

¿DEBE ABORDAR LA TERAPIA OCUPACIONAL LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA?*

SHOULD OCCUPATIONAL THERAPY TACKLE FEMALE GENITAL MUTILATION?

Recibido: 6/10/2017

Aceptado: 15/12/2017

ARTÍCULO DE REVISIÓN

M^a Teresa Gil Ruiz. Doctora en Medicina y Cirugía. Profesora Asociada de la Facultad de Terapia Ocupacional de Talavera de la Reina. Universidad de Castilla La Mancha. mariaateresa.gil@uclm.es

Jorge Gómez Díaz. Grado en Terapia Ocupacional. Facultad de Terapia Ocupacional, Logopedia y Enfermería. Talavera de la Reina. Universidad de Castilla La Mancha. gomez.jorge8@gmail.com

M^a Inmaculada Gil Ruiz. Enfermera y Experta en Estudios de Género y Acción Social para la Igualdad y atención a la Mujer. Profesora Colaboradora en el Máster Universitario de Dependencia e Igualdad en la Autonomía Personal. Universidad de Jaén. macugilruiz@gmail.com

* Este trabajo se enmarca en el Proyecto de Investigación I+D+I Orientado a los retos de la Sociedad, DER2014-57244-R del Ministerio de Economía y Competitividad (ESPAÑA), titulado Carencias y alternativas jurídico-políticas al tratamiento de las violencias de género: formación e investigación en Derecho antidiscriminatorio. Responsable principal: Juana María Gil Ruiz.

Resumen:

El aumento de casos de mutilación genital femenina en España obliga a revisar el grado de formación y compromiso de las y los profesionales sanitarios para abordar, con las suficientes garantías, dichas situaciones traumáticas y violentas para las mujeres que la padecen. Para ello, se analizará el fenómeno de la mutilación genital femenina (MGF) en España, así como el papel que las y los profesionales de la Terapia Ocupacional, dentro del equipo multidisciplinar, podrían desempeñar en la asistencia de este colectivo de mujeres, especialmente vulnerables, que requiere de una atención sanitaria urgente y de calidad. Apostar por una mejor formación, desde una perspectiva de género debidamente aprehendida, justificaría su más que necesaria cabida en el equipo multidisciplinar de atención sanitaria, y repercutiría en la prevención y detección de estos casos de mutilación, y en su consecuente seguimiento y minimización de los daños generados.

Abstract:

The increasing number of cases of female genital mutilation in Spain forces us to

review the level of training and commitment of health professionals to meet the needs of women suffering these traumatic and violent situations with sufficient guarantees. For this reason, this article analyses the phenomenon of genital mutilation (FGM) in Spain, as well as the role that Occupational Therapy professionals within the multidisciplinary team could play in assisting this group of especially vulnerable women, who require high-quality emergency care. Relying on better training, from a properly understood gender perspective would justify its much-needed space in the multidisciplinary health care team, and would assist in the prevention and detection of these cases of mutilation, and their consistent monitoring and minimizing the damage caused.

Palabras clave (keywords):

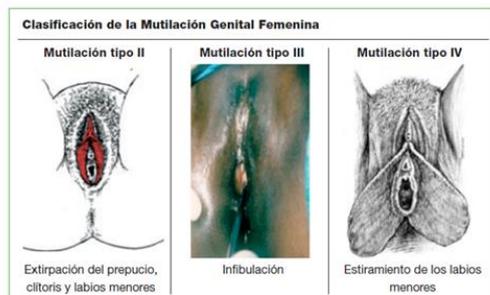
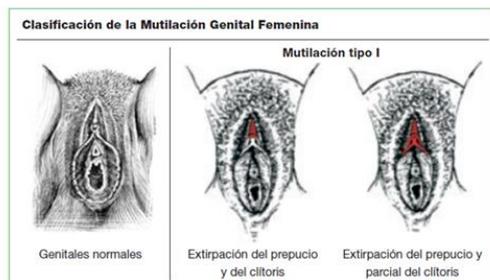
DeCS: Circuncisión Femenina. Conocimientos, actitudes y prácticas en salud. Terapia Ocupacional. Violencia contra la mujer.

MeSH: Circumcision, Female. Domestic Violence. Health knowledge, attitudes, practice. Occupational Therapy.

