

**TRABAJO DE FIN DE MÁSTER**  
**MÁSTER EN CIENCIAS DE LA SEXOLOGÍA**



**UNIVERSIDAD  
DE ALMERÍA**

**Comprendiendo las secuelas de la mutilación genital femenina: un estudio  
fenomenológico en mujeres subsaharianas residentes en España**

Understanding the consequences of Female Genital Mutilation: a phenomenological  
study in sub-Saharan women living in Spain

AUTOR

D.<sup>a</sup> Victoria Rodríguez Sánchez

DIRECTOR

Prof. Cayetano Fernández Sola



Facultad de  
**Ciencias de la Salud**  
Universidad de Almería

Curso Académico

2021/2022

Convocatoria

Mayo



## ÍNDICE

RESUMEN.....	1
ABSTRACT.....	2
Introducción.....	3
Método.....	5
Diseño.....	5
Participantes y entorno .....	5
Recolección de datos .....	6
Análisis de datos.....	7
Rigor.....	8
Consideraciones éticas.....	8
Resultados.....	9
Impacto de la MGF/corte: Una salud sexual secuestrada.....	10
Una mutilación que trasciende lo corporal y alcanza a lo psico-sexual .....	10
Más allá de lo sexual: Complicaciones obstétricas durante el parto .....	12
Eliminar las secuelas y recuperar la integridad. El difícil proceso de reconstrucción genital. ....	12
El tortuoso camino hacia la decisión de la reconstrucción genital .....	13
La alegría de recuperarse a sí misma.....	14
Discusión .....	18
Conclusiones.....	20
Referencias .....	21

## **RESUMEN.**

**Objetivo:** comprender las experiencias asociadas a las secuelas de la mutilación genital femenina/corte en mujeres subsaharianas supervivientes y residentes en España.

**Diseño:** estudio cualitativo basado en la fenomenología hermenéutica de Merleau-Ponty.

**Participantes y entorno:** Participaron 13 mujeres subsaharianas, supervivientes de la mutilación genital femenina/corte (MGF/C). El estudio fue realizado en dos provincias del sureste español que dan trabajo en los sectores agrícola y de servicios a numerosos inmigrantes africanos procedentes de etnias donde persiste la MGF/C.

**Datos y resultados:** Se hicieron entrevistas en profundidad para la recolección de datos. Del análisis inductivo con ATLAS.ti, se desarrollaron dos temas principales, que representan las experiencias asociadas a las secuelas de MGF/C: (a) El impacto de la MGF/corte: Una salud sexual secuestrada y (b) El difícil proceso de reconstrucción genital: eliminar las secuelas y recuperar la integridad.

**Conclusiones e implicaciones:** Las mujeres mutiladas sufrieron fuertes secuelas en su salud sexual, psicológica y obstétrica. La reconstrucción genital fue una difícil decisión, que contribuyó a la recuperación de su salud sexual y su identidad. Los profesionales tienen un papel importante en la atención a las secuelas, identificación de población en riesgo y orientación/asesoramiento para la recuperación de la salud sexual-reproductiva.

**Palabras clave:** Circuncisión femenina; investigación cualitativa; salud sexual; salud reproductiva.

**ABSTRACT.**

**Objective:** to understand the experiences relating to the consequences of female genital mutilation in sub-Saharan female survivors living in Spain.

**Design:** a qualitative study based on Merleau-Ponty's hermeneutic phenomenology.

**Setting & Participants:** 13 sub-Saharan women survivors of female genital mutilation (FGM) participated. The study was carried out in two south-eastern Spanish provinces where work in the agricultural and service industry is provided to many African immigrants originating from ethnic groups in which FGM is still prevalent.

**Measurements and findings:** In-depth interviews were carried out for data collection. From the inductive analysis that used ATLAS.ti, two main themes were developed that represent the experiences relating to the consequences of FGM: (a) The impact of FGM: Hijacked sexual health and (b) The difficult process of genital reconstruction: overcoming the aftereffects and regaining integrity.

**Key conclusion and Implications for practice:** The mutilated women experienced serious consequences in their sexual, psychological and obstetrical health. Genital reconstruction was a difficult decision but contributed to regaining their sexual health and identity. The professionals involved play an important role in the care provided for the associated consequences of FGM, in identifying the risk group and in providing advice to regain sexual and reproductive health.

**Key words:** Female circumcision; qualitative research; sexual health; reproductive health.

### **A destacar:**

- El estudio explora las experiencias asociadas a las secuelas de supervivientes de MGF.
- Las supervivientes de MGF refieren complicaciones obstétricas y secuelas psicológicas.
- Las supervivientes perciben que las secuelas de la MGF secuestran su sexualidad.
- La reconstrucción genital ayuda a que las supervivientes recuperen su sexualidad e identidad.

### **Introducción**

Cada once segundos una niña es sometida a mutilación genital en el mundo (Hussein et al., 2021). La mutilación genital femenina/corte (MGF/C) es un problema de salud de género mundial, reconocido internacionalmente como una violación de los derechos humanos y una forma de violencia contra las mujeres y niñas (WHO, 2016). Alrededor de 200 millones de mujeres y niñas han sido objeto de MGF/C en 30 países de África subsahariana y Oriente Medio, y en algunas partes de Asia y América del Sur (UNICEF, 2015) y otros tres millones de mujeres y niñas corren riesgo anualmente (WHO, 2016). En España, se estima que en 2018 había entre un 9-15% de niñas de 0 a 18 años en riesgo de MGF/C (European Institute for Gender Equality, 2021 (a)). Las niñas en riesgo de MGF/C en España provienen principalmente de Guinea, Malí y Gambia y en menor medida de Egipto, Mauritania y Nigeria (European Institute for Gender Equality (EIGE), 2021 (b)).

### **Antecedentes**

La MGF/C comprende la extirpación parcial o total de los genitales externos femeninos o cualquier otra lesión de los mismos por motivos no terapéuticos (WHO, 2020). La MGF/C es clasificada por la OMS en cuatro tipos (Tipos I, II, III y IV) (Dilbaz et al., 2019), en función de la extirpación de clítoris, labios menores, infibulación o perforación, con diferentes grados de gravedad (Evans et al., 2019). Las mutilaciones tipo I y II son las más comunes y suelen constituir entre el 80% y el 85% de los casos, el resto son menos frecuentes (entre un 15% y un 20% de los casos) y se suelen realizar en los países del “Cuerno de África” (Junta de Andalucía, 2016). Esta práctica, culturalmente aceptada en comunidades africanas, presenta graves secuelas en la salud física,

psicológica, uroginecológicas obstétrica y sexual para las niñas y mujeres (Pastor-Bravo et al., 2018; Binkiva et al., 2021).

Los profesionales de la salud deben atender a mujeres/ niñas que han sufrido MGF/C (Evans et al., 2019) brindar atención de calidad, culturalmente sensible, evitar actitudes negativas (Scamell & Ghumman, 2019) y prevenir esta práctica en niñas de riesgo (Atkinson & Geisler, 2019). La MGF/C es un fenómeno cultural que necesita pautas claras y centros especializados (Evans et al., 2019). La asociación entre presión social y MGF/C implica a las generaciones futuras, objetivo de políticas de empoderamiento de las mujeres (Mohammed et al., 2018; Dixon et al., 2018). Los factores de riesgo varían según origen, nivel educativo de las mujeres y riqueza del hogar, aunque la mayoría de variables son muy cambiantes (Gayawan & Lateef, 2018). El riesgo de MGF/C de una hija es menor si no la tiene la madre, si la madre es desfavorable a esta práctica y si vive en una comunidad opuesta a MGF/C con diversidad étnica (Grose et al., 2019).

