembre de 2012.

La recolección de la información se realizó con previa capacitación y entrenamiento llevada a cabo por miembros de la Organización No Gubernamental WASU KAFO-Gambia, a partir de la entrevista y el examen físico de las pacientes.

Las variables estudiadas fueron grupo de edades (19 o menos, 20 a 44 y 45 y más), grupo étnico (Mandinga, Wolof, Fula, Djola, Saraholes y Serer), tipo de A/MGF (I, II, III, o IV, según Clasificación de OMS de 1995) y complicaciones (absceso vulvar, inflamación pélvica crónica, secreción vaginal, disuria, retención urinaria, infección del tracto urinario, incontinencia urinaria, cicatriz queloidea, dolor genital, dismenorrea, anorgasmia, dispareunia y sangramiento postcoital).

Los datos fueron analizados utilizando programas estadísticos y los resultados expresados en tablas y gráficos, se utilizó el Chi cuadrado como medida de asociación de las variables cualitativas.

En el estudio se respetó el principio de voluntariedad y los registros de datos se realizaron de forma anónima y bajo rigurosa confidencialidad. Todas las participantes firmaron el modelo de consentimiento informado.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Del 117 mujeres que participaron en el estudio, 98 (83,7 %) eran de 45 años de edad o menos, probablemente relacionado con el nivel educacional más elevado de estos grupos en un ambiente urbano, que hace que las mismas se beneficien de las instituciones de salud en mayor medida que las de mayor edad, quienes generalmente resuelven sus problemas de salud, especialmente los que requieren examen ginecológico, a través de métodos tradicionales (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de pacientes según grupo de edades

Grupo de edades	No mutiladas		Tipo I		Tipo II		Tipo III		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
19 o menos	9	7.7	13	11.1	1	0.8	0	0	23	19.6
20 a 45	23	19.6	48	41	4	3.5	0	0	75	64.1
46 o más	3	2.6	14	12	2	1.6	0	0	19	16.2
Total	35	29.9	75	64.1	7	5.9	0	0	117	100

La prevalencia de la A/MGF en cualquiera de sus tipos fue del 70 %, cifra que concuerda con la obtenida por Singhateh,²⁴ quien estima que entre el 60 y el 90 % de todas las mujeres gambianas han sufrido algún tipo de mutilación genital.

La clitoridectomía (tipo I) fue la más frecuente (64.1%), aunque algunos autores^{7,24} señalan que la escisión (Tipo II) es la modalidad más frecuente en Gambia.

Con respecto a la distribución de pacientes según grupo étnico, se destacan los Mandingas (40,2 %), seguidos por los Wolof (15,4 %) y los Fula (7,7 %), que representan los grupos más numerosos dentro de la población gambiana (Tabla 2).

Tabla 2. Distribución de pacientes según grupo étnico

Grupo étnico	No mutiladas		Tipo I		Tipo II		Tipo III		Total	
	No	%	No	%	No	%	No	%	No	%
Mandinga	5	4.3	41	35	6	5.2	0	0	52	44.5
Wolof	19	16.2	17	14.6	1	0.8	0	0	37	31.6
Fula	1	0.8	9	7.7	0	0	0	0	10	8.5
Djola	3	2.6	1	0.8	0	0	0	0	4	3.4
Serer	2	1.7	0	0	0	0	0	0	2	1.7
Saraholes	5	4.3	7	6	0	0	0	0	12	10.3
Total	35	29.9	75	64.1	7	6	0	0	117	100

Los Wolofs, Akus, Sereres y Manjandos (juntos 16% de la población) generalmente no practican ninguna de esas formas. Sin embargo, si una mujer se casa con un miembro de otro grupo étnico que realiza esas prácticas, ella puede ser forzada a aceptar el procedimiento, previo al matrimonio.²³

Con respecto a las complicaciones a largo plazo este estudio mostró que la inflamación pélvica crónica y el dolor en los genitales fueron las complicaciones que mayor asociación estadística demostraron ($p=0.0001$ y $p=0.0013$, respectivamente) (Tabla 3).