Introducción

La mutilación genital femenina (MGF) según la Organización Mundial De la Salud (OMS) (1) comprende todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos, atentando contra la salud de la mujer, provocando problemas físicos, psicológicos, sociales y ocupacionales como la actividad sexual y participación social. La OMS distingue entre cuatro tipos de MGF en base a la severidad de la intervención practicada:

1. Tipo I o Clitoridectomía: Consiste en la eliminación del prepucio del clítoris, con o sin escisión parcial o total de éste.
2. Tipo II o Escisión: Ablación del clítoris, total o parcialmente, y de los labios menores, dejando los labios mayores intactos.
3. Tipo III o Infibulación: Es la forma más severa de mutilación en la que el clítoris, los labios menores y los labios mayores son extirpados, suturándose ambos lados de la vulva. Se deja un pequeño orificio que permite la salida de la orina y la sangre menstrual.
4. Tipo IV: Incluye diversas prácticas, de severidad variable, sobre el área genital y sin finalidad terapéutica como piercing o estiramiento de labios.



Obtenido Protocolo común de actuaciones sanitaria ante la mutilación genital femenina. Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2015

Existen varias razones por las que la práctica de la MGF se realiza. Entre ellas: costumbre y tradición, sociológicas, higiénicas y estéticas, reproductoras o psicosexuales como fomento de la castidad y control sexual (2, 3).

Marco jurídico.

La MGF es un tipo de violencia de género que incumple los derechos de las mujeres y las niñas que la sufren, llegando a convertirse en un desafío de los derechos humanos. En 1979, la Organización Mundial de la Salud (4) organizó un seminario en Jartum (Sudán), donde, por primera vez, se fijaron las pautas de las iniciativas internacionales sobre la MGF. En sus recomendaciones, se pedía la adopción de políticas nacionales claras, la creación de comisiones para coordinar las actividades de los distintos órganos oficiales, la aprobación de leyes y la organización de la educación pública y del trabajo con sectores específicos con la participación de profesionales de la salud y de curanderos tradicionales.

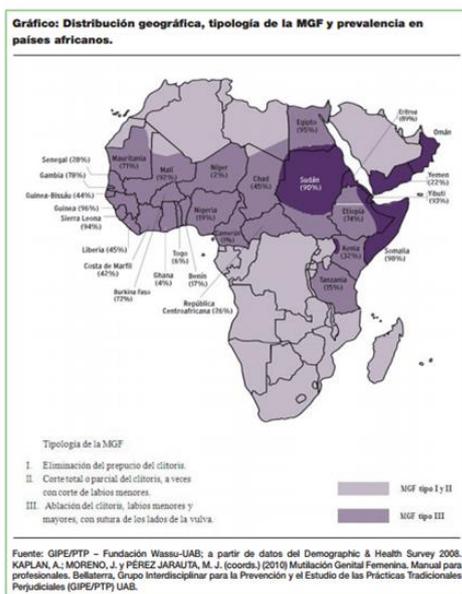
Pero no fue hasta el 20 de diciembre de 2012 cuando La Asamblea General de la Organización de las Naciones Unidas aprobó una resolución que condena la práctica de la MGF. Esta reclama a los estados miembros que prohíban y castiguen esta práctica alegando que se trata “de un abuso irreparable e irreversible que repercute negativamente en los derechos humanos de las mujeres” (5). Asimismo, califica esta práctica como “una grave amenaza para la salud de las mujeres y las niñas, incluida su salud mental, sexual y reproductiva y puede incrementar su vulnerabilidad al VIH y tener resultados adversos desde el punto de vista obstétrico y prenatal, así como consecuencias fatales para la madre y el recién nacido”(6).

En España, a lo largo de los últimos años, se han promovido reformas legislativas orientadas a promover la sanción y la persecución de la MGF, como el artículo 149.2 de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal (modificada por la Ley Orgánica 11/2003) que castiga la realización de esta práctica. Sin embargo, se ha podido constatar que muchas familias utilizan determinados momentos de retorno a sus países de origen para realizar la mutilación genital a sus hijas (7). Por este motivo, la jurisdicción española modificó su competencia para perseguir la práctica de la MGF fuera del territorio nacional, 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). A este hecho se añade la importancia del cumplimiento de la Ley Orgánica de Protección Jurídica del Menor, puesto que gran parte de esta práctica se realiza a mujeres jóvenes o niñas (4). Actualmente se llevan a cabo proyectos destinados a la mejora de formación sobre derecho antidiscriminatorio en titulaciones jurídicas (8) (9).