La MGF/C tiene complicaciones sexuales, problemas durante el parto, complicaciones físicas y psicológicas (Abdoli et al., 2021), así como el neuroma de clítoris (Zoorob et al., 2019), quistes epidermoides (Kibar et al., 2018), fístulas (Matanda et al., 2019), disfunción miccional (Millet et al., 2019), incontinencia urinaria y de esfuerzo (Geynisman-Tan et al., 2019), infecciones, disfunción sexual, dolor pélvico crónico y trauma obstétrico (Payne et al., 2019). A ello se unen severos problemas de salud mental (Abdalla & Galea, 2019), de la identidad sexual femenina (Akinbiyi et al., 2018), estrés postraumático, ansiedad, somatización, fobia y baja autoestima (Buggio et al., 2019), no asociándose a depresión prenatal (Boghossian et al., 2019).

Aunque la investigación se ha centrado en la práctica (Varol et al., 2015; Njue et al., 2019; Graamans et al., 2019), consecuencias y clínica (Berg et al., 2017), se necesita comprender en profundidad este problema desde las experiencias (Gayawan & Lateef, 2018; Sabahelzain et al., 2019), si bien se han realizado algunos estudios (El-Gibaly et al., 2019; Ormond, 2019; Ahmed et al., 2019), es notoria la carencia de investigación específica sobre cómo las mujeres viven con las secuelas de la mutilación genital femenina. El objetivo de este estudio fue comprender las experiencias asociadas a las secuelas de la MGF/C en mujeres subsaharianas supervivientes y residentes en España.

## **Método**

### ***Diseño***

Estudio cualitativo con enfoque fenomenológico hermenéutico de Merleau-Ponty. A través de su filosofía de encarnación, Merleau-Ponty consideró, al cuerpo como “punto de vista sobre el mundo” (Merleau-Ponty, 2013). La conciencia no se entiende sin corporalidad. En este estudio, las secuelas y los significados que las participantes dan a la MGF/C se interpretarán desde la perspectiva de la inseparabilidad de la mujer del mundo, sociedad, cultura y personas significativas con las que se interconectan. Merleau-Ponty creía que el significado de un fenómeno siempre es ambiguo, no importa cuando lo investiguemos, no hay una verdad absoluta (Xolocotzi & Gibu, 2014). Por tanto, no buscamos descubrir la "verdad" sobre la MGF/C y sus significados, sino más bien arrojar luz sobre la complejidad de este fenómeno y las diferentes formas en que las mujeres lo encarnan. Se aplicaron los criterios COREQ (Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research) en la elaboración del informe (Tong y Sainsbury, 2007).

### ***Participantes y entorno***

Se trata de un grupo informante compuesto por trece mujeres de origen africano subsahariano que residen en España. Las participantes se reclutaron a través de un muestreo de conveniencia, debiendo cumplir los siguientes criterios de selección: *Como criterio de inclusión* se incluyó: ser mujer mutilada, haber emigrado a Europa y ser mayor de edad. *Como criterio de exclusión*: negarse a participar, no hablar español, francés, inglés o uno de los dialectos entendidos por el entrevistador (djoula, bambara, malenké), o tener un deterioro cognitivo que les impida recordar o mantener una conversación. Para el reclutamiento de la muestra, el investigador principal se puso en contacto con las mujeres mutiladas a través de profesionales sanitarios. Del total de mujeres contactadas, cinco mujeres se negaron a participar, dos de ellas alegando que no querían recordar su experiencia y tres por miedo a represalias familiares. Finalmente participaron en el estudio trece mujeres mutiladas, con un rango de edad entre 26 y 35 años (media: 29,62 SD: 3,01). El estudio fue realizado en dos provincias del sureste español que dan trabajo en labores agrícolas a una gran cantidad de inmigrantes dada su proximidad fronteriza con África. Hubo una fuerte presencia de migrantes procedentes de etnias donde la MGF/C es práctica aceptada como Gambia, Senegal, Guinea, Nigeria, Mali y Burkina Faso. Los datos sociodemográficos de las participantes se describen en la tabla 1.

**Tabla: 1.** Características sociodemográficas de las participantes

Participante	Sexo	Edad	Religión	País de origen	Edad MGF
P1	Female	35	Cristiana	Gambia	7
P2	Female	32	Musulmana	Senegal	meses
P3	Female	26	Cristiana	Guinea ecuatorial	4
P4	Female	30	Musulmana	Guinea Conakri	6
P5	Female	28	Musulmana	Gambia	3
P6	Female	29	Cristiana	Nigeria	5
P7	Female	32	Musulmana	Burkina Faso	1
P8	Female	34	Musulmana	Mali	3
P9	Female	26	Musulmana	Senegal	6
P10	Female	30	Musulmana	Mali	2
P11	Female	27	Musulmana	Burkina Faso	4
P12	Female	26	Musulmana	Senegal	4
P13	Female	30	Musulmana	Mali	meses

Tabla 1: elaboración propia

### ***Recolección de datos***

La recolección de datos incluyó entrevistas en profundidad llevadas a cabo entre enero y junio de 2021. Las entrevistas se realizaron en un despacho del Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina de la Universidad de Almería, dependencias de centros de atención sanitaria y en domicilios particulares. Se utilizó un protocolo de entrevista con preguntas abiertas (Tabla 2). Antes de comenzar se les explicó el objetivo, y las cuestiones éticas de la investigación (confidencialidad, voluntariedad, permiso para grabación, consentimiento). Las entrevistas fueron realizadas por dos investigadores, con formación y experiencia en la conducción de entrevistas en profundidad y dominio de varios idiomas y dialectos africanos. Las entrevistas, con una duración media de 86 minutos, fueron grabadas para su posterior transcripción. El entrevistador tomó anotaciones de elementos no verbales (p. ej. gestos...) y paraverbales (p. ej. tono de la voz...) de la comunicación. La recolección de datos se detuvo cuando los investigadores percibían que no aportaban información nueva, considerando que se había alcanzado la saturación de datos (Green & Thorogood, 2018).

**Tabla 2.** Protocolo de la entrevista

<b>Etapa de la entrevista</b>	<b>Tema</b>	<b>Contenido/ ejemplo de pregunta</b>
Presentación	Motivos	Creencia de que su experiencia ofrece una enseñanza que ha de ser conocida por todos.
	Intenciones	Realizar una investigación para dar a conocer esa experiencia.
Inicio	Pregunta de arranque	Cuénteme algo sobre usted (quién es, a qué se dedica, hable de su país de origen)
Desarrollo	Guía para la conversación	¿Cuándo le hicieron la mutilación genital? ¿Qué recuerda de aquello?
		¿Cómo ha sido tu vida desde la mutilación? Háblame de las secuelas o molestias que le hayan quedado desde entonces. ¿Qué ha hecho para revertir esas consecuencias (secuelas)?
Cierre	Pregunta final	¿Hay algo más que me quiera decir?
	Agradecimiento	Gracias por su atención. Su testimonio nos será de gran utilidad
	Ofrecimiento	Le recordamos que para cualquier duda puede llamarnos y que le comunicaremos los resultados de nuestra investigación

### **Análisis de datos**

Todas las anotaciones, junto a las grabaciones de entrevistas en profundidad, fueron transcritas e incorporadas a una Unidad Hermenéutica, para su posterior análisis con ATLAS.ti 9.0 software. El análisis siguió varios pasos organizados en tres momentos basados en la fenomenología de Merleau Ponty ([Fernández-Sola, 2019](#)). En la tabla 3 puede verse una descripción del proceso de análisis de datos.

