

Protocolo de actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF) en Castilla-La Mancha



Protocolo de actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina (MGF) en Castilla-La Mancha

1. AUTORÍA:

- María Salomé Andújar Bellén. Matrona del Hospital Universitario de Toledo.
- Irene Bajo Pérez. Asesora de Igualdad de la Unidad de Género de los Servicios Centrales. Sescam.
- Sagrario Brasal Moreno. Trabajadora Social de Atención Primaria de Toledo.
- M^a Dolores Castaño Martínez. Enfermera de Atención Hospitalaria de Toledo.
- Sonia Cercenado Sorando. Dirección General Cuidados y Calidad. Seguridad del Paciente. Sescam.
- Álvaro David Chico Chamorro. Psicólogo. Consejería de Sanidad Dirección General de Humanización.
- Patricia Cordero Alameda. Fisioterapeuta. Dirección General de Cuidados y Calidad. Sescam.
- Ana Belén Cueli Paniagua. Psicóloga. Consejería de Sanidad Dirección General de Humanización.
- Margarita Delgado Muñoz. Dirección General Cuidados y Calidad. Sescam.
- César Fernández Buey. Dirección General Cuidados y Calidad. Sescam.
- Ana Covadonga Fernández López. Ginecóloga del Hospital Universitario de Toledo.
- Natalia Fernández López. Ginecóloga del Hospital Universitario de Toledo.
- Talía Fuentes Redondo. Pediatra de Atención Primaria de Toledo.
- Vera García Jiménez. Ginecóloga del Hospital Universitario de Toledo.
- Rosalia Godino Muncharaz. Matrona de Atención Primaria de Toledo.
- Silvia Gómez Fernández. Enfermera de Atención Primaria de Toledo.
- Soledad Gómez-Escalonilla Lorenzo. Enfermera de Atención Primaria de Toledo.
- María Humanes García. Enfermera docente Curso de formación MGF (Sescam).
- Nuria Iglesias Valentín. Auxiliar administrativo. Dirección General de Cuidados y Calidad. Sescam.
- Vanesa Losa Frías. Pediatra de Atención Primaria de Toledo.
- Alicia Martín Castaño. Matrona del Hospital Universitario de Toledo.
- Marta Martínez González. Pediatra del Complejo Hospitalario General de Albacete.
- Gonzalo Melgar de Corral. Docente de la Facultad de Fisioterapia y Enfermería de Toledo. Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM).
- Esther Moreno Cabello. Enfermera de Atención Primaria de Toledo.
- Beatriz Muñoz González. Matrona del Hospital de Talavera de la Reina.
- Sonia Ana Ramírez Parenteau. Pediatra de Atención Primaria de Toledo.
- Celia Alicia Rivas Alonso. Trabajadora Social de Atención Primaria de Toledo.
- Aurora Sánchez González. Enfermera Especialista en Salud Mental y Responsable del Servicio de Atención a Personas de la Dirección General Cuidados y Calidad del Servicio de Salud de Castilla La Mancha.
- M^a Idoia Ugarte Gurrutxaga. Docente de la Facultad de Fisioterapia y Enfermería de Toledo. Universidad de Castilla-La Mancha (UCLM).
- M^a Concepción Villar de la Fuente. Enfermera de Atención Primaria de Toledo.
- Eva Ximénez Verresen. Pediatra de Atención Primaria de Guadalajara

ÍNDICE

Introducción	9
Definición, tipos y consecuencias para la salud	10
Definición	10
Tipos	10
Consecuencias	11
Epidemiología y contexto	13
Distribución geográfica mundial	13
Grupos de riesgo por población en Castilla-La Mancha	15
Contexto (tradiciones asociadas)	17
Marco Jurídico	18
Normativa internacional	18
Normativa europea	18
Normativa estatal	18
Normativa autonómica	19
Objetivos y población destinataria del protocolo	19
Objetivos	19
Personas destinatarias	20
Protocolo de actuación	20
Actuación preventiva general	21
Recomendaciones para la entrevista clínica y anamnesis	21
Pautas básicas de proceder en las diferentes situaciones	22
Recursos para implantación y seguimiento del protocolo	24
Bibliografía	25
Anexos	27
Anexo I: compromiso preventivo de la mutilación genital femenina	27
Anexo II: Parte de lesiones MGF	29
Anexo III: Hoja de notificación de riesgo y maltrato infantil	
desde el ámbito sanitario.	31
Anexo IV. Teléfonos y direcciones de interés	38