Demografía: Importancia de la MGF en el mundo y en España

Según Kaplan y López (10)(11) existen 125 millones de mujeres y niñas que han sufrido MGF en 29 países de Oriente Medio y África. En la mitad de estos países, la MGF tiene lugar antes de los cinco años de edad, y en el resto, esta práctica es realizada a niñas de entre 5 y 14 años. Resalta que el mayor porcentaje de incidencia en mutilación genital entre niñas y mujeres de 15 a 49 años se produce en los países de Somalia, Guinea, Djibouti y Egipto, presentando una prevalencia de 98%, 96%, 93%, 91% respectivamente.



En la actualidad, existe en nuestro país un gran número de personas inmigrantes de los países donde se lleva a cabo esta práctica, siendo Cataluña la comunidad autónoma con mayor población afectada (más de 70.000). Andalucía y Madrid le siguen con alrededor de 20.000, siendo esta última donde residen más mujeres y niñas.

En Castilla la Mancha hay 5.916 personas procedentes de países donde se practica la MGF, de ellos 1.512 son mujeres y 422 niñas entre 0-14 años. Kaplan y López (8)

han estudiado que existe un aumento de 2.386 personas procedentes de países con MGF entre las fechas de 2008 y 2012 en nuestra comunidad autónoma de Castilla La Mancha, provocando un crecimiento relativo de 67,60% en la población total, un 234,8% en mujeres y 167,1% en niñas entre 0-14 años, respectivamente. La población inmigrante de estos países con prácticas de MGF y por tanto susceptibles de sufrirla o en riesgo de padecerla, se ha doblado en tan solo cuatro años en Castilla La Mancha siendo las localidades de mayor acogida Azuqueca de Henares, Albacete y Guadalajara (10) (ver la siguiente figura).

	Nigeria	Mali	Senegal	Guinea	Camerún	Mauritania	Ghana	Otras	Total
Azuqueca de Henares	398	0	4	5	9	0	24	12	452
Albacete	7	28	62	11	4	6	0	25	143
Guadalajara	50	0	18	1	0	0	0	40	109
Recas	3	80	5	10	0	0	0	3	101
Ocaña	56	0	0	0	0	0	0	3	59
Yuncos	35	20	0	0	0	0	0	2	57
Illescas	43	1	0	0	0	0	1	6	51
Torrijos	26	0	1	0	9	0	0	0	36
Seseña	13	0	4	3	1	0	0	5	26
Alovera	24	0	0	0	0	0	0	1	25
Yebes	25	0	0	0	0	0	0	0	25
Cabañas de la Sagra	4	17	0	0	0	0	0	0	21
Lominchar	17	3	0	0	0	0	0	0	20
Toledo	4	3	3	0	0	0	0	9	19
Sigüenza	4	0	4	1	1	0	0	7	17
Talavera de la Reina	9	0	3	0	2	1	1	0	16
Camarena	10	0	0	1	0	0	0	2	13
Puertollano	5	0	2	3	0	1	1	1	13
Ciudad Real	4	0	0	2	0	0	0	6	12
Fuensalida	4	1	0	3	2	0	0	2	12
Cedillo del Condado	6	1	0	0	2	0	3	0	12
Numancia de la Sagra	8	1	0	0	0	0	0	2	11
Casares del Monte	7	0	0	3	0	0	0	0	10
Villalba de la Sagra	5	5	0	0	0	0	0	0	10
Yunquera Henares	4	0	3	0	0	0	0	3	10

Población de mujeres procedentes de países donde se realiza MGF en Castilla-la Mancha (fuente: padrón de población a 1 enero de 2012)

Gráfico: Población procedente de países donde se practica la MGF, según comunidad autónoma de residencia y sexo, 2000-2012

	Población total MGF	Diferencia 2012-2008	Crecimiento relativo (%)	Población femenina MGF	Diferencia 2012-2008	Crecimiento relativo (%)	Población femenina 0-14 MGF	Diferencia 2012-2008	Crecimiento relativo (%)
Cataluña	71115	12998	22,40	18122	5133	39,5	6182	1826	41,9
Andalucía	33533	11983	55,60	6197	2285	58,4	1501	612	68,8
Comunidad de Madrid	24788	532	2,10	7558	784	11,6	2059	779	60,9
Comunidad Valenciana	19882	2131	12,00	5135	948	22,6	1477	633	75
Aragón	12245	1869	18,00	3195	726	29,4	1074	258	31,6
Canarias	11250	978	9,50	3860	813	26,7	1000	342	59
País Vasco	11066	5564	101,10	2171	1861	142,1	818	544	198,5
Balears (Illes)	10165	2291	29,10	2921	975	50,1	937	477	103,7
Rugión de Murcia	7831	964	14,00	1399	397	39,6	403	211	109,9
Castilla-La Mancha	5916	2386	67,60	1512	868	134,8	422	264	167,1
Galicia	4159	1407	51,10	832	331	66,1	188	82	85,3
Comunidad Foral de Navarra	3589	832	30,20	1185	427	56,3	321	148	85,5

Situación actual: la MGF y la Terapia Ocupacional.

