



Trabajo Fin de Grado

Caso clínico: Problemas psicosexuales en la pareja en la que la mujer sufrió mutilación genital femenina

Clinical case: Couple psychosexual disorders where the woman suffered female genital mutilation

Autora

Elena Lebed Ginkul

Director

Guillermo Martínez Pérez

Codirectora

Delia González de la Cuesta

Facultad de Ciencias de la Salud de Zaragoza

2021

INDICE

Resumen	2
Abstract	3
Introducción	4
Definición	4
Epidemiología	4
Etiología y Factores de riesgo	5
Diagnóstico.....	5
Clínica.....	5
Tratamiento.....	6
Papel de enfermería	6
Objetivos	7
Objetivo general.....	7
Objetivos específicos.....	7
Metodología.....	8
Caso del paciente	10
Proceso enfermero	11
Valoración	11
Diagnóstico.....	12
Planificación y ejecución	13
Evaluación.....	16
Conclusiones	17
Bibliografía	18

Resumen

Introducción:

La mutilación genital femenina (MGF), también conocida como ablación, es una práctica tradicional en algunas culturas en la que los genitales externos femeninos se extirpan parcial o totalmente sin razones terapéuticas, generalmente sin el consentimiento de la persona en la infancia o adolescencia. Las consecuencias físicas y psicosociales de la MGF son muy graves, por ello es necesario buscar medidas de prevención. Además, la MGF es una forma de violencia contra las mujeres que se considera un problema de salud pública.

Diferentes estudios han revelado que además de afectar a la mujer que ha sufrido MGF, puede terminar afectando de manera psicológica a su núcleo familiar (hermanos, hermanas, hijos, pareja...), empeorando o entorpeciendo las relaciones entre ellos.

Objetivo:

Realizar un plan de cuidados individual personalizado que trate de resolver el problema psicosexual de la pareja.

Metodología:

En la elaboración de este caso clínico se ha realizado una búsqueda sistemática de bibliografía en diversas bases de datos y se ha realizado un análisis crítico de los artículos sobre mutilación genital femenina más relevantes.

Para llevar a cabo la valoración del paciente se ha empleado el modelo de Independencia de Virginia Henderson y en la elaboración del proceso enfermero se ha utilizado el modelo NANDA-NIC-NOC.

Conclusiones:

En diferentes artículos donde se habla del tratamiento de los problemas que surgen en las parejas donde la mujer sufrió una MGF, se observa que en todos los casos el acompañamiento emocional, educación sexual y mejora de la comunicación en la pareja disminuyen notablemente los problemas. Teniendo esto en cuenta, parece razonable concluir que con el PAE elaborado en el que el hombre va a obtener diferentes herramientas para mejorar el afrontamiento de la situación, siendo así más empático y pudiendo entender y acompañar mejor a su mujer, es posible que los objetivos propuestos se cumplan y el problema psicosexual de la pareja se pueda llegar a resolver.

Palabras clave:

MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA, ABLACIÓN, SOMALIA, AFRICA.

Abstract

Introduction:

Female genital mutilation (FGM), also known as ablation, is a traditional practice in some cultures in which the female external genitalia are partially or totally removed without therapeutic reasons, usually without the consent of the person in childhood or adolescence. The physical and psychosocial consequences of FGM are very serious, therefore it is necessary to seek prevention measures. Furthermore, FGM is a form of violence against women that is considered a public health problem.

Different studies have revealed that in addition to affecting the woman who has suffered FGM, it can end up psychologically affecting her family nucleus (brothers, sisters, children, partner ...), worsening or hindering relationships between them.

Objective:

Carry out a personalized individual care plan that tries to solve the psychosexual problem of the couple.

Methodology:

In preparing this clinical case, a systematic bibliography search was carried out in various databases and a critical analysis of the most relevant articles on female genital mutilation was carried out.

To carry out the assessment of the patient, the Virginia Henderson Independence model was used and the NANDA-NIC-NOC model was used in the elaboration of the nursing process.

Conclusions:

In different articles where the treatment of problems that arise in couples where the woman suffered FGM is discussed, it is observed that in all cases the emotional accompaniment, sexual education and improvement of communication in the couple notably reduce the problems. Taking this into account, it seems reasonable to conclude that with the PAE prepared in which the man will obtain different tools to improve coping with the situation, thus being more empathetic and being able to better understand and accompany his wife, it is possible that the objectives proposed are fulfilled and the couple's psychosexual problem can be resolved.