1. INTRODUCCIÓN

Según la OMS, la Mutilación Genital Femenina (MGF) comprende todos los procedimientos consistentes en la resección parcial o total de los genitales externos femeninos, así como otras lesiones de los órganos genitales femeninos por motivos no médicos.

Es reconocida internacionalmente como una violación de los derechos humanos de las mujeres y niñas. Refleja una desigualdad entre mujeres y hombres muy arraigada, y constituye una forma extrema de discriminación por razón de sexo, ya que es un acto de violencia que se ejerce contra las mujeres y niñas por el hecho de serlo.

Es una práctica especialmente dañina para la salud física, psicológica, sexual y reproductiva de las mujeres y niñas, negándoles su derecho a la salud y a la integridad del propio cuerpo. Así como, el derecho a la vida en los casos en que el procedimiento acaba produciendo la muerte.

Los motivos por los que se practica la mutilación genital femenina siempre responden a una mezcla de factores socioculturales arraigados a las familias o comunidades, considerándose como norma social, tradición cultural o modelo necesario de la crianza de las niñas.

Esta práctica conlleva a graves consecuencias para la salud de niñas y mujeres tanto físicas, psíquicas y sociales, a corto, medio y a largo plazo.

La MGF es más frecuente en las regiones occidentales, orientales y nororientales de África, en algunos países de Oriente Medio y Asia y entre migrantes de esas áreas. Principalmente, en 28 países africanos y que afecta a más de 200 millones de mujeres en el mundo.

Debido a los procesos migratorios, los países europeos se ven cada vez más afectados por esta práctica a través de la población migrante originaria de países donde la MGF constituye una práctica tradicional.

Entre los 5,4 millones de personas extranjeras que residen en España, en 2021, más de 80.000 mujeres provienen del África subsahariana, donde persiste la MGF. La presencia en Castilla La-Mancha, de familias procedentes de países donde es habitual esta práctica ha supuesto para las y los profesionales de la salud descubrir contextos culturales diferentes y afrontar nuevas situaciones asistenciales, en una situación compleja de procesos de aculturación e integración social.

Que junto con las características de accesibilidad, proximidad y universalidad del sistema sanitario hace que se ponga en marcha la necesidad de elaborar un protocolo de actuación sanitaria para la prevención, detección y atención de niñas, adolescentes y mujeres que se encuentran en riesgo o bien han sufrido este tipo de violencia y, en definitiva, contribuir a erradicar esta práctica.

No obstante, para poder abordar este problema de salud pública es necesario la implicación y coordinación con otras áreas como son los Centros Educativos, Servicios Sociales, Asociaciones y Organizaciones No Gubernamentales, Fiscalía de Menores, etc. De manera que se promueva la promoción de la salud, que sirvamos de nexo de unión cultural facilitando la colaboración de toda la comunidad en la sensibilización y concienciación de las secuelas y consecuencias legales que conlleva esta práctica.



2. DEFINICIÓN, TIPOS Y CONSECUENCIAS PARA LA SALUD

2.1. DEFINICIÓN

La Mutilación Genital Femenina (MGF) es una práctica cultural tradicional con fuertes raíces ancestrales, respaldada por un complejo sistema simbólico. Es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como “todos los procedimientos que, de forma intencional y por motivos no médicos, alteran o lesionan los órganos genitales femeninos” (OMS, 2016).

La MGF es reconocida internacionalmente como una violación de los Derechos Humanos y de los Derechos de la Infancia, atentando contra los derechos de las mujeres y niñas.

Así mismo, esta práctica viola los derechos a la salud, la seguridad y la integridad física, el derecho de la persona a no ser sometida a torturas y tratos crueles, inhumanos o degradantes.