El abordaje sanitario de la MGF actúa sobre tres niveles. El primero es a través del análisis de mapas de riesgo para representar la situación actual, observar posibles cambios y obtener datos que proporcionen una mayor información a los profesionales. Un segundo nivel donde se buscan y se plantean estrategias claras para luchar con el fenómeno de la MGF, en donde se incluye la participación de equipos interdisciplinarios de profesionales hacia una correcta prevención, detección y seguimiento de casos. Por último, el tercer nivel corresponde a

la formación de profesionales sanitarios, siendo un componente de gran peso, ya que de este depende el adecuado desarrollo de las estrategias del anterior nivel (4).

La MGF es una realidad desconocida para los profesionales sanitarios (12) (13) que en ocasiones ignoran cómo enfrentarse a la situación sociocultural que rodea a mujeres y niñas afectadas encontrándose con una falta de capacitación clínica (14). A su vez, Martínez y cols. (15) exponen en su estudio las diferentes dificultades que presentan los profesionales sanitarios en el desarrollo de su práctica como son el desconocimiento del simbolismo cultural de la MGF y el abordaje transcultural, dilemas éticos, escasos recursos de asesoramiento profesional y necesidad de tiempo para abordar las situaciones complejas, además de la posible barrera idiomática; y argumentan que podrían solventarse a través de unas acciones eficaces dirigidas a la necesidad de tiempo, a la necesidad de formación, a un asesoramiento a través del intercambio de información y a una práctica sanitaria intercultural de los profesionales sanitarios, buscando una práctica efectiva y adaptada tanto para la correcta prevención como detección y seguimiento de la MGF (16).

La práctica de la MGF conlleva multitud de consecuencias físicas a nivel agudo como son hemorragia, dolor intolerable, infección de la herida, sepsis, gangrena, shock, y retención urinaria entre las más graves. También se producen consecuencias subagudas físicas como es el caso de la anemia, contagio de virus de hepatitis B, C y/o VIH, infecciones urinarias de repetición, abscesos y úlceras (17, 18).

No menos importantes son los problemas de salud mental asociados a largo plazo, perfectamente abordables desde la Terapia Ocupacional como: depresión, terrores nocturnos, limitaciones de participación social, sentimiento de confusión, de humillación, vergüenza, miedo a las relaciones sexuales o al parto, miedo al rechazo de su grupo social, alteraciones de roles y sentimientos de contradicción y culpa [17][18]. Al crecer, pueden experimentar sentimientos de pérdida de autoestima, depresión, ansiedad crónica, fobias, pánico e incluso alteraciones psicóticas (4).

Labrador (19), delegada española en la federación mundial de terapeutas ocupacionales (WFOT), señala que "las/los terapeutas ocupacionales poseen una formación

extensa que les proporciona las habilidades y conocimientos para trabajar con aquellos individuos o grupos de población que sufren la afectación de una estructura corporal o función debida a algún cambio de salud, y que por lo tanto hace que experimenten limitaciones en la participación". Es por ello, que la/el terapeuta ocupacional tiene cabida y debe participar activamente en el abordaje de la MGF, tanto en su prevención como en su detección, seguimiento y tratamiento de apoyo.

Algar y Romero (20) señala al terapeuta ocupacional como parte integrante de un equipo multidisciplinar que da asistencia, contribuye a la prevención y colabora con otros profesionales en la elaboración, diagnóstico y tratamiento de pacientes, restaurando su capacidad laboral, reajuste social e integración y comprobando la recuperación del paciente. Por ello, se hace necesario implicar al terapeuta ocupacional en todas aquellas actuaciones requeridas para que las mujeres mutiladas o en riesgo de sufrir una mutilación genital puedan satisfacer sus expectativas sanitarias en nuestras áreas sanitarias (21). De esta forma, las mujeres con MGF presentan necesidades o expectativas no cubiertas por el sistema sanitario español, como es el caso de la participación social y otras áreas de ocupación, para las cuales la figura del terapeuta ocupacional sería imprescindible en el abordaje de esta realidad, cada vez más prevalente en nuestro país y nuestro sistema sanitario (22). Sin embargo, en el actual protocolo de actuación ante la MGF no se refleja la figura de terapeuta ocupacional en el equipo multidisciplinar que acompaña a estas mujeres (4) (23, 24).