**Tabla 3.** Análisis de datos basado en la fenomenología de Merleau Ponty.

<b>Momento</b>	<b>Proceso</b>
1. Descripción	Se leyeron las transcripciones completas para comprender las declaraciones de las participantes como un todo ( <a href="#">Willig &amp; Rogers, 2017</a> ).
2. Reducción fenomenológica	Se intentó lograr la <i>epoché</i> en tres momentos diferentes ( <a href="#">Dantas Guedes &amp; Moreira, 2009</a> ): <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Los investigadores colocaron sus experiencias entre paréntesis (<i>epoché</i>) mediante el análisis de las experiencias de las participantes tal como las vivieron. Se evitó que conceptos personales o teóricos de los investigadores se interpusieran.</li> <li>2. Los investigadores organizaron los datos en unidades de significado según las narraciones de las participantes.</li> <li>3. Los investigadores se centraron en las experiencias de las participantes sin incluir sus experiencias previas sobre la MGF.</li> </ol>

	La revisión de la literatura se hizo a posteriori al análisis de los datos.
3. Interpretación fenomenológica	Los investigadores salieron del paréntesis para interpretar los fenómenos. Los investigadores transformaron las expresiones de las participantes en expresiones adecuadas al discurso científico, que se apoyó en la investigación. Se localizaron los elementos visibles y ocultos, según la perspectiva adoptada por los investigadores. Esta perspectiva permitió a los investigadores identificar lo que podía verse y lo que estaba oculto.

### ***Rigor***

Para asegurar el rigor científico con el que se llevó a cabo el estudio se adoptaron los criterios de calidad de [Lincoln & Guba \(1985\)](#). Esto incluye: (1) Credibilidad, se detalló el proceso de recopilación de datos, la interpretación de los datos fue apoyada por el chequeo entre investigadores o “member checking”, y el proceso analítico fue revisado por dos revisores independientes. (2) Transferibilidad, se describió detalladamente el entorno de estudio, participantes, contexto y método. (3) Dependabilidad, mediante el examen de las interpretaciones por un experto que no participó en la recolección de datos y análisis. (4) Confirmabilidad, para lo que todos los investigadores leyeron de forma independiente las transcripciones para llegar a un acuerdo sobre unidades de significado, subtemas y temas, emergentes. Además, algunos participantes tuvieron la oportunidad de ver las transcripciones. ([Morse, 2015](#)).

### ***Consideraciones éticas***

El estudio se llevó a cabo de acuerdo con los estándares éticos establecidos por la Declaración de Helsinki. Fue aprobado por la Comisión de Ética e Investigación del Departamento de Enfermería, Fisioterapia y Medicina de la Universidad de Almería (N.º Protocolo: EFM-03/20). Las participantes fueron informadas del objetivo/propósito de la investigación y del carácter voluntario de su participación. Se pidió permiso para grabar las conversaciones y firmaron un consentimiento informado. La confidencialidad y el anonimato fueron garantizados, codificando los nombres de los participantes.

## Resultados

Del análisis de los datos se desarrollan dos temas principales: (1) *Impacto de la MGF/corte: Una salud sexual secuestrada* y (2) *Eliminar las secuelas y recuperar la integridad. El difícil proceso de reconstrucción genital*. Estos temas contribuyen a la comprensión de las experiencias asociadas a las secuelas de la MGF/C en mujeres subsaharianas supervivientes y residentes en España. (Tabla 4).

**Tabla 4.** Temas, subtemas y unidades de significado.

TEMA	SUBTEMA	CÓDIGOS
Impacto de la MGF/corte: Una salud sexual secuestrada	Una mutilación que trasciende lo corporal y alcanza a lo psico-sexual	Coitalgia, dismenorrea, dispareunia, falta de deseos, dificultad de lubricación, control de sexualidad, miedo el sexo, infecciones, sangrado.  Fingir placer, frustración, problemas relación de pareja, rechazo hombres, fingir enfermedad para no tener relaciones, pesadillas, depresión, atención psicológica, medicación depresión.  Tabú, falta confianza, intimidad, vergüenza
	Más allá de lo sexual: Complicaciones obstétricas durante el parto	Dolor intenso, fistulas genitourinarias, muerte, complicaciones obstétricas, hemorragia masiva
Eliminar las secuelas y recuperar la integridad. El difícil proceso de reconstrucción genital	El tortuoso camino hacia la decisión de la reconstrucción genital	Dudas, dura decisión, inseguridad, pedir ayuda para reconstruir, firmeza, falta de información sobre reconstrucción, sentirse confusa.
	La alegría de recuperarse a sí misma	Recuperar lo que me han quitado, sentirse bien, recomendarlo a otras mujeres, seguridad en sí misma, celebrarlo, cambio, comparación, alegría, felicidad.

Tabla 4: Elaboración propia

***Impacto de la MGF/corte: Una salud sexual secuestrada.***

Las entrevistadas refieren que los efectos de la MGF/C sobre la vida son permanentes. Esta práctica no es sólo arrebatar el derecho a una infancia saludable, se asocia al control de la sexualidad y castidad de la mujer de por vida. Los efectos a nivel psicológico más estudiados en estas mujeres son la depresión, ansiedad crónica, alteraciones psicóticas, inseguridad personal, miedo y rechazo social. Dentro de este tema, emergen dos subtemas:

*Una mutilación que trasciende lo corporal y alcanza a lo psico-sexual*

Nuestras participantes afirmaron que las formas más diversas de expresión de la vida sexual les han sido prohibidas como mujeres. Además, su erotismo, su placer y sus deseos sexuales son negados para preservar su moralidad y castidad. Afirmaban que la MGF/C se realiza para que la mujer sea pura y llegue virgen al matrimonio. Ellas relataban que las mujeres que no tienen hecha la MGF/C son mujeres que se van con muchos hombres porque necesitan satisfacer su deseo sexual, de esta manera se explica el control de la sexualidad en las mujeres mutiladas.

Al mutilar su cuerpo, precisamente por los genitales, se hace patente la dimensión corpórea de la sexualidad. Las mujeres se sienten agredidas o mutiladas en su sexualidad a través del corte de sus genitales. Eso las mutila físicamente, pero también cercena su deseo y elimina toda posibilidad de disfrute.

*“(…) a nivel sexual afecta sin tener ganas de tener relaciones, puedes estar años sin tener relaciones. No sientes placer, hay muchos problemas. Mi marido quiere tener relaciones, sexo, y yo quiero dormir, yo no valgo, las mujeres cortadas no saben si buen o mal sexo, no te enteras”.* (P7)

Pero el alcance de la mutilación corporal no se queda en las dimensiones de la sexualidad más estrechamente ligadas a la genitalidad. La mutilación trasciende lo físico y las mujeres saben que con ello les han extirpado cualquier posibilidad de realización sexual. Sentimientos de vergüenza e inferioridad lastran el desarrollo sexual de las mujeres mutiladas, más allá de lo meramente corporal/genital. Así, indicaron que tenían dificultades para mantener una relación de pareja debido a la inseguridad y el miedo. Las participantes explicaban que sentían vergüenza de mostrar sus genitales. Ellas manifestaban sentirse diferentes al resto de mujeres, no sentían en sus relaciones sexuales.

Las entrevistadas denotaban un sentimiento de inferioridad que las llevaba a distanciarse de los hombres. Los efectos que produce la MGF/C sobre la salud sexual son irreparables tanto física como psicológicamente.

*“He tenido que pasar situaciones que son brutales, como se lo explico, como me dijeron que la mutilación la hacían para que no sintiéramos placer, pues si por desgracia afecta a las relaciones, a nivel sexual afecta sin tener ganas de tener relaciones, puedes estar años sin tener relaciones. Encima, esto de un modo u otro me ha hecho rechazar a los hombres” (P1)*

Esos sentimientos de vergüenza e inferioridad impiden que las mujeres puedan hablar abiertamente. Los sentimientos de vergüenza e inferioridad que descubrimos en las mujeres mutiladas dificultan que puedan hablar abiertamente de su sexualidad. Ante la imposibilidad de expresar sus sentimientos las participantes destacaron que no suelen hablar del tema con casi nadie. En sus familias no está bien visto hablar de la sexualidad ni de la MGF/C, debiendo quedar relegado a la intimidad personal. Las entrevistadas informaron que es un tema tabú, no hablan del tema por falta de confianza y vergüenza. Las mujeres añoraban realizar preguntas a sus familiares y resolver sus dudas. Éste hecho les hubiera aliviado, pues en el transcurso de las entrevistas, cuando las mujeres expresaban sus sentimientos, ellas estaban agradecidas de que las escuchasen y como consecuencia de ello era como si una parte de su sufrimiento fuese liberado.