La MGF está presente en 30 países del África Subsahariana, Oriente Medio y Asia y su prevalencia varía entre países y grupos étnicos. Con los movimientos migratorios, lo que un día fue local, hoy es global, y la práctica está en diáspora a nivel mundial (Europa, Estados Unidos de América, Australia, entre otros). Se estima que a 200 millones de mujeres se les ha realizado una MGF y que 3 millones de niñas están en riesgo cada año (UNICEF, 2016).

La MGF se encuentra profundamente arraigada en las estructuras sociales, políticas y económicas de las sociedades practicantes, envuelta en un complejo entramado de creencias, simbolismos y significados culturales que la mantienen y dificultan su abandono. Se practica a niñas de entre 0 y 15 años, generalmente antes de la primera menstruación.

En la mayoría de los casos es realizada por una mujer de avanzada edad, muy respetada en la comunidad y que habitualmente suele ser la que ejerce la medicina tradicional en el grupo.

2.2. TIPOS

- **Tipo I:** resección total o parcial del clítoris y/o prepucio.
 - **Tipo Ia (circuncisión):** resección del prepucio/capuchón del clítoris.
 - **Tipo Ib (clitoridectomía):** resección del clítoris con prepucio.
- **Tipo II:** resección parcial o total del clítoris y labios menores, que puede incluir la escisión de los labios mayores.
 - **Tipo IIa:** resección de los labios menores solamente
 - **Tipo IIb:** resección parcial o total del clítoris y los labios menores.
 - **Tipo IIc:** resección parcial o total del clítoris, de los labios menores y de los labios mayores.
- **Tipo III:** estrechamiento o sellado de la abertura vaginal, mediante el corte y recolocación de los labios menores y, a veces, también los labios mayores, con o sin resección del clítoris.



Se dejan pequeños orificios para la salida de la orina y la sangre menstrual.

La infibulación puede ser el resultado del proceso de cicatrización y no necesariamente de la sutura.

La desinfibulación consiste en realizar un corte para abrir la abertura vaginal sellada de la mujer que fue sometida a la infibulación.

- **Tipo IIIa:** resección y recolocación de los labios menores, con o sin escisión del clítoris.
- **Tipo IIIb:** resección y recolocación de los labios mayores, con o sin escisión del clítoris.
- **Tipo IV:** todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos, de severidad variable y sin finalidad médica no clasificados en los tipos anteriores.

2.3. CONSECUENCIAS

La MGF tiene consecuencias físicas y psicológicas, que en ocasiones, pueden llevar a la muerte o la marginación de por vida.

Esta práctica no aporta ningún beneficio a la salud de las mujeres y las niñas, daña el tejido genital femenino normal y sano.

Las complicaciones y consecuencias que aparecen las podemos catalogar a corto, medio o largo plazo, sin olvidarnos de complicaciones obstétricas.

- **A corto plazo**

Derivadas de las intervenciones del rito, del déficit en el conocimiento de la cirugía, de la ausencia de esterilidad de los instrumentos empleados y de las condiciones en las que se realiza el ritual. Se pueden definir las siguientes consecuencias a corto plazo:

- Muerte por shock hemorrágico, septicemia o shock neurógeno.
- Dolor intenso al afectar a una zona con elevada concentración de terminaciones nerviosas.
- Hemorragia al ser una zona muy vascularizada.
- Shock neurogénico por la intensidad del dolor o hemorrágico por la pérdida de sangre.
- Infecciones (incluidas VIH, hepatitis y tétanos) y sepsis.
- Retención de orina por dolor, infección, inflamación o lesiones de la uretra.
- Lesiones de los tejidos cercanos.
- Fracturas por la resistencia de la niña.

- **A medio plazo**

- Anemia severa.
- Infección pélvica.
- Menstruaciones dolorosas.
- Cicatrices queloides.
- Quistes.
- Llagas abiertas en región genital.