Keywords:

FEMALE GENITAL MUTILATION, ABLATION, SOMALIA, AFRICA

Introducción

Definición

La mutilación genital femenina (MGF), también conocida como ablación, es una práctica tradicional en algunas culturas en la que los genitales externos femeninos se extirpan parcial o totalmente sin razones terapéuticas, generalmente sin el consentimiento de la persona en la infancia o adolescencia. Las consecuencias físicas y psicosociales de la MGF son muy graves, por ello es necesario buscar medidas de prevención. Además, la MGF es una forma de violencia contra las mujeres que se considera un problema de salud pública.

La MGF es común en África, con diferentes prevalencias según el país, aunque la incidencia se está reduciendo porque se considera un problema de derechos humanos.

En muchos países de África, no se denuncia, aunque en varios países es ilegal. La MGF la realiza una persona sin conocimientos médicos, en varias ocasiones mujeres mayores de la familia o el entorno familiar por motivos religiosos o culturales y, a veces, económicos¹⁻⁶.

Epidemiología

La mutilación genital femenina (MGF) / ablación genital femenina afecta a más de 200 millones de mujeres y niñas de entre 15 y 49 años en todo el mundo

La práctica de la mutilación / ablación genital femenina en África continua por las fuertes creencias socioculturales que permiten que se realice en secreto y que no se denuncie. Por lo tanto, su extensión generalmente se estima y las cifras documentadas se han considerado mucho menores de lo que realmente son.

En Somalia, la prevalencia de la A / MGF es casi universal (98%) entre las mujeres de 15 a 49 años, con una prevalencia de infibulación del 77%

La infibulación es un tipo de MGF donde se cose la abertura vaginal mediante sutura, minimizando así el orificio de la vagina, en los casos más extremos se deja únicamente una pequeña abertura para la orina y la sangre menstrual¹⁻⁸.

Etiología y Factores de riesgo

Es una práctica adoptada por los practicantes de las principales religiones de África: el cristianismo y el Islam^{1,5,8}.

La mutilación genital femenina se hace desde cientos de años a las niñas con la finalidad de que sean más “puras” y tengan la opción de contraer matrimonio, ya que se considera un requisito en estas culturas, independientemente de la clase social de la familia¹⁻⁵.

Diferentes estudios coinciden en que los principales factores de riesgo son ser mujer menor de 15 años, africana o perteneciente a la cultura donde la MGF es una práctica religiosa y aceptada.

La mutilación / ablación genital femenina se realiza en diferentes grupos de edad, desde la primera semana de vida, durante la infancia, antes de la pubertad, antes del primer parto y otros períodos en la vida de la mujer que dependen del lugar y la razón principal subyacente a la práctica. Suele realizarse de forma individual pero se puede realizar en grupos de niñas o mujeres.

En Somalia, la prevalencia de la A / MGF es casi universal (98%) entre las mujeres de 15 a 49 años, con una prevalencia de infibulación del 77%⁶⁻⁸.

Diagnóstico

El diagnóstico se realiza con una exploración macroscópica, donde se puede ver que los labios, clítoris o ambos están escindidos.

También se puede diagnosticar mediante entrevista o al detectar dificultades afectivo-sexuales relacionadas que puedan sugerir que la mujer ha sufrido MGF, como podría ser dispareunia^{1, 2,8}.

Clínica

La mutilación genital femenina acarrea complicaciones agudas y crónicas. La mayoría de los médicos en los Estados Unidos que exploran a este tipo encuentran con estos pacientes como inmigrantes o refugiados probablemente atienden a mujeres con complicaciones crónicas⁹⁻¹².

Los síntomas más comunes son dolor pélvico crónico, disfunción sexual, quistes y neuromas genitourinarios, dispareunia y ausencia de libido.

Las complicaciones agudas serían sangrado, dolor agudo en la zona de la incisión, infección de la herida e inflamación de la zona.

En el plano psicológico las secuelas son muy importantes, llegando a poder desarrollar trastorno de estrés postraumático, depresión y trastornos de ansiedad.¹⁰⁻¹⁸

Diferentes estudios han revelado que además de afectar a la mujer que ha sufrido MGF, puede terminar afectando de manera psicológica a su núcleo familiar (hermanos, hermanas, hijos, pareja...), empeorando o entorpeciendo las relaciones entre ellos¹⁴⁻¹⁸.