*“Las abuelas no hablan de este tema, es un tema tabú, yo he podido hablar con mi madre y con amigas, pero con las abuelas ¡qué vergüenza! Si le preguntas porqué se hace o que es eso van a decir ¿pero, cómo me preguntas eso? Esas cosas no se hablan. (...). (P6)*

Las mujeres entrevistadas afirmaron que las consecuencias psicológicas eran frecuentes y que perduraban en el tiempo. Entre las principales consecuencias descritas se encontraban fingir placer, frustración, problemas de relación de pareja, rechazo hacia los hombres y depresión. Algunas participantes manifestaban ser conscientes del sufrimiento que les ha ocasionado la MGF/C, no poder relacionarse sexualmente y sentirse incompletas disminuían sus expectativas de felicidad. Algunas de estas mujeres tenían sueños recurrentes que alteraban su descanso.

*“Las consecuencias psicológicas, te dan muchas depresiones quieras o no, lo pasas muy mal, depende de la persona, hasta te tienes que estar medicando y yendo al psicólogo constantemente. Puedes tener un montón de pesadillas otras consecuencias como hacer pipí en la cama, no me avergüenzo, pero siendo mayor ya he tenido pesadillas y me he levantado con la cama llena de pis”.* (P1)

#### *Más allá de lo sexual: Complicaciones obstétricas durante el parto*

Nuestras entrevistadas describieron que las complicaciones obstétricas fueron bastante problemáticas, entre ellas alargar la duración del parto, aumento de la probabilidad de cesáreas, incremento de la morbilidad materna y perinatal.

*“Me dice que al parir también tienen muchos problemas por el dolor y al inflamarse durante el embarazo. Es por ello que se producen más desgarros y luego la recuperación es mucho más lenta. Cuando me siento en el ginecólogo, veo sus caras, me hacen sentir mal, los veo que hablan entre ellos y luego te miran con cara rara, me preguntan si me duele, ven la cicatriz grande”.* (P3)

También las entrevistadas refirieron que podía haber hemorragia y desgarro en el postparto, aumento de la estancia hospitalaria, necesidad de reanimación y mortinato. Las participantes sufrían la reducción de la elasticidad en el tejido perineal. La cicatrización posterior a la MGF/C produce dolor crónico y rigidez en el área genital. En el proceso de parto la piel del perineo no es capaz de soportar el estiramiento de los tejidos. Las mujeres mutiladas se ven privadas de la oportunidad de experimentar un parto de bajo riesgo. Las participantes explicaban sus experiencias y las de otras mujeres mutiladas de su país manifestando miedo, su voz temblorosa y sus ojos llenos de lágrimas inundaban el ambiente de una tristeza silenciosa.

*“La mujer cuando da a luz va a ser muerta, mucha sangre, vi que moría de eso, tengo miedo. Yo conocí a una mujer da a luz luego muerta. Bebé vive con ahí con su padre. Tengo miedo de eso, tengo miedo de eso”.* (P13)

#### ***Eliminar las secuelas y recuperar la integridad. El difícil proceso de reconstrucción genital.***

Las participantes afirmaron que se trató de una decisión difícil, con muchas dudas, algunas participantes refirieron que tomar la decisión de pedir ayuda para reconstruirse

fue duro, la falta de información les hizo sentirse inseguras y confusas. Algunas participantes afirmaron que la información para la reconstrucción les había llegado de amigas y familiares que han podido acceder fácilmente al proceso de reconstrucción por residir en otros países como Francia.

Con la reconstrucción se hace patente que las mujeres viven en el mundo con su cuerpo. Si el cuerpo es mutilado, les mutila psicológica y sexualmente, la reconstrucción tiene un significado que trasciende lo corporal, pues con ello sienten que recuperan su dignidad, su integridad como personas y su identidad como mujeres.

#### *El tortuoso camino hacia la decisión de la reconstrucción genital*

Las molestias físicas y el sufrimiento o distrés psicológico hace que algunas mujeres que habían oído hablar de la posibilidad de reconstruir sus genitales, se plantearan seriamente esa opción. La información sobre la posibilidad de reconstrucción les llega de conocidas o profesionales de la salud.

*“Me comentó una matrona que podía reconstruir mis genitales. No del todo, pero que operaban para volver a tener. Y ya pregunté a conocidas y decían que sí”.*  
(P9)

*“Decidí ir a un doctor en Barcelona porque me quería hacer la reconstrucción, fui y me explicaron cómo iba un poco, decidí hacerme la operación”.* (P2)

En otras ocasiones las participantes señalaron que desde pequeñas venían pensando en la posibilidad de intervenir para reconstruirse, aunque reconocían que con esa edad aún no estaban preparadas para esa intervención.

*“Era una decisión que sinceramente llevaba pensando desde que era pequeña, tenía 15 o 16, no lo pude hacer en ese momento porque no me sentía preparada ni física ni psicológicamente porque es más psicológico que físico”.* (P2)

Pero tomar la decisión de reconstruir sus genitales no fue fácil para las participantes. Por un lado, algunas entrevistadas indicaron que la reconstrucción fue una decisión compleja, que les hizo recordar las experiencias pasadas y con ello el estrés, sufrimiento, insomnio y otras consecuencias negativas.

*“Hace unos años que decidí operarme, ... me costó un montón tomar la decisión, pasé muchos miedos, ... sin poder dormir, tenía sueños repetitivamente del*

*momento que pasé la ablación, empecé a adelgazar de tantos nervios y estrés”.*

(P11)

Por otra parte, las participantes informaron que la decisión de reconstruir sus genitales, hacía aflorar sentimientos de culpa, de estar contraviniendo una decisión de su familia y de ir en contra de las tradiciones de “su gente” (su grupo social de referencia, su etnia, su familia...)

*“A veces sentía culpa porque siempre he pensado si estará bien, si mis padres me lo han hecho, ¿Será por algo?, ¿Estoy haciendo bien?, ¿Qué pensará la gente?”.*

(P11)

Algunas entrevistadas que pensaron o decidieron realizarse la reconstrucción, refirieron en la mayoría de los casos que no tuvieron información suficiente sobre el proceso. No saben si se enfrentan a un trasplante, ni los riesgos que entraña, ni la efectividad de la medida.

*“Estaba muy nerviosa y lo primero que pensé fue: ¿Qué me van a poner?, ¿Me van a poner el clítoris de otra persona? No tenía información.”. (P6)*

El proceso de valoración por profesionales, una vez tomada la decisión de reconstruir, también fue narrado por las participantes. Destacaron que, junto a las evaluaciones profesionales y pruebas complementarias, en este proceso obtienen la información que inicialmente les faltaba y desorientaba.

*“...me hicieron pruebas, tuve que ver a una psicóloga para que me evaluara, para ver si yo estaba preparada y lo que descubrí es que las mujeres, gracias a dios, tenemos el clítoris de 10 cm de largo y que en lo que consistía la operación era en sacarlo hacia fuera y lo reconstruyen. Me lo explicó y dije “dame la primera cita que tengas”.* (P2)

*La alegría de recuperarse a sí misma.*

Después, las participantes reconstruidas afirmaron sentirse contentas con el resultado, además de la alegría de recuperarse a sí mismas. Las participantes se evaluaban a sí mismas como afortunadas por haber podido reconstruirse y destacaron la importancia

de recuperar una parte de su cuerpo que les habían quitado, gracias a una intervención quirúrgica.