- **A largo plazo**

- 1.- Genitourinarias:

- Infecciones recurrentes y retención urinaria.
 - Infecciones del aparato reproductor y la vagina.
 - Menstruaciones dolorosas.
 - Infecciones crónicas por el uso de material contaminado.
 - Hematocolpos (retención del contenido menstrual en la vagina)
 - Hematometra (acumulación de sangre menstrual en el útero)
 - Incontinencia urinaria.
 - Enfermedad inflamatoria pélvica.
 - Fístulas genitourinarias o recto vaginal.
 - Flujo vaginal anormal.
 - Necesidad de la desinfibulación parcial para permitir la penetración y el parto.

- 2.- Psicológicas:

- Trastorno por estrés postraumático.
 - Depresión y ansiedad.
 - Disminución de la autoestima.
 - Miedo al rechazo de su grupo étnico o social si no acceden a la MGF.
 - Confusión y sentimientos contradictorios en las mujeres inmigrantes.
 - Miedo a mantener relaciones sexuales y al parto.
 - Incertidumbre y temor de las niñas que ahora viven en otros países.
 - Sentimiento de culpa de madres mutiladas cuando han aceptado o promovido la mutilación de sus hijas.
 - Crisis de identidad.
 - Disminución del sentimiento de pertenencia.
 - Miedo y angustia para establecer relaciones de pareja y de amistad.

- 3.- Sexuales:

- Disminución de la satisfacción sexual.
 - Miedo y rechazo.
 - Vaginismo.
 - Anorgasmia.
 - Disminución de la sensibilidad sexual.
 - Dispareunia (dolor durante las relaciones sexuales).

- 4.- Obstétricas:

- Fístulas obstétricas.
 - Desgarro de cicatrices en TIPO I.
 - Dificultades en dilatación y expulsión en TIPOS II y III.
 - Dificultad en el parto.
 - Estenosis vaginal.
 - Infertilidad.
 - Sufrimiento fetal o muerte por asfixia del feto.
 - Mayor necesidad de cesárea y mayor incidencia de hemorragia postparto.
 - Desgarros extensos.
 - Aumento de la mortalidad fetal y materna intraparto.
 - Mayor incidencia de reanimación del recién nacido.

5.- Consecuencias para terceras personas:

o En hombres:

- Alcoholismo y abuso de drogas por imposibilidad de realizar el coito.
- Impotencia por miedo a causar dolor.
- Búsqueda de placer sexual fuera de la pareja con el riesgo de contraer enfermedades de transmisión sexual.
- Depresión.
- Tendencia a que la pareja abuse sexualmente ante la imposibilidad o el miedo de la mujer a tener relaciones sexuales, obviando la negativa de esta.

o Bebés:

- Aumento de la tasa de mortalidad de los bebés durante el nacimiento.
- Retención en el canal del parto más tiempo del debido que puede llevar a sufrimiento fetal.

3. EPIDEMIOLOGÍA Y CONTEXTO

3.1. DISTRIBUCIÓN GEOGRÁFICA MUNDIAL

A pesar de que el número de niñas y mujeres víctimas de la mutilación o ablación genital femenina a nivel mundial sigue siendo desconocido, se estima que al menos 200 millones de niñas y mujeres se han visto involucradas en la práctica de la mutilación genital femenina, según Unicef.

La gran mayoría de esas mujeres y niñas tiene una amplia distribución geográfica en África, Oriente Medio y Asia, actualmente se encuentra presente en los cinco continentes, sobretodo en 28 de los países africanos (Benin, Burkina Faso, Camerún, República Centroafricana, Chad, República Democrática del Congo, Costa de Marfil, Egipto, Etiopía, Eritrea, Gambia, Ghana, Guinea, Guinea Bissau, Kenia, Liberia, Malí, Mauritania, Níger, Nigeria, Senegal, Sierra Leona, Somalia, Sudán, Tanzania, Togo, Uganda, Yibuti).

Si atendemos a los países en los que se practica la población de niñas y mujeres a las que afectan superan el 90% de mujeres, llegando algunos a rozar el 100% de las mujeres y niñas que viven en dichos países.