Tabla 3. Relación entre A/MFG y complicaciones a largo plazo

Complicaciones	A/MFG		No A/MFG		p
	No.	%	No.	%	
Absceso vulvar	6	7.31	1	2.9	ns
Inflamación pélvica crónica	39	47.6	3	8.6	0.0001
Secreción vaginal	47	57.3	19	54.3	ns
Disuria	16	19.5	7	20	ns
Retención urinaria	1	1.22	0	0	ns
Infección del tracto urinario	19	23.2	5	14.3	ns
Incontinencia urinaria	2	2.44	0	0	ns
Cicatriz queloidea	3	3.66	0	0	ns
Dolor en los genitales	46	56.1	9	25.7	0.0013
Dismenorrea	13	15.8	3	8.6	ns
Anorgasmia	57	69.5	29	82.9	0.0680
Dispareunia	39	47.6	11	31.4	0.0544
Sangramiento postcoital	6	7.32	0	0	0.0518

Estos resultados se corresponden con Kaplan *et al*²⁵ quienes encontraron que las infecciones asociadas a hemorragias y anemia fueron las complicaciones más frecuentes a largo plazo, como resultado de cualquiera de las formas de mutilación, incluyendo la tipo I, supuestamente menos invasiva.

Llama la atención la alta prevalencia de anorgasmia en las mujeres gambianas, tanto en las mutiladas como en las no mutiladas, probablemente relacionados con la limitada educación

sexual, los tabúes religiosos, el matrimonio polígamo y las costumbres sociales relacionadas con la selección de pareja.

Este estudio sugiere que la A/MGF se mantiene vigente en la sociedad gambiana actual, e incluso la modalidad considerada menos invasiva está relacionada con graves complicaciones médicas. Su erradicación requiere una aproximación multisectorial, se debe respetar el valor de las tradiciones culturales, pero también aportar argumentos que demuestren la barbarie a la que son sometidas sus víctimas.

CONCLUSIONES

La prevalencia de la A/MGF en Fajikunda es aproximadamente la misma que en toda Gambia, la Tipo I continúa siendo la más practicada, generalmente en mujeres jóvenes de la etnia Mandinga. La inflamación pélvica crónica y el dolor en los genitales fueron las complicaciones que mayor asociación estadística mostraron en cualquier tipo de modalidad. La anorgasmia mostró una alta prevalencia en la población estudiada.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Muñoz AD. La mutilación genital femenina y sus posibles soluciones desde la perspectiva del derecho internacional privado. Córdoba: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Córdoba; 2003.
2. Osifo DO, Evbuomwan I. Female genital mutilation among Edo people: the complications and pattern of presentation at a Pediatric Surgery Unit, Benin City. *Afr J Reprod Health*. 2009;13(1):17–25.
3. Kaplan Marcusan A, Hechavarría S, Martín M, Bonhoure I. Health consequences of female genital mutilation/cutting in the Gambia, evidence into Action. *Reprod Health*. 2011;8:26.
4. Rahman A, Toubia N, Female Genital Mutilation. A guide to laws and policies worldwide. Londres: Zedbook; 2000.
5. Fondo de Naciones Unidas para la Infancia. Cambiar una convención social perjudicial: la ablación o mutilación genital femenina. Florencia: UNICEF; 2005.