*“Lo bueno es que me pude operar, tengo clítoris, soy como una persona normal y corriente, bueno, por desgracia no puedo recuperar mis labios mayores ni menores pero bueno, eso tampoco me preocupa mucho, porque sus funciones son cubrirnos nuestras partes.” (P9)*

En relación a recuperar su sexualidad y la posibilidad de disfrute sexual, las participantes percibían que por fin tenían la oportunidad de decidir sobre su sexualidad y la reconstrucción les parecía cómo ver la luz al final del túnel. Percibieron claramente los cambios en su vida sexual tras la reconstrucción, indicando satisfacción al recuperar del deseo sexual y sentir placer.

*“He sentido, pero las veces que he sentido son pocas, tampoco voy a mentir, y ahora que tengo clítoris si hay diferencia, mucha diferencia”. (P 6)*

*“Quería comentar que sí hace efectos, hay mucha diferencia, se nota cuando tienes clítoris, tienes más ganas de tener relaciones. A la hora de tenerlas sientes el doble no, el triple, en las nubes y en las estrellas sinceramente”. (P 9)*

Reconstruir su cuerpo para recuperar su identidad, su manera natural de estar en el mundo. Estamos en el mundo con nuestro cuerpo y para las participantes recuperar la integridad del cuerpo fue recuperar su identidad como mujer y volver a sentirse en el mundo, tal y como vinieron, o como “dios las trajo”.

*“¿Por qué decidí hacer esto? Porque lo necesitaba sinceramente, después de todo lo que he pasado yo necesitaba arreglar eso para sentirme bien y para sentirme mujer, para sentirme yo, como Dios me ha traído al mundo”. (P12)*

Las participantes reconstruidas acaban recomendando a otras mujeres mutiladas que se sometían al proceso de reconstrucción, destacando los cambios positivos sentidos, tanto a nivel físico como psíquico.

*“Lo recomiendo a todas las chicas ya no solo porque luego vayas a sentir, yo me he hecho todo esto porque son años de luchas, he tenido muchos problemas, lo he pasado muy mal, he tenido muchas depresiones, no ha sido de la noche a la*

*mañana, esto lo he trabajado muchos años de psicólogo, muchas terapias, mucha información, conocer otras personas que han pasado lo mismo, de todo”. (P6)*

Algunas participantes reconstruidas indicaron que existen redes de apoyo que ayudan a resolver las dudas iniciales previas al proceso de reconstrucción. A la vez ellas mismas se ofrecen como parte de esas redes de apoyo para decirles a las supervivientes de MGF que no tengan miedo a la reconstrucción de los genitales.

*“Deciros que hay un montón de sitios, asociaciones que te apoyan, no tengáis miedo”. (P 11)*

En un nivel interpretativo/pragmático de análisis (saliendo del paréntesis) se elabora un mapa conceptual que relaciona las distintas categorías entre sí (Figura 1). La MGF es una experiencia negativa que no queda limitada al momento de sufrirla, sino que sus secuelas se experimentan durante toda la vida de las supervivientes. Entre estas secuelas está el impacto físico y psicológico de la MGF que roban a las supervivientes su derecho a una sexualidad plena, privándolas de la salud sexual en su amplio significado, que incluye derecho a disfrutar. En ese sentido la MGF/C es un mecanismo de control de la sexualidad de las mujeres. Las secuelas alcanzan no solo a la salud sexual sino también a la reproductiva, suponiendo un elemento de riesgo para el parto. De ese modo las supervivientes son privadas de la posibilidad de un parto normal o de bajo riesgo. Todo esto justifica que las supervivientes se planteen el proceso de la reconstrucción quirúrgica de sus genitales. Pero el camino para tomar la decisión es tortuoso y está flanqueado de miedos, dudas, inseguridad, etc. Estos sentimientos están ocasionados por la falta de información y porque las supervivientes rememoran la experiencia traumática de la MGF/C. Aquellas que se sometieron al proceso de reconstrucción genital perciben que, a nivel físico-corporal, han recuperado lo que les quitaron y con ello han recuperado su autoestima, seguridad y calidad de vida sexual. Se sienten felices de haberse reconstruido y no dudan en recomendarlo a las mujeres que puedan estar pensándoselo, para las que ofrecen su apoyo.

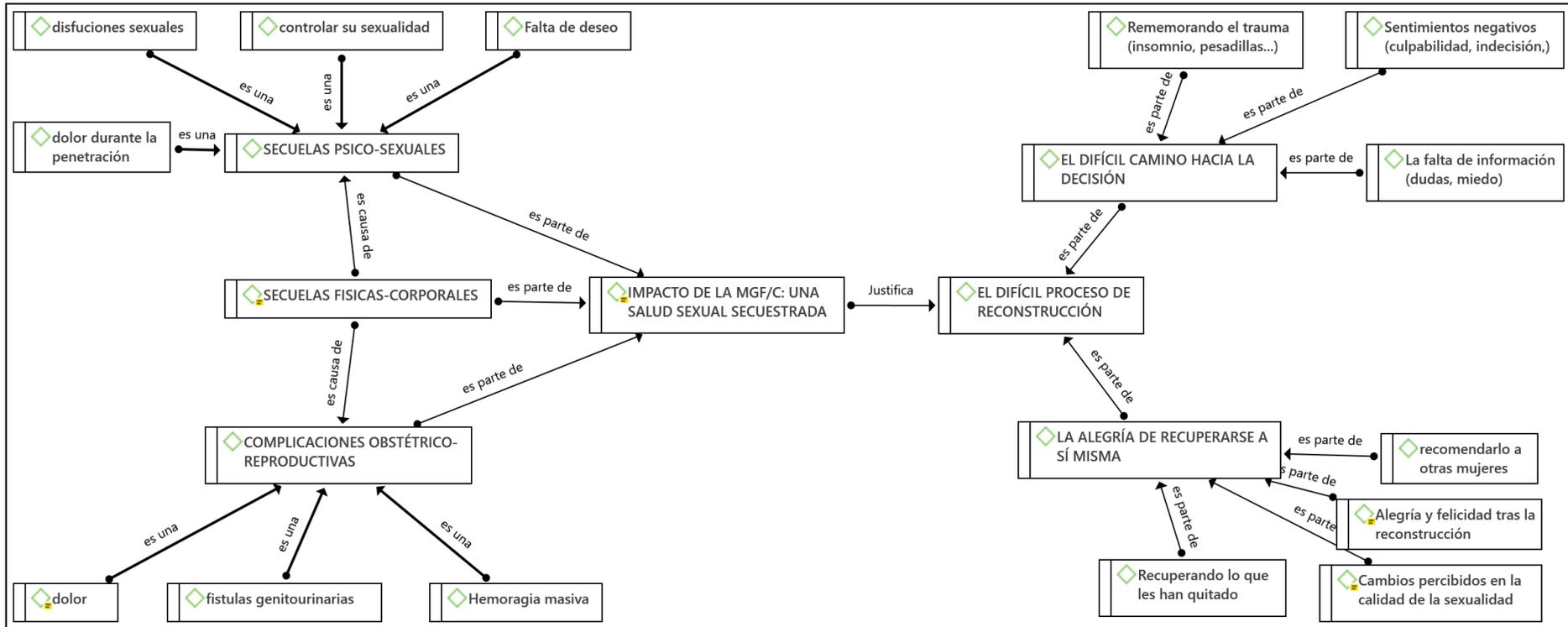


Figura 1. Mapa conceptual.