En la actualidad, el 94% de las mujeres en Egipto organizan para sus hijas esta forma "medicalizada" de MGF, 76% en el Yemen, 65% en Mauritania, 48% en Côte d'Ivoire y 46% en Kenya.

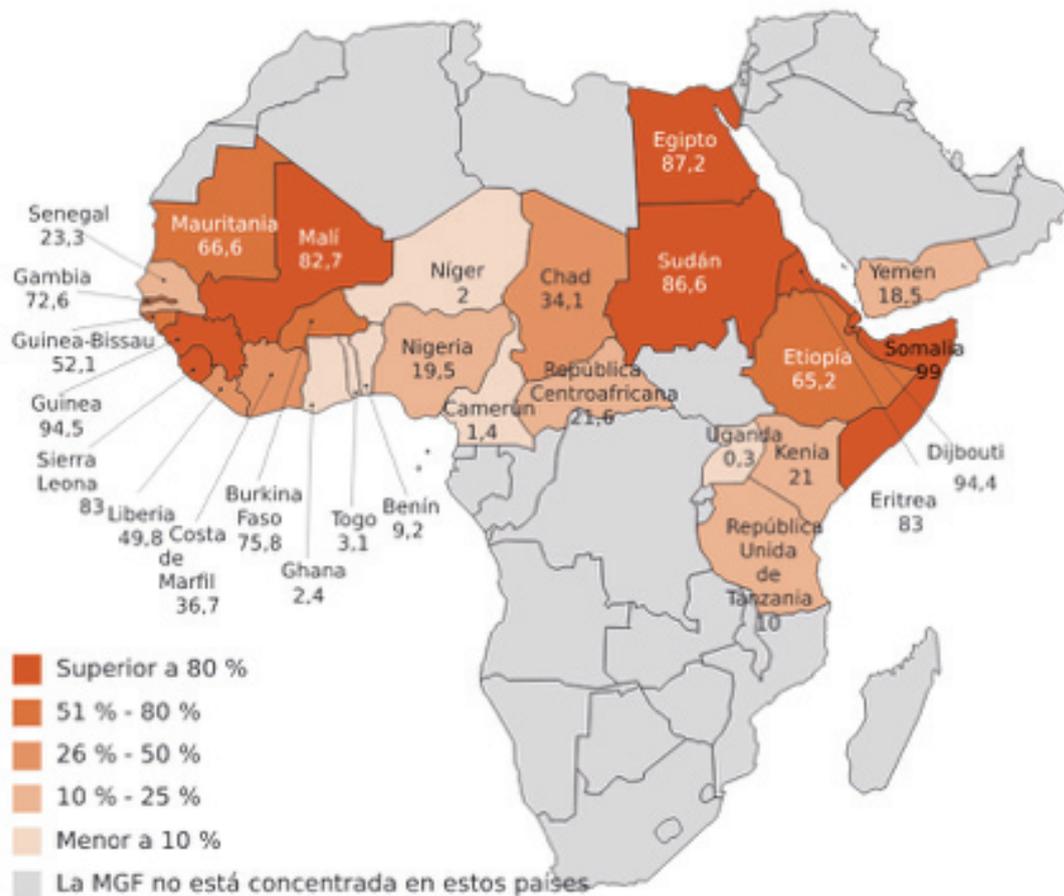
Los factores socioeconómicos también influyen en la prevalencia de la MGF, siendo esta práctica más común en zonas rurales, siendo menos extendida entre las niñas de los hogares más ricos. Así mismo, la MGF es mayor entre las mujeres y las niñas de los hogares más pobres.

La MGF se lleva a cabo en edades muy diversas, según la OMS cada vez se practica a edades más tempranas con el fin de que la niña, cuando sea adulta, no recuerde el dolor

sufrido y sea más fácil que lo realice a sus hijas. En otras zonas se realiza justo antes de casarse o niñas de meses.

La mayoría de las niñas sufren la mutilación antes de los 5 años, aunque el rango estándar oscila entre los 5 y los 14 años de edad, muchas veces acompañado en los rituales que marcan la mayoría de edad que establece la transición hacia la edad adulta.