Tratamiento

El mejor tratamiento para eliminar este problema es la prevención. Afortunadamente, la prevención de la MGF actualmente empieza a recibir la atención que se merece a nivel mundial.

Los métodos de prevención deben ser actividades de promoción, prevención y educación general, especialmente para las mujeres, y legislación^{5-7,9}.

Las intervenciones no quirúrgicas para el dolor pélvico incluyen usar lubricantes, lidocaína tópica y evitar actividades que ejercen presión sobre el área vaginal (ej: montar en bicicleta). La terapia sexual ha tenido éxito en mejorar la función sexual, entendiendo este tipo de terapia por la que puede ofrecer tanto un psicólogo, sexólogo o profesional de enfermería a ambas partes de la pareja, en la que se ponen en común los problemas existentes y sus posibles causas para buscarles soluciones realistas donde además el sexo no se centra en el coito, sino en las posibles prácticas apetecibles y placenteras para ambos, descartando las que originan dolor o trauma en una primera instancia.

La terapia cognitivo-conductual (TCC) puede ser un tratamiento eficaz para estas secuelas psicológicas de la MGF¹⁷⁻¹⁸.

Papel de enfermería

Enfermería es importante en promoción de la salud, prevención, detección del problema y tratamiento de este. Siempre actuando con una visión global del problema, tratando a los pacientes como seres bio-psico-sociales, no centrar únicamente en los problemas físicos sino también emocionales, haciendo de apoyo en todo momento pudiendo además colaborar con diferentes profesionales como médicos y psicológicos para un abordaje multidisciplinar del problema.

En el plano de la MGF, cabe mencionar que los profesionales de enfermería tienen las herramientas, las habilidades psicosociales y los conocimientos necesarios para desarrollar el rol enfermero en problemas de salud sexual, incluidos los ocasionados a raíz de la MGF.

Objetivos

Objetivo general

Realizar un plan de cuidados individual personalizado que trate de resolver el problema psicosexual de la pareja.

Objetivos específicos

- Elaborar un plan de cuidados individualizado.
- Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente.
- Mejorar las habilidades enfermeras en la preparación de un proceso enfermero.

Metodología

En la elaboración de este caso clínico se ha realizado una revisión bibliográfica y se ha realizado un análisis crítico de los artículos sobre mutilación genital femenina encontrados, seleccionando los más relevantes.

Primero se realizó una revisión bibliográfica de literatura científica en diferentes bases de datos como PUBMED, CUIDEN, SCIELO y ELSEVIER, utilizando las palabras clave MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA, ABLACIÓN, AFRICA, SOMALIA FEMALE GENITAL MUTILATION, ABLATION, AFRICA, SOMALIA utilizando los operadores booleanos AND y OR con los filtros de artículos en español o inglés, artículos publicados en los últimos 5 años y artículos cuyo texto completo es gratuito o es accesible mediante unir a través de la biblioteca IACS.

Tabla 1: Búsqueda bibliográfica en bases de datos.

PALABRAS CLAVE	BASES DE DATOS	Artículos encontrados	Artículos utilizados
MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA ABLACIÓN AFRICA SOMALIA FEMALE GENITAL MUTILATION ABLATION AFRICA SOMALIA	PUBMED	21	13
	CUIDEN	7	4
	SCIELO	2	1
	ELSEVIER	3	3
	TOTAL	30	21

Fuente: Elaboración propia.

Para llevar a cabo la valoración del paciente se ha empleado el **modelo de Independencia de Virginia Henderson**.

Henderson consideraba que el hombre era un ser integral con 14 necesidades básicas que trata de cubrir de forma independiente; por lo que el paciente es un individuo que necesita ayuda para conseguir su independencia (por falta de fuerza, voluntad o conocimientos). Identificó las **14 necesidades básicas** de los pacientes que conforman los cuidados enfermeros (1) respirar, (2) comer y beber, (3) eliminación, (4) moverse, (5) dormir y descansar, (6) vestirse adecuadamente, (7) mantener la temperatura corporal, (8)

mantener la higiene y la integridad de la piel, (9) conservar un entorno seguro, (10) comunicarse, (11) ejercer su religión, (12) trabajar, (13) ocio y (14) aprender.

Para Henderson la función de la enfermería es “asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte serena), actividades que realizaría él mismo si tuviera la fuerza, el conocimiento o la voluntad necesaria. Todo esto de manera que le ayude a ganar independencia de la forma más rápida posible”.