## Discusión

El objetivo de este estudio fue comprender las experiencias asociadas a las secuelas de la MGF/C en mujeres subsaharianas supervivientes y residentes en España. Adoptar un enfoque basado en la fenomenología de Merleau Ponty nos ha permitido generar conocimiento sobre un fenómeno complejo desde la perspectiva de las mismas mujeres que lo encarnan. Esto es relevante en un fenómeno que evidencia como pocos la imposibilidad de dissociar el cuerpo de la conciencia (Merleau-Ponty, 2013). Accedemos al mundo a través de nuestro cuerpo (Merleau-Ponty, 2013), y las experiencias sobre las secuelas la MGF/C que las participantes expresaron fueron interpretadas desde la perspectiva de la inseparabilidad cuerpo-ser en el mundo de las mujeres estudiadas.

La MGF/C viola, agrede y abusa de los derechos humanos de las mujeres subsaharianas (Varol et al., 2015). La MGF/C genera secuelas en la función sexual, como disminución de deseo, dificultades para llegar el orgasmo, dolor durante la penetración, sentimiento de vergüenza por los genitales externos, problemas al mantener una relación de pareja o fingir el orgasmo (Pastor-Bravo et al., 2018; Payne et al., 2019; Zoorob et al., 2019). Coincidiendo con nuestros resultados, hay estudios que señalan que la MGF/C repercute en la salud mental de las mujeres como las pesadillas nocturnas, inseguridad de sí mismas o recuerdos traumáticos (Pastor-Bravo et al., 2018; Willig & Rogers, 2017). Las mujeres mutiladas afirmaron presentar secuelas psicológicas que son para toda la vida. Byrne (2014) señala que las mujeres nunca olvidan el dolor y algunas refieren flashbacks experimentando angustia extrema. Como afirmaron nuestras informantes, la MGF/C no tiene ningún beneficio sobre la salud de las mujeres. Por lo tanto, la MGF/C es solo una tortura, aceptada culturalmente (Abdalla & Galea, 2019; Zoorob et al., 2019). Las participantes de nuestro estudio expresaron que la MGF/C era un tema tabú, describiendo sentir vergüenza, viéndose su comunicación cohibida. Nuestras informantes y algunos autores como (Graamans et al., 2019; Geynisman-Tan et al., 2019) consideran que el hecho de que MGF/C no sea el tema de una discusión animada entre el pueblo africano, puede interpretarse en términos de tabú. Sin embargo, tanto nuestro estudio como otros (Grose et al., 2019; Ilo et al., 2018) indican que el silencio a este respecto puede deberse en gran medida a que el asunto se percibe como resuelto. Esta interpretación está respaldada por el hecho de que existen muy pocos informantes que podrían imaginar que algunos de sus compatriotas puedan considerar circuncidadas a sus

hijas (Jordal et al., 2019; Kandala et al., 2018). Según nuestros resultados, la MGF/C produce importantes secuelas en la salud sexual y reproductiva de las mujeres. Estudios previos también destacan que las mujeres que han sido mutiladas tienen mayor riesgo de sufrir complicaciones durante el parto, especialmente aumento del riesgo de parto prolongado, desgarros perineales, problemas del suelo pélvico, parto instrumental, hemorragia obstétrica y cesárea (Binkova et al., 2021; Lurie et al., 2020; Zoorob et al., 2019). Además, la MGF/C tipo III (infibulación) tiene mayores riesgos de morbilidad materna y del recién nacido (Pastor-Bravo et al., 2018; Payne et al., 2019). En otro estudio no se identifican problemas relacionados con los embarazos y los partos en mujeres sometidas a MGF/C (Ballesteros et al., 2014). En nuestro estudio las entrevistadas refirieron que podía haber hemorragia y desgarro en el parto, sin embargo, en el estudio realizado por Andro et al., (2014) refieren que no hay diferencias con respecto a la hemorragia con mujeres sometidas a MGF/C, pero sí que el desgarro durante el parto fue más frecuente en las mujeres con MGF/C.

Según nuestras participantes el proceso de reconstrucción suele ser una decisión difícil y compleja. Las entrevistadas se sentían inseguras y con falta de información sobre la cirugía reconstructiva por parte de los profesionales de la salud. Existen estudios previos que indicaron que las mujeres mutiladas referían una falta de información de los profesionales de la salud sobre la reconstrucción (Abdulcadir et al., 2015a; Pastor-Bravo et al., 2018). Nuestros resultados indicaron que las participantes reconstruidas afirmaron sentirse contentas de recuperarse a sí mismas. Además, sentían que podían decidir sobre su sexualidad y eso les hacía felices. Existe evidencia científica que indica que entre los beneficios de la reconstrucción se encuentra la mejora de la función sexual, disminución del dolor, clítoris más visible y accesible, y mejora de su identidad de género e imagen corporal (Abdulcadir et al., 2015b; Sharif Mohamed et al., 2020). En un estudio realizado por Abdulcadir et al. (2017), de las seis mujeres que se sometieron a la reconstrucción del clítoris tres querían someterse a una cirugía para mejorar el dolor y su función sexual. Sin embargo, poco se sabe sobre si las mujeres están satisfechas con la cirugía (Berg et al., 2017). Coincidimos con Vital et al. (2016) en que sería útil realizar estudios prospectivos que utilicen cuestionarios validados para evaluar la autoestima, la calidad de vida, la depresión y la imagen corporal tras la cirugía de reconstrucción de clítoris en mujeres con MGF/C. Además, pensamos que realizar un seguimiento a largo plazo de los resultados de la morbilidad postoperatoria y los posibles beneficios según Sigurjonsson & Jordal.

(2018) reforzaría la evolución del tratamiento reconstructivo para las mujeres con MGF/C ya que esta cirugía se está expandiendo pero a un ritmo lento.

### **Limitaciones**

Algunas limitaciones de este estudio tienen que ver con la selección de la muestra. Algunas participantes fueron seleccionadas en el marco de un Proyecto de investigación-Acción desarrollado entre una Universidad y una NGO (Médicos del Mundo) que lucha activamente contra la MGF/C. Esto puede haber contribuido a que las participantes estén especialmente comprometidas en contra de esta práctica y puede haber disuadido la participación de mujeres que acepten plenamente la práctica de la MGF. Todas las participantes son supervivientes residentes en Europa, donde esta práctica está muy perseguida. Buscar participantes que no han salido del su contexto podría haber arrojado resultados diferentes.

Otras limitaciones tienen que ver con la recolección de datos. El investigador, de origen africano, que hizo las entrevistas en idiomas o dialectos que hablan estas mujeres facilitó el proceso comunicativo, pero al ser hombre, pudo contribuir a que algunas mujeres evitasen contar sus experiencias más íntimas y dolorosas. Otra entrevistadora era mujer, lo que facilitó la comunicación de esas experiencias, pero sus entrevistas se desarrollaron en español, lo que pudo suponer una barrera lingüística en algunos casos.

### **Conclusiones**

La MGF/C tuvo en las supervivientes un fuerte impacto negativo a nivel sexual, psicológico y obstétrico. La reconstrucción genital fue una difícil decisión para las mujeres mutiladas. Las participantes afirmaron que hubo una recuperación de sí mismas, destacando los cambios positivos sentidos. Existen redes de apoyo que ayudan a las mujeres con MGF/C a resolver las dudas iniciales previas al proceso de reconstrucción. Con estos resultados se puede comprender mejor a estas mujeres y realizar protocolos para ayudarlas e incidir en su comunidad para dar información acerca de los riesgos de esta práctica. Las mujeres deben tener toda la información necesaria para tomar su propia decisión acerca de si someterse o no a la MGF/C.