Del mismo modo, es necesario subrayar que, como consecuencia de los movimientos migratorios, ha comenzado a afectar a países receptores de población procedente de estas zonas. A nivel europeo, 500.000 mujeres y niñas han sido víctimas de la MGF y 180.000 niñas corren el riesgo de sufrirla cada año. En el caso de España, residen actualmente 69.000 mujeres procedentes de países practicantes de la MGF. En consecuencia, el número de niñas en riesgo de padecer la MGF se ha incrementado un 61% en los últimos 4 años.



Fuente: elaborado por el Grupo Interdisciplinar para la Prevención y el Estudio de las Prácticas Tradicionales Perjudiciales (GIPE/PTP) del Departamento de Antropología Social y Cultural de la Universitat Autònoma de Barcelona, 2021 a partir de UNICEF global databases.

FUENTE: MAPA MGF 2021. FUNDACIÓN WASSU UAB.

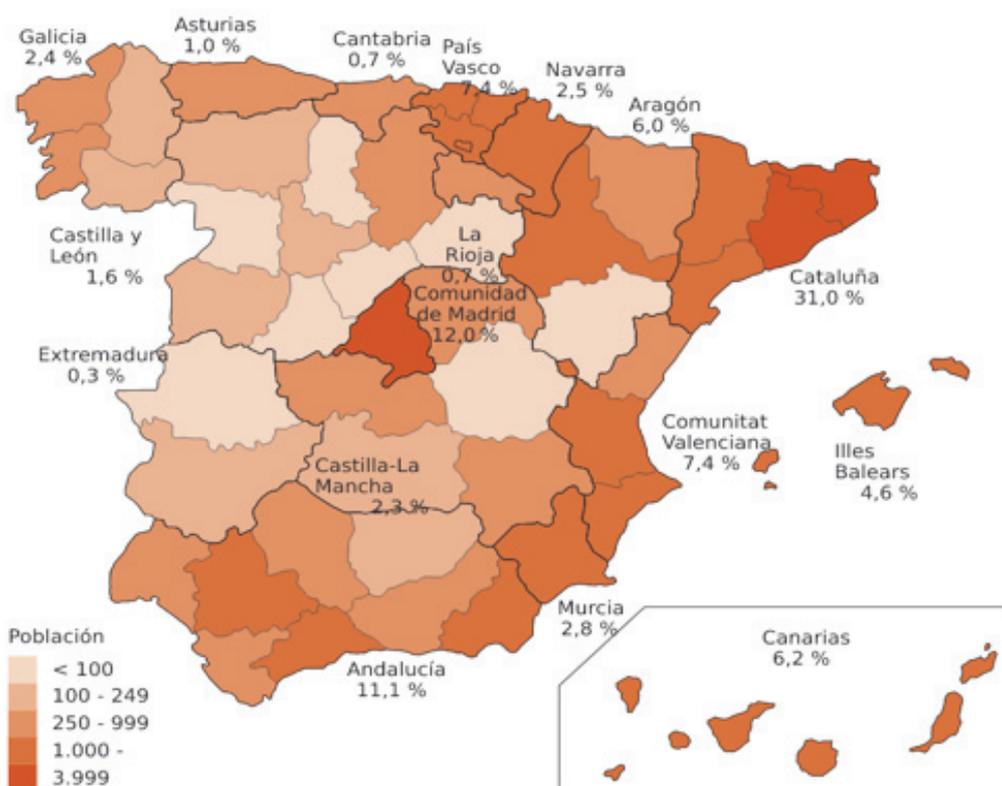
3.2. GRUPOS DE RIESGO POR POBLACIÓN EN CASTILLA LA MANCHA

Según el último mapa de Mutilación Genital Femenina en España, publicado por la asociación WASSU - UAB en el año 2021, revelan que después de un cierto estancamiento, debido a la recesión económica, vuelve la tendencia al alza de la población de origen de la MGF en España, sobre todo de Nigeria y Senegal.