Si una enfermera se plantea utilizar el modelo de Virginia Henderson, según MªTeresa Luis y sus colaboradores, los datos de cada una de las necesidades se deberán organizar en tres apartados:

- Manifestaciones de independencia
- Manifestaciones de dependencia
- Datos a considerar: se trata de un tercer apartado que dejan abierto a otros datos relevantes.

La utilización de las clasificaciones NANDA, NIC, NOC en la práctica clínica facilita la estandarización de los cuidados, donde NANDA es la clasificación de Diagnósticos de Enfermería según propuesta y desarrollo de la North American Nursing Diagnosis Association, siendo los NOC los objetivos a lograr y los NIC las intervenciones que se deben realizar para conseguir los objetivos¹⁹⁻²¹.

Caso del paciente

Hombre de 27 años somalí acude a la consulta de enfermería de su centro de salud en Zaragoza para comentar que desde el inicio de las relaciones sexuales con su esposa, las cuales empezaron hace 1 año, tienen problemas.

Su esposa es una mujer de 25 años también somalí que sufrió a los 2 años infibulación. Esto a ella ha provocado sentimientos de rechazo hacia la sexualidad, ansiedad y dispareunia en la penetración con la imposibilidad de disfrutar de la relación sexual.

Ambos son musulmanes, viven en un barrio obrero de la ciudad, él trabaja como carretillero en una empresa de muebles y ella es ama de casa. Dice estar contento con el trabajo, muchos de sus compañeros se han convertido en sus amigos. Ambos tienen un buen círculo social, además cuentan con el apoyo de sus familias, las cuales también viven en la ciudad. No tienen hijos aunque dice que ambos desean pronto poder planificar un embarazo.

Llevan viviendo juntos en España 2 años y manejan bien el idioma, tanto hablado como escrito. Se casaron hace 1 año y desde entonces empezaron a mantener relaciones sexuales, las cuales desde el principio fueron dolorosas para ella en el momento de la penetración. La relación afectiva nos cuenta que es muy buena, que siente que están unidos, sin embargo, en los últimos meses ha estado reflexionando sobre la importancia de no poder tener relaciones sexuales placenteras para ambos y es algo que le preocupa.

Cuando nos cuenta el problema que tiene con su esposa se muestra triste y cabizbajo, "no sé ya que hacer" nos dice, "me siento mal por ella, por no saber ayudarla, soy muy mal marido. Me pongo muy nervioso, a veces me paso la noche sin dormir pensando en cómo poder solucionarlo".

Le ofrecemos realizar un proceso enfermero para poder ayudarle a mejorar la situación, nos contesta "Yo quiero ayudar en todo lo que pueda, también me gustaría aprender a manejar mejor los nervios que paso".

Ninguno de los dos ha solicitado ayuda antes a ningún profesional, de hecho, ella vive el trauma como un secreto, por ello también es difícil para el marido saber cómo actuar al no entender muy bien qué es lo que sufrió su mujer y ella no sentirse preparada para explicarlo.

Se va a realizar un plan de cuidados psicosexual adaptado al paciente para que entienda la situación de su pareja y pueda ayudarla a mejorar los sentimientos hacia la relación sexual.

Proceso enfermero

Valoración

1. Respirar normalmente	MANIFESTACIONES DE INDEPENDENCIA(MI): No fumador MANIFESTACIONES DE DEPENDENCIA (MD): No se observan. DATOS A CONSIDERAR (DC): No se observan.
2. Comer y beber	MI: No se observan MD: No se observan. DC: No se observan.
3. Eliminación	MI: No se observan MD: No se observan. DC: No se observan.
4. Moverse y posturas adecuadas	MI: No se observan MD: No se observan. DC: No se observan.
5. Dormir y descansar	MI: No se observan MD: Le cuesta dormir por la ansiedad que le produce el problema con su mujer. DC: No se observan.
6. Vestirse y desvestirse	MI: No se observan MD: No se observan. DC: No se observan.
7. Mantenimiento de la postura corporal	MI: No se observan MD: No se observan. DC: No se observan.
8. Mantenimiento de la higiene corporal	MI: No se observan MD: No se observan. DC: No se observan.
9. Seguridad	MI: Se muestra dispuesto a aprender a mejorar su actitud frente al problema. MD: Dice sentir ansiedad respecto al tema de su problema de pareja. DC: No se observan.
10. Comunicación	MI: Se muestra comunicativo. MD: No se observan. DC: Habla bien castellano, no existe barrera idiomática.
11. Creencias religiosas	MI: No se observan MD: No se observan. DC: Su religión es el islam.
12. Trabajar para sentirse realizado	MI: Trabaja como carretillero. MD: No siente estar haciendo bien su papel como marido. DC: No se observan.