Conclusiones

No cabe duda, que la violencia contra las mujeres es un importante problema de salud pública a nivel mundial. Desde el ámbito de los y las profesionales, que tiene que dar respuesta a una población cada vez más heterogénea, es importante hacer hincapié en las estrategias que se deben poner en marcha para procurar una atención de calidad a aquellos colectivos ciudadanos más vulnerables, como es el caso de las mujeres inmigrantes.

En los últimos años, se ha producido en nuestro país un aumento progresivo de mujeres procedentes de países y/o etnias en los cuales se realiza la MGF, práctica que por sus especiales connotaciones de desigualdad de género (muy ligada a la tradición cultural y al

sentimiento de pertenencia al grupo) resulta muy peligrosa por ser en muchas ocasiones, justificada y encubierta (25).

Estudios científicos realizados revelan que los conocimientos que poseen las y los profesionales sanitarios, donde se incluye al terapeuta ocupacional, sobre el tema son insuficientes (26- 28) y, las expectativas de las mujeres mutiladas que acuden a los servicios de salud o centros de acogida o a diferentes asociaciones de los países de adopción, suelen quedar insatisfechas (21). La búsqueda de una verdadera equidad en salud obliga a que el problema debe ser abordado de manera interdisciplinar. El conocimiento de la existencia de unas directrices claras y la formación específica de las y los profesionales implicados, son fundamentales en la prevención y detección de las mujeres en riesgo de ser mutiladas.

No existen guías o artículos en los que aparezca la figura del terapeuta ocupacional dentro del equipo multidisciplinar que debe asistir a estas pacientes, a pesar de las competencias de la Terapia Ocupacional anteriormente reseñadas por Algar y Romero (20) e Ytarte (22), por lo que la puesta en marcha de programas de formación específica del alumnado en las aulas universitarias del Grado de Terapia Ocupacional o el refuerzo de conocimientos de los terapeutas ocupacionales en materia de MGF parece del todo prioritario y mejorará, sin duda, el abordaje de las mujeres con MGF o en riesgo de ella.

Además, esta adquisición de competencias ampliará los horizontes de la Terapia Ocupacional, incluyendo al terapeuta ocupacional en el equipo multidisciplinar necesario para la detección de posibles casos de MGF, seguimiento y apoyo y, por supuesto, prevención de los mismos (29).

Bibliografía

1. OMS. Nota descriptiva N°241. Febrero de 2014. [fecha de acceso enero de 2015]. URL disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs241/es/>
2. UNICEF. Hoja de datos: Mutilación/excisión genital de la mujer. [en línea] 2006. [fecha de acceso enero de 2015]. URL disponible en: <http://www.unicef.org/spanish/infobycountry/files/genita/femenina.pdf>
3. Kaplan A. Aproximación antropológica a las mutilaciones genitales femeninas. Cuadernos de Salud y Derechos Sexuales y Reproductivos Madrid. 2003 [consultado en febrero de 2015]; 4: 23-30. URL disponible en: http://www.mgf.uab.es/eng/scientific_publications/artic

[ulo_MGFFPFE_OK.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%](http://www.mgf.uab.es/eng/scientific_publications/MGF_Atencion Primaria.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%)

4. Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Madrid; 2015.
5. Intensificación de los esfuerzos mundiales para la eliminación de la mutilación genital femenina. Naciones Unidas; 2012.
6. Guía general para la aplicación de la declaración del milenio. Informe del secretario general de Naciones Unidas; 2000.
7. Kaplan A, Bedoya M, Toran P, Bermúdez K, Moreno J, Bolívar B. Las mutilaciones genitales femeninas: reflexiones para una intervención desde la atención primaria. Atención Primaria. [en línea] 2006; 38(2): 122-126. URL disponible en: http://www.mgf.uab.es/eng/scientific_publications/MGF_Atencion Primaria.pdf
8. Gil Ruiz JM. Formación en derecho antidiscriminatorio: carencias e incumplimientos institucionales. ACADEMIA. Buenos aires. 2015; 13(26): 49-77.
9. Gil Ruiz JM. Introducción de la perspectiva de género en las titulaciones jurídicas: hacia una formación reglada. Revista de educación y derecho. 2014; 10: 1-28.
10. Kaplan A, López A. Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2012, Antropología Aplicada 2. Fundación Wassu-UAB; 2013.
11. Kaplan A, López A. Mapa de la mutilación genital femenina en España 2009. Antropología Aplicada 1. Fundación Wassu-UAB; 2010.
12. Relph S, et al female genital mutilation/cutting: knowledge, attitude and training of health professionals in inner city London. Eur J Obstet Reprod Biol. 2013; 168 (2): 195-8.
13. Kaplan A, et al. Perception of primary health professional about female genital mutilation: from healthcare to intercultural competence. BMC Health Serv Res. 2009; 9: 11.
14. Dawson A, et al. Evidence to inform education, training and supportive work environments for midwives involved in the care of women with female genital mutilation: a review of global experience. Midwifery 2015; 31 (1): 229-38
15. Martínez E, Olvera MC, Pozo MD, Hernández MD, Amezcua C, Olmedo R. Educación sanitaria sobre mutilación genital femenina para profesionales de la salud. En: García FJ, Kressova N, editores. Actas del I Congreso Internacional sobre Migraciones en Andalucía. Granada: Instituto de Migraciones; 2011. p. 2195-2199.
16. Kaplan A, Moreno J, Pérez MJ. Mutilación genital femenina. Manual para profesionales. Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) UAB, Bellaterra; 2010.

17. Kaplan A, et al. Las mutilaciones genitales femeninas en España: Posibilidades de prevención desde los ámbitos de la atención primaria en salud, la educación y los servicios sociales. Revista Migraciones. Madrid. [en línea] 2006; 19: 189-217. URL disponible en: http://www.mgf.uab.es/eng/scientific_publications/9c.pdf?iframe=true&width=100%&height=100%
18. Bayo A, González I, Román A, Rodríguez AB, Grau S, Marina J, Tarancón I. La mutilación genital en la mujer del siglo XXI. Prog Obstet Ginecol. Valladolid. 2003; 46(6):257-66.
19. Labrador C. Definición de terapia ocupacional. Federación mundial de terapeutas ocupacionales (WFOT); 2004.
20. Algar I, Romero D. Terapia ocupacional en la cartera de servicios de Atención Primaria: ¿es posible?. TOG [revista de Internet] 2012 [Consultado en enero de 2015]; 9(16): 8-30. URL disponible en: <http://www.revistatog.com/num16/pdfs/original8.pdf>
21. Ballesteros C, Almansa P, Pastor M, Jiménez I. La voz de las mujeres sometidas a mutilación genital femenina en la región de Murcia. Gaceta sanitaria. 2014; 28 (4): 287-291.
22. Ytarte RS. Perspectiva intercultural en el desarrollo de la práctica profesional. En Romero DM, Moruno P. Terapia ocupacional: Teoría y técnicas. Barcelona: Masson; 2003. p. 415-425.
23. Protocolo de actuaciones para prevenir la mutilación genital femenina. Generalitat de Catalunya. Departamento de Acción Social y Ciudadanía. Barcelona; 2007. URL disponible en: http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/otrasFormas/mutilacion/protocolos/protocolo/pdf/cataluna_2007.pdf
24. Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Aragón. Departamento de Salud y Consumo. Gobierno de Aragón. Zaragoza; 2011. [Consultado en noviembre de 2015]. URL disponible en: http://www.aragon.es/estaticos/GobiernoAragon/Organismos/InstitutoAragonesMujer/StaticFiles/mutilaci%C3%B3n_1.pdf
25. Gil Ruiz JM. Los diferentes rostros de la violencia de género. Madrid: DYKINSON; 2007.
26. García S, Sánchez MI. Conocimientos de los profesionales sanitarios sobre la mutilación genital femenina. Metas Enferm. 2013; 16(7): 18-22.
27. Jacoby SD, Smith A. Increasing certified nurse-midwives' confidence in managing the obstetric care of women with female genital mutilation/cutting. J Midwifery Women health 2013; 58 (4): 451-6.
28. Reig-Alcaraz M, Siles-Gonzalez J, Solano-Ruiz CA. Mixed-method synthesis of knowledge, experiences and attitudes of health professionals to female genital mutilation. Journal of Advanced Nursing. 2016; 72(2): 245-260.
29. Onuh SO, et al. Female genital mutilation: knowledge, attitude and practice among nurses. J Natl Med Assoc. 2006; 98 (3): 409-14.