En cuanto a su distribución territorial, se observa que la presencia de la población de origen MGF se ha expandido a lo largo de prácticamente todo el territorio español. El incremento se ha producido en todas las comunidades autónomas y en la mayor parte de provincias españolas.

Otro hecho relevante que define el perfil demográfico de la población inmigrante y residente en España proveniente de países donde se practica la MGF es la masculinización, residiendo en España más hombres que mujeres. Por tanto, este hecho es un factor relevante a la hora de la realización de actividades de prevención.

Ilustración 3.1. Distribución territorial de la población femenina de origen MGF, 2021



Fuente: elaboración propia. Padrón de población a 1 de enero de 2021. En el texto aparece la contribución de cada comunidad autónoma

FUENTE: Elaboración propia. Padrón de población a 1 de enero de 2021.
En el texto aparece la contribución de cada comunidad autónoma.

Los datos ofrecidos en la región de Castilla-La Mancha nos muestran que en la región residen unas 1.850 mujeres con origen MGF, una cifra que la sitúa en duodécimo lugar entre las comunidades autónomas españolas con más población de este origen.

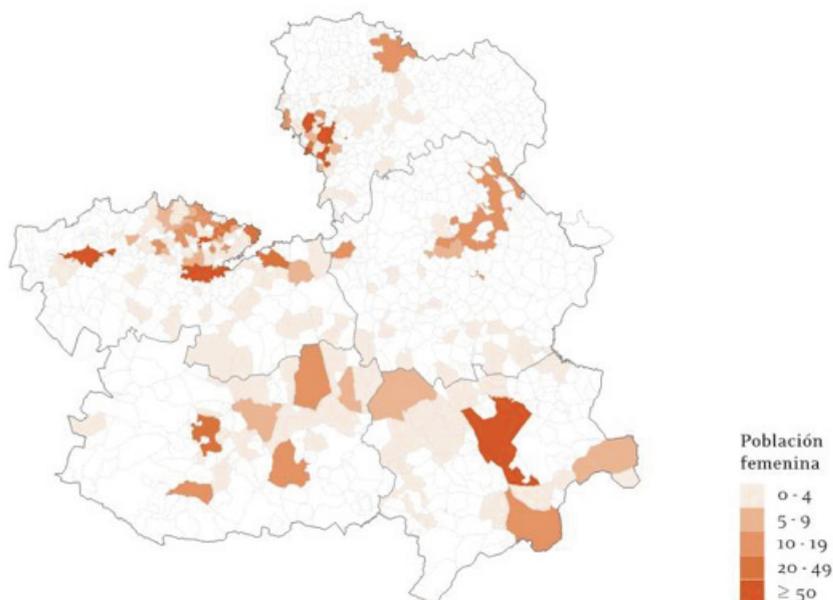
Es significativa la concentración de población femenina maliense en nuestra comunidad. El 6% de la población de este colectivo femenino reside en nuestra región.

Más de un 70% de las mujeres con origen MGF de la comunidad residen en las provincias de Toledo o Guadalajara, una distribución que se mantiene desde 2012. En Guadalajara un 62% de mujeres son de origen nigeriano, mientras que en Toledo destacan tanto las de origen nigeriano como las de origen maliense. En Albacete también hay presencia de mujeres de este origen, mientras que apenas residen en el resto de la comunidad. Las mujeres de origen de Senegal residen sobre todo en la provincia de Albacete, tercera provincia con más población femenina de origen MGF de Castilla-La Mancha.

En Azuqueca de Henares, Guadalajara, es el municipio en el que residen más mujeres de origen MGF de toda la región, 333, la gran mayoría de origen nigeriano. Se trata del 19º municipio de toda España en número de nigerianas. Albacete y Guadalajara son el segundo y tercer municipio de la comunidad con más mujeres de origen MGF. El pequeño municipio de Recas, en la provincia de Toledo, es el 4º en número de mujeres MGF de toda la comunidad, la gran mayoría de origen maliense. Ocupando el 7º lugar en el listado de municipios de toda España con un mayor número de mujeres con origen de Malí.