13. Realizar actividades de ocio	MI: No se observan MD: No se observan. DC: Dice tener un buen círculo social gracias a su trabajo.
14. Aprender, descubrir y satisfacer su curiosidad.	MI: Quiere aprender a afrontar mejor su situación y ayudar a su mujer. MD: No se observan. DC: No se observan.

Diagnóstico

- **Baja Autoestima situacional (00120)** relacionado con problema psicosexual en la pareja manifestado por evaluación de sí mismo como incapaz de afrontar la situación o los acontecimientos.
- **Ansiedad (00146)** relacionado con su problema de pareja manifestado por insomnio y preocupación creciente.
- **Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)** manifestado por expresión verbal de interés en poder mejorar su afrontamiento a la situación.

Planificación y ejecución

Baja Autoestima situacional (00120)

Descripción: Desarrollo de una percepción negativa de la propia valía en respuesta a una situación actual (especificar).

Dominio: AUTOPERCEPCIÓN.

Clase: AUTOESTIMA

OBJETIVO-NOC:

- Autoestima (1205)
- Adaptación psicosocial: cambio de vida (1305)

INTERVENCIONES – NIC:

- Potenciación de la autoestima (5400)
- Apoyo emocional (5270)
- Apoyo en la toma de decisiones (5250)

ACTIVIDADES:

Potenciación de la autoestima (5400)

- Aumentar la confianza del paciente en sus propios juicios.
- Animar al paciente a identificar sus virtudes.
- Potenciar los puntos fuertes del paciente.
- Empoderar al paciente en su situación.
- Proporcionar experiencias que aumenten la autonomía del paciente.

Apoyo emocional (5270)

- Explorar las razones de la autocrítica o culpa.
- Recompensar y alabar el progreso del paciente en la consecución de objetivos.

Apoyo en la toma de decisiones (5250)

- Mostrar confianza en la capacidad del paciente para controlar su problema.
- Determinar la capacidad de toma de decisiones del paciente.

Ansiedad (00146)

Descripción: Vaga sensación de malestar o amenaza acompañada de una respuesta autonómica (cuyo origen con frecuencia es desconocido para el individuo); sentimiento de aprensión causado por la anticipación de un peligro. Es una señal de alerta que advierte de un peligro.

Dominio: AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS

Clase: RESPUESTAS DE AFRONTAMIENTO

OBJETIVO-NOC:

- Control de la ansiedad (1402)
- Adaptación psicosocial: cambio de vida (1305)

INTERVENCIONES – NIC:

- Escucha activa (4920)
- Disminución de la ansiedad (5820)
- Técnica de relajación (5880)

ACTIVIDADES:

Escucha activa (4920)

- Mostrar interés en el paciente.
- Favorecer la expresión de sentimientos.
- Centrarse completamente en la interacción eliminando prejuicios, presunciones, preocupaciones personales y otras distracciones.

Disminución de la ansiedad (5820)

- Comentar la experiencia emocional con el paciente.
- Ayudar al paciente a que exprese los sentimientos de ansiedad, ira o tristeza.
- Escuchar las expresiones de sentimientos y creencias.

Técnica de relajación (5880)

- Ayudar al paciente a identificar las situaciones que precipitan la ansiedad.
- Instruir al paciente sobre el uso de técnicas de relajación.

Disposición para mejorar el afrontamiento (00158)

Descripción: Patrón de esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar las demandas que resulta suficiente para el bienestar y que puede ser reforzado.

Dominio: AFRONTAMIENTO Y TOLERANCIA AL ESTRÉS.

Clase: RESPUESTA POSTRAUMÁTICA

OBJETIVO-NOC:

- Superación de problemas (01302)
- Ejecución del rol (01501)

INTERVENCIONES – NIC:

- Aumentar el afrontamiento (5230)
- Asesoramiento (5240)
- Facilitar el aprendizaje (5520)

ACTIVIDADES:

Aumentar el afrontamiento (5230)

- Ayudar al paciente a resolver los problemas de una manera constructiva.
 - Ayudar al paciente a clarificar los conceptos equivocados.
- Determinar cómo afecta al paciente el comportamiento de su esposa y viceversa

Asesoramiento (5240)

- Favorecer el desarrollo de nuevas habilidades.
- Incluir a la esposa, si es posible.