## Referencias

- Abdalla, S.M., Galea, S., 2019. Is female genital mutilation/cutting associated with adverse mental health consequences? A systematic review of the evidence. *BMJ Glob Health*, 4(4), e001553. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2019-001553>
- Abdoli, S., Masoumi, S. Z., Jenabi, E., 2021. Investigation of prevalence and complications of female genital circumcision: A systematic and meta-analytic review study. *Current pediatric reviews*, 10.2174/1573396317666210224143714. Advance online publication. <https://doi.org/10.2174/1573396317666210224143714>
- Abdulcadir, J., Rodriguez, M. I., & Say, L., 2015a. A systematic review of the evidence on clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting. *International journal of gynaecology and obstetrics: the official organ of the International Federation of Gynaecology and Obstetrics*, 129(2), 93–97. <https://doi.org/10.1016/j.ijgo.2014.11.008>
- Abdulcadir, J., Rodriguez, M. I., Petignat, P., & Say, L., 2015b. Clitoral reconstruction after female genital mutilation/cutting: case studies. *The journal of sexual medicine*, 12(1), 274–281. <https://doi.org/10.1111/jsm.12737>
- Abdulcadir, J., Tille, J. C., & Petignat, P., 2017. Management of painful clitoral neuroma after female genital mutilation/cutting. *Reproductive health*, 14(1), 22. <https://doi.org/10.1186/s12978-017-0288-3>
- Ahmed, H.M., Shabu, S.A., Shabila, N.P., 2019. A qualitative assessment of women's perspectives and experience of female genital mutilation in Iraqi Kurdistan Region. *BMC Womens Health*, 19(1), 66. <https://doi.org/10.1186/s12905-019-0765-7>
- Akinbiyi, T., Langston, E., Percec, I., 2018. Female genital mutilation reconstruction for plastic surgeons-a call to arms. *Plast Reconstr Surg Glob Open*, 6(11), e1945. <https://doi.org/10.1097/GOX.0000000000001945>
- Atkinson, H.G., Geisler, A., 2019. Developing Physician Educational Competencies for the Management of Female Genital Cutting: A Call to Action. *J Womens Health*. 8(7), 997-1003. <https://doi.org/10.1089/jwh.2018.7163>

- Andro, A., Cambois, E., & Lesclingand, M., 2014. Long-term consequences of female genital mutilation in a European context: self perceived health of FGM women compared to non-FGM women. *Social science & medicine* (1982), 106, 177–184. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2014.02.003>
- Ballesteros, C., Almansa, P., Pastor, M.M., & Jiménez, I., 2014. The voice of women subjected to female genital mutilation in the Region of Murcia (Spain). *Gaceta Sanitaria*, 28(4), 287-291. <https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2014.02.006>
- Berg, R.C., Taraldsen, S., Said, M.A., Sørbye, I.K., Vangen, S., 2017. Reasons for and experiences with surgical interventions for female genital mutilation/cutting (FGM/C): a systematic review. *J Sex Med*, 14, 977–90. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2017.05.016>
- Binkova, A., Uebelhart, M., Dällenbach, P., Boulvain, M., Gayet-Ageron, A., Abdulcadir, J., 2021. A cross-sectional study on pelvic floor symptoms in women living with Female Genital Mutilation/Cutting. *Reproductive health*, 18(1), 39. <https://doi.org/10.1186/s12978-021-01097-9>
- Boghossian, A.S., Freebody, J., Moses, R., Jenkins, G., 2019. Risk assessment for antenatal depression among women who have undergone female genital mutilation or cutting: Are we missing the mark? *Aust N Z J Obstet Gynaecol*. 60(1), 76–81. <https://doi.org/10.1111/ajo.13001>
- Buggio, L., Facchin, F., Chiappa, L., Barbara, G., Brambilla, M., Vercellini, P., 2019. Psychosexual consequences of female genital mutilation and the impact of reconstructive surgery: a narrative review. *Health Equity*, 3(1),36-46. <https://doi.org/10.1089/heq.2018.0036>
- Byrne, A., 2014. Supporting women after genital mutilation. *Nursing times*, 110(18), 12–14.
- Dantas Guedes, D., Moreira, V., 2009. El Método Fenomenológico crítico de Investigación con Base en el Pensamiento de Merleau-Ponty. *Terapia psicológica*, 27(2), 247-257. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082009000200010>
- Dilbaz, B., İflazoğlu, N., Tanın, S.A., 2019. An overview of female genital mutilation. *Turk J Obstet Gynecol*;16(2),129-132. <https://doi.org/10.4274/tjod.galenos.2019.77854>

- Dixon, S., Agha, K., Ali, F., El-Hindi, L., Kelly, B., Locock, L., Otoo-Oyortey, N., Penny, S., Plugge, E., Hinton, L., 2018. Female genital mutilation in the UK- where are we, where do we go next? Involving communities in setting the research agenda. *Res Involv Engagem.* 17(4), 29. <https://doi.org/10.1186/s40900-018-0103-5>
- El-Gibaly, O., Aziz, M., Abou, Hussein, S., 2019. Health care providers' and mothers' perceptions about the medicalization of female genital mutilation or cutting in Egypt: a cross-sectional qualitative study. *BMC Int Health Hum Rights.* 19(1), 26. <https://doi.org/10.1186/s12914-019-0202-x>
- European Institute for Gender Equality (EIGE), 2021a. Female genital mutilation: How many girls are at risk in Spain?. EIGE: Lithuania. <https://eige.europa.eu/publications/female-genital-mutilation-how-many-girls-are-risk-spain>
- European Institute for Gender Equality (EIGE), 2021b. Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union - Denmark, Spain, Luxembourg, and Austria. <https://eige.europa.eu/publications/estimation-girls-risk-female-genital-mutilation-european-union-denmark-spain-luxembourg-and-austria>
- Evans, C., Tweheyo, R., McGarry, J., Eldridge, J., Albert, J., Nkoyo, V., Higginbottom, G., (2) 2019. Crossing cultural divides: A qualitative systematic review of factors influencing the provision of healthcare related to female genital mutilation from the perspective of health professionals. *PLoS One.* 4(3), e0211829. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0211829>
- Fernández-Sola, C. Análisis de datos cualitativos. En *Comprender para cuidar. Avances en Investigación cualitativa en Ciencias de la Salud*; Fernández-Sola, C., Granero-Molina, J., Hernández-Padilla, J. M. Eds.; Editorial Universidad de Almería. Almería, 2019; pp. 239-264
- Gayawan, E., Lateef, R.S., 2018. Estimating geographic variations in the determinants of attitude towards the practice of female genital mutilation in Nigeria. *J Biosoc Sci.* 27, 1-13. <https://doi.org/10.1017/S0021932018000391>
- Geynisman-Tan, J., Milewski, A., Dahl, C., Collins, S., Mueller, M., Kenton, K., Lewicky-Gaup, C., 2019. Lower urinary tract symptoms in women with female