6. Sipsma HL, Chen PG, Ofori-Atta A, Ilozumba UO, Karfo K, Bradley EH. Female genital cutting: current practices and beliefs in Western Africa. *Bull World Health Organ*. 2012;90(2):120-7.
7. Shell-Duncan B, Hernlund Y, editors. *Female circumcision in Africa: Culture, Controversy, and Change*. Londres: Lynne Rienner Publisher; 2000.
8. Mitike G, Deressa WD. Prevalence and associated factors of female genital mutilation among Somali refugees in eastern Ethiopia. *BMC Public Health*. 2009;9: 264.
9. Karmaker B, Kandala NB, Chung D, Clarke A. Factors associated with female genital mutilation in Burkina Faso and its policy implications. *Int J Equity Health*. 2011;10:20.
10. Warzazi HE. Tercer informe sobre la evolución de la situación relativa a la eliminación de las prácticas tradicionales que afectan a la salud de las mujeres y las niñas. Ginebra: Comisión de Derechos Humanos. Subcomisión de Prevención de Discriminaciones y Protección a las Minorías; 1999.
11. World Health Organization. *Female Genital Mutilation*. Fact sheet no. 241. Geneva: WHO; 2000.
12. Amnistía Internacional. Declaración de principios. Section 1: What is Female Genital Mutilation? ; 2009 [cited 2013 Mar 11]. Available from: <http://www.amnesty.org/ailib/intcam/femgen/fgm1.htm>
13. World Health Organization. *FGM, integrating the Prevention and Management of the Health Complications into the Curricula of Nursing and Midwifery: A Teacher's Guide*. Geneva: WHO; 2001.
14. Abdulcadir J, Margairazb C, Boulvaina M, Olivier Irion O. Care of women with female genital mutilation/cutting. *SMW [Internet]*. 2011 [cited 2013 Apr 15];140:1-8. Available from: http://www.smw.ch/scripts/stream_pdf.php?doi=smw-2011-13137
15. Johnsdotter S. The FGM Legislation implemented: experiences from Sweden [Internet]. Malmö: Malmö University; 2009 [cited 2013 Jun 15]. Available from: <http://www.uv.es/cefd/17/Johnsdotter.pdf>
16. Dorkenoo E, Elworthy S. *Female genital mutilation: proposals for change*. London: Minority Rights Group; 1992.
17. Pasquinelli C. *Anthropology of Female Genital Mutilation in Legal Tools for the Prevention of Female Genital Mutilation*. London: Zedbook; 2004.
18. Khaja K, Barkdull C, Augustine M, Cunningham D. Female genital cutting. African women speak out. *Int Social Work*. 2009;52:727-41.

19. Abdulcadir J. Missed opportunities for diagnosis of female genital mutilation. *Int J Gynaecol Obstet*. 2014;125(3):256-60.
20. Johnsdotter S. Somali Woman in Western Exile: Reassessing Female Circumcision in the Light of Islamic Teachings. *J Muslim Min Affairs*. 2003;23(2):361-73.
21. European Union. International Women's Day: Zero tolerance for female genital mutilation [press release]. Brussels: European Commission; 2013.
22. Kaplan A. Mutilaciones genitales femeninas: entre los derechos humanos y el derecho a la identidad étnica y de género. En: Lucas J de, editor. *Multiculturalidad y justicia*. Cuadernos de Derecho Judicial. Madrid: Consejo General del Poder Judicial; 2002.
23. Berg RC, Denison E. A tradition in transition: Factors Perpetuating and Hindering the Continuance of Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) Summarized in a Systematic Review. *Health Care Women Int*. 2013;34(10):837-59.
24. Singhatheh SK. Female Circumcision, the Gambian Experience: A Study on the Social, Economic and Health Implications. Banjul: The Gambia Women's Bureau; 1985.
25. Kaplan-Marcusán A, Torán-Montserrat P, Moreno-Navarro J, Castany Fábregas MJ, Muñoz-Ortiz L. Perception of primary health professionals about Female Genital Mutilation: from healthcare to intercultural competence. *BMC Health Services Research* [Internet]. 2009 [cited 2013 Jun 16];9:11. Available from: <http://www.biomedcentral.com/1472-6963/9/11>

Recibido: 14/04/2014

Aprobado: 18/09/2014

Yusimy Luján Risco. Máster en Atención Integral al Niño. Especialista de I Grado en Medicina General Integral. Profesor Instructor. Hospital Provincial Docente "Manuel Ascunce Domench". Carretera Central Oeste, Km 4½, Camagüey, Cuba. C.P. 70700.
yusimylr@yahoo.com