Facilitar el aprendizaje (5520)

- Seleccionar los métodos / estrategias de enseñanza del paciente.
 - Establecer una relación de confianza que potencie su disposición a aprender.
- Dar tiempo al paciente para que haga preguntas y discuta sus inquietudes.
- Hacer consciente al paciente de lo importante que es conocer la patología de su esposa (MGF)

Evaluación

La evaluación se realizará mediante seguimiento en consulta presencial, teniendo la primera consulta a las 3 semanas tras la intervención y la siguiente al mes y medio para comprobar que el problema se ha ido solucionando gradualmente y controlar posibles nuevas dificultades. Finalmente se realizará una última consulta al año y medio para verificar que el problema se ha solucionado y no han surgido otros.

Para medir el impacto de la intervención se medirá la resolución del NANDA, basándonos en los indicadores de los objetivos NOC.

Por otra parte, también se valorará la satisfacción del paciente mediante una encuesta personalizada que utilizará la puntuación del 0 al 10, siendo 0 nada satisfecho y 10 muy satisfecho. La primera encuesta la llenará el paciente antes de iniciar la intervención y las siguientes en cada una de las consultas presenciales.

Si fuera necesario, existiría la posibilidad de que acudiera la pareja y si finalmente el plan de cuidados no tiene éxito, se valoraría realizar un nuevo PAE.

Conclusiones

Tras revisar varios artículos donde hablan del tratamiento de estos tipos de problemas en las parejas donde la mujer sufrió una MGF, se observa que en todos los casos el acompañamiento emocional, educación sexual y mejora de la comunicación de la pareja disminuyen los problemas, por lo que aumentar los conocimientos del marido sobre qué es la MGF, qué problemas puede ocasionar y como apoyar a la mujer que la ha sufrido, ayudará directamente a mejorar los problemas de la esposa, ya que contará con un gran apoyo que cuenta con los conocimientos necesarios para poder entenderle y ayudarle.

Teniendo esto en cuenta, parece razonable concluir que con el PAE elaborado en el que el hombre va a obtener diferentes herramientas para mejorar el afrontamiento de la situación, siendo así más empático y pudiendo entender y acompañar mejor a su mujer, es posible que los objetivos propuestos se cumplan y el problema psicosexual de la pareja se pueda llegar a resolver.

Se ha demostrado que el proceso enfermero es una herramienta útil en la identificación de los problemas del paciente y ayuda a realizar una atención individualizada y personalizada que permite solucionar la situación de la mejor manera posible.

Para finalizar, resaltar que el papel de enfermería es fundamental para el desarrollo de este proceso enfermero, empoderando al paciente en su propio problema, asesorándole y guiándole a lo largo de todo el proceso al instruirle en nuevos conocimientos y técnicas para que pueda conseguir el objetivo final, mejorar la relación psicosexual con su mujer.