- genital mutilation. *Female Pelvic Med Reconstr Surg*, 25(2),157-160.  
<https://doi.org/10.1097/SPV.0000000000000649>
- Graamans, E.P., Zolnikov, T.R., Smet, E., Nguura, P.N., Leshore, L.C., Have, S.T., 2019. Lessons learned from implementing alternative rites in the fight against female genital mutilation/cutting. *Pan Afr Med J*. 4, 32-59.  
<https://doi.org/10.11604/pamj.2019.32.59.17624>
- Green, J., Thorogod, N., 2018. *Qualitative methods for health research*. Los Angeles, SAGE.
- Grose, R.G., Hayford, S.R., Cheong, Y.F., Garver, S., Kandala, N.B., Yount, K.M., 2019. Community influences on female genital mutilation/cutting in Kenya: norms, opportunities, and ethnic diversity. *J Health Soc Behav*, 60(1),84-100.  
<https://doi.org/10.1177/0022146518821870>
- Hussein, L.A.,2021. How to Prevent FGM and Support Survivors. En: Domínguez Lora, C, Fernández Sola, C., Jiménez Lasserrotte, MM., Morante García, W. Montes Galdeano, FL., Zapata Boluda, R. *Mutilación Genital Femenina. Un enfoque cultural y de género para la prevención*. Editorial Universidad de Almería. Almería.
- Ilo CI, Darfour-Oduro SA, Okafor JO, Grigsby-Toussaint DS, Nwimo IO, & Onwunaka C., 2018. Factors associated with parental intent not to circumcise daughters in Enugu State of Nigeria: An application of the Theory of Planned Behavior. *Afr J Reprod Health*, 22(91), 29–36. <https://doi.org/10.29063/ajrh2018/v22i1.3>
- Junta de Andalucía, 2016. *Guía para la concienciación sobre mutilaciones genitales femeninas*.  
[https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Guia\\_Mutilacion\\_Genital\\_Femenina\\_0.pdf](https://www.juntadeandalucia.es/export/drupaljda/Guia_Mutilacion_Genital_Femenina_0.pdf)
- Jordal M, Griffin G, Sigurjonsson H., 2019. 'I want what every other woman has': reasons for wanting clitoral reconstructive surgery after female genital cutting - a qualitative study from Sweden. *Cult Health Sex*. 21(6),701-716.  
<https://doi.org/10.1080/13691058.2018.1510980>

- Kandala NB, Ezejimofor MC, Uthman OA, Komba P., 2018. Secular trends in the prevalence of female genital mutilation/cutting among girls: a systematic analysis. *BMJ Glob Health*, 3(5): e000549. <https://doi.org/10.1136/bmjgh-2017-000549>
- Kibar Ozturk, M., Zindanci, İ., Zemheri, E., Çakır, C., 2018. The largest epidermal cyst with vitiligo lesions following female genital mutilation: a case report and literature review. *Acta Dermatovenerol Alp Pannonica Adriat*, 27(4), 211-213. <https://doi: 10.15570/actaapa.2018.43>
- Lincoln, Y. S., Guba, E. G., 1985. *Naturalistic inquiry*. Newbury Park, CA: Sage
- Matanda, D.J., Sripad, P., Ndwiga, C., 2019. Is there a relationship between female genital mutilation/cutting and fistula? A statistical analysis using cross-sectional data from Demographic and Health Surveys in 10 sub-Saharan Africa countries. *BMJ Open*, 9(7), e025355. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-025355>
- Lurie, J. M., Weidman, A., Huynh, S., Delgado, D., Easthausen, I., & Kaur, G., 2020. Painful gynecologic and obstetric complications of female genital mutilation/cutting: A systematic review and meta-analysis. *PLoS medicine*, 17(3), e1003088. <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003088>
- Merleau-Ponty, M., 2013. *Phenomenology of perception*. Routledge.
- Millet, P., Vinchant, M., Sharifzadehgan, S., Vieillefosse, S., Hatem-Gantzer, G., Deffieux, X., 2019. Lower urinary tracts symptoms after female genital mutilation: A review. *Prog Urol*, 29(4), 209-215. <https://doi.org/10.1016/j.purol.2019.01.001>
- Mohammed, E.S., Seedhom, A.E., Mahfouz, E.M., 2018. Female genital mutilation: current awareness, believes and future intention in rural Egypt. *Reprod Health*, 5(1), 175. <https://doi.org/10.1186/s12978-018-0625-1>
- Morse, J. M., 2015. Critical analysis of strategies for determining rigor in qualitative inquiry. *Qualitative Health Research*, 25(9), 1212–1222. <https://doi.org/10.1177/1049732315588501>
- Njue, C., Karumbi, J., Esho, T., Varol, N., Dawson, A., 2019. Preventing female genital mutilation in high income countries: a systematic review of the evidence. *Reprod Health*, 22,16(1), 113. <https://doi.org/10.1186/s12978-019-0774-x>

- Ormrod, J., 2019. The experience of NHS care for women living with female genital mutilation. *Br J Nurs*, 28(10), 628-633. <https://doi.org/10.12968/bjon.2019.28.10.628>
- Pastor-Bravo, M.D.M., Almansa-Martínez, P., Jiménez-Ruiz, I., 2018. Living with mutilation: A qualitative study on the consequences of female genital mutilation in women's health and the healthcare system in Spain. *Midwifery*, 66,119-126. <https://doi.org/10.1016/j.midw.2018.08.004>
- Payne, C.K., Abdulcadir, J., Ouedraogo, C., Madzou, S., Kabore, F.A., De, E.J., Ethics Committee of the International Continence Society., 2019. International continence society white paper regarding female genital mutilation/cutting. *Neurourol Urodyn*, 38(2):857-867. <https://doi.org/10.1002/nau.23923>
- Sabahelzain, M.M., Gamal Eldin, A., Babiker, S., Kabiru, C.W., Eltayeb, M., 2019. Decision-making in the practice of female genital mutilation or cutting in Sudan: a cross-sectional study. *Glob Health Res Policy*, 28, 4-5. <https://doi.org/10.1186/s41256-019-0096-0>
- Scamell, M., Ghumman, A., 2019. The experience of maternity care for migrant women living with female genital mutilation: A qualitative synthesis. *Birth*, 46(1), 15-23. <https://doi.org/10.1111/birt.12390>
- Sharif Mohamed, F., Wild, V., Earp, B. D., Johnson-Agbakwu, C., & Abdulcadir, J., 2020. Clitoral Reconstruction After Female Genital Mutilation/Cutting: A Review of Surgical Techniques and Ethical Debate. *The journal of sexual medicine*, 17(3), 531–542. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2019.12.004>
- Sigurjonsson, H., Jordal, M., 2018. Addressing Female Genital Mutilation/Cutting (FGM/C) in the Era of Clitoral Reconstruction: Plastic Surgery. *Current sexual health reports*, 10(2), 50–56. <https://doi.org/10.1007/s11930-018-0147-4>
- Tong, A., Sainsbury, P, C.J., 2007. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *Int. J. Qual. Health Care* 19 (6), 349–357. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzm042>
- UNICEF, 2015. Female Genital Mutilation/Cutting: A Global Concern; UNICEF: New York, NY, USA, 2015. [http://www.unicef.org/media/files/FGMC\\_2016\\_brochure\\_final\\_UNICEF\\_SPREAD.pdf](http://www.unicef.org/media/files/FGMC_2016_brochure_final_UNICEF_SPREAD.pdf).

- Varol, N., Turkmani, S., Black, K., Hall, J., Dawson, A., 2015. The role of men in abandonment of female genital mutilation: a systematic review. *BMC Public Health*, 15, 1034. <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2373-2>
- Vital, M., de Visme, S., Hanf, M., Philippe, H. J., Winer, N., Wylomanski, S., 2016. Using the Female Sexual Function Index (FSFI) to evaluate sexual function in women with genital mutilation undergoing surgical reconstruction: a pilot prospective study. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology*, 202, 71–74. <https://doi.org/10.1016/j.ejogrb.2016.04.029>
- WHO, 2016. Guidelines on the Management of Health Complications from Female Genital Mutilation. 2016. [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206437/1/9789241549646\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206437/1/9789241549646_eng.pdf?ua=1).
- WHO, 2020. Mutilación Genital Femenina. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation>.
- Willig, C., Rogers WS. (Eds.), 2017. *The SAGE handbook of qualitative research in psychology*. Sage.
- Xolocotzi, A., Gibu, R., 2014. *Fenomenología del cuerpo y hermenéutica de la corporeidad*. Madrid: Plaza y Valdés-BUAP.
- Zoorob, D., Kristinsdottir, K., Klein, T., Seo-Patel, S., 2019. Symptomatic clitoral neuroma within an epidermal inclusion cyst at the site of prior female genital cutting. *Case Rep Obstet Gynecol*, 2019, 5347873. <https://doi.org/10.1155/2019/5347873>