Bibliografía

1. Odukogbe AA, Afolabi BB, Bello OO, Adeyanju AS. Female genital mutilation/cutting in Africa. *Transl Androl Urol.* 2017 ;6(2):138-148. doi: 10.21037/tau.2016.12.01
2. Muteshi JK, Miller S, Belizán JM, et al. The ongoing violence against women: Female Genital Mutilation/Cutting. *Reprod Health* 2016;13:44. doi: 10.1186/s12978-016-0159-3
3. Mishori R, Warren N, Reingold R. Female Genital Mutilation or Cutting. *Am Fam Physician.* 2018;97(1):49-52.
4. Shakirat GO, Alshibshoubi MA, Delia E, Hamayon A, Rutkofsky IH. An Overview of Female Genital Mutilation in Africa: Are the Women Beneficiaries or Victims? *Cureus.* 2020 ;12(9):e10250. doi: 10.7759/cureus.10250.
5. Dorkenoo E. Combating female genital mutilation: an agenda for the next decade. *World Health Stat Q.* 1996;49(2):142-7
6. Sakeah E, Deppuur C, Aborigo RA, Oduro AR, Sakeah JK et al. Persistent female genital mutilation despite its illegality: Narratives from women and men in northern Ghana. *PLoS One.* 2019 14(4):e0214923. doi: 10.1371/journal.pone.0214923.
7. Grose RG, Hayford SR, Cheong YF, Garver S, Kandala NB et al. Community Influences on Female Genital Mutilation/Cutting in Kenya: Norms, Opportunities, and Ethnic Diversity. *J Health Soc Behav.* 2019;60(1):84- 100. doi: 10.1177/0022146518821870.
8. Yussuf M, Matanda DJ, Powell RA. Exploring the capacity of the Somaliland healthcare system to manage female genital mutilation / cutting-related complications and prevent the medicalization of the practice: a cross-sectional study. *BMC Health Serv Res.* 2020 ;20(1):200. doi: 10.1186/s12913-020-5049-2.
9. Ahmed W, Mochache V, Stein K, Ndavi P, Esho T et al. A hybrid, effectiveness-implementation research study protocol targeting antenatal care providers to provide female genital mutilation prevention and care services in Guinea, Kenya and Somalia. *BMC Health Serv Res.* 2021;21(1):109. doi: 10.1186/s12913-021-06097-w.
10. Binkova A, Uebelhart M, Dällenbach P, Boulvain M, Gayet-Ageron A et al. A cross-sectional study on pelvic floor symptoms in women living with Female Genital Mutilation/Cutting. *Reprod Health.* 2021;18(1):39. doi: 10.1186/s12978-021-01097-9.

11. Köbach A, Ruf-Leuschner M, Elbert T. Psychopathological sequelae of female genital mutilation and their neuroendocrinological associations. *BMC Psychiatry*. 2018;13(1):187. doi: 10.1186/s12888-018-1757-0.
12. Adelufosi A, Edet B, Arikpo D, Aquaisua E, Meremikwu MM. Cognitive behavioral therapy for post-traumatic stress disorder, depression, or anxiety disorders in women and girls living with female genital mutilation: A systematic review. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017;136 Suppl 1:56-59. doi: 10.1002/ijgo.
13. Abdulcadir J, Botsikas D, Bolmont M, Bilancioni A, Djema DA et al. Sexual Anatomy and Function in Women With and Without Genital Mutilation: A Cross-Sectional Study. *J Sex Med*. 2016;13(2):226-37. doi: 10.1016/j.jsxm.2015.12.023.
14. Biglu MH, Farnam A, Abotalebi P, Biglu S, Ghavami M. Effect of female genital mutilation/cutting on sexual functions. *Sex Reprod Healthc*. 2016;10:3-8. doi: 10.1016/j.srhc.2016.07.002.
15. Van Moorst BR, Das Dores S, Van Lunsen RHW, Laan ETM. Seksueel en psychisch welbevinden na vrouwelijke genitale vermindering [Bienestar sexual y psicológico después de la mutilación genital femenina: una revisión narrativa sistemática]. *Ned Tijdschr Geneeskd*. 2018; 162: D2196.
16. Im H, Swan LET, Heaton L. Polyvictimization and mental health consequences of female genital mutilation/circumcision (FGM/C) among Somali refugees in Kenya. *Women Health*. 2020;60(6):636-651. doi: 10.1080/03630242.2019.1689543.
17. Mpofu S, Odimegwu C, De Wet N, et al. The relation of female circumcision to sexual behavior in Kenya and Nigeria. *Women Health* 2016;1-18. doi: 10.1080/03630242.2016.1206054
18. Adelufosi A, Edet B, Arikpo D, Aquaisua E, Meremikwu MM. Cognitive behavioral therapy for post-traumatic stress disorder, depression, or anxiety disorders in women and girls living with female genital mutilation: A systematic review. *Int J Gynaecol Obstet*. 2017 ;136 Suppl 1:56-59. doi: 10.1002/ijgo.12043.
19. Luis Rodrigo M.T. Los Diagnósticos Enfermeros. Revisión crítica y guía práctica. 9^a ed. Barcelona: Elsevier Masson 2013.
20. Moorhead S, Jonhson M, L. Mas M, Swanson E. Clasificación de Resultados de enfermería (NOC). 5^aEd. Barcelona: Elsevier;2014.
21. Bulechek GM, Bucher H K, Dochterman J M, Wagner C M. Clasificación de Intervenciones de Enfermería (NIC).6^aed. Barcelona: Elsevier;2014.