En cuanto a niñas, en Azuqueca de Henares residen 85 niñas de origen MGF, la gran mayoría de origen nigeriano. En Albacete 77, de Senegal y Malí, y en Recas una cincuentena, la práctica totalidad de Malí.

Ilustración 3.36. Distribución de la población femenina de los orígenes MGF en Castilla-La Mancha



Fuente: elaboración propia. Padrón de población a 1 de enero de 2021

Tabla 3.55. Municipios con mayor número de población femenina MGF de 0 a 14 años en Castilla-La Mancha,

FUENTE: MAPA MGF 2021. FUNDACIÓN WASSU UAB.

3.3. CONTEXTO

La etiología de la MGF responde a un conjunto de factores culturales, religiosos, sociales y comunitarios.

- **Motivos religiosos**
 - Algunas comunidades musulmanas la practican creyendo que es una exigencia de la religión islámica.
- **La costumbre y la tradición**
 - Con el fin de garantizar que las niñas se preparen para la vida adulta y para el matrimonio, sin ser excluidas de la comunidad, las familias continúan ejerciendo esta práctica como una tradición que se vive como un ritual necesario.
 - A veces, la práctica se ve como un rito de transición que, madres y abuelas, organizan para presentar a sus hijas y nietas a la sociedad, con la intención de ofrecerles la mejor educación e integración.
- **El control de la sexualidad**
 - Se aferran a la creencia de que mitiga el deseo sexual, fomenta la castidad, garantiza el honor de la familia y la fidelidad, y aumenta el placer del hombre.
- **Funciones reproductoras**
 - Consideran que las mujeres sin mutilación genital no pueden concebir, que la MGF aumenta la fertilidad, y mejora y facilita el parto.
 - Hay comunidades que piensan que se arriesga la vida del recién nacido/a si su cabeza toca el clítoris durante el parto.
 - Creen que la MGF evita los daños y el contagio de enfermedades de transmisión sexual a los hombres.
- **Razones de higiene o de pureza de la mujer**
 - Consideran a la mujer sin mutilación genital sucia e impura.
 - Tienen prohibido manipular alimentos y agua.
- **Razones estéticas**
 - Los genitales femeninos son considerados feos, sucios e incluso voluminosos y por eso hay que quitarlos. De hecho al ritual lo denominan “purificación”. Y existe la creencia de que si el clítoris no se corta crecerá hasta el tamaño de un pene.

4. MARCO JURÍDICO

4.1. Normativa internacional

- Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948).
 - Artículo 3, 5, 7, 8, 12, 25 y 28.
- Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (PIDCP, 1966).
 - Artículo 2 y 24.
- (CEDAW) Convención de las Naciones Unidas para la Eliminación de la Violencia Contra las Mujeres (1979).
 - Artículo 5.
- Convención de la ONU sobre los Derechos del Niño (1989).
- Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer (1993).
 - Artículo 4.
- “Protocolo de Maputo” (2003).

4.2. Normativa europea

- Resolución del Parlamento Europeo sobre la Mutilación Genital Femenina (2001/2035 (INI)).
- Resolución del Parlamento Europeo sobre la situación actual en la lucha contra la violencia ejercida contra las mujeres y futuras acciones (2004/2220(INI)), aprobada por el parlamento europeo el 6 de febrero de 2006.
- Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra la mujer y la violencia doméstica (Convenio de Estambul).
- “Prevención y lucha frente a todas las formas de violencia contra la mujer y la niña, incluida la MGF” (2014).

4.3. Normativa estatal

- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre.
 - Artículos 83 y 149.
- Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, de modificación del Código Civil y de la Ley de Enjuiciamiento Civil
 - Art. 11.2
- Ley Orgánica 3/2005, de 8 de julio, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial, para perseguir extraterritorialmente la práctica de la mutilación genital femenina.
 - Art. 22.

- Ley Orgánica 13/2007, de 19 de noviembre, para la persecución extraterritorial del tráfico ilegal o la inmigración clandestina de personas.
 - Modificación del apartado 4 del artículo 23 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.
- Ley Orgánica 1/2009, de 3 de noviembre, complementaria de la Ley de reforma de la legislación procesal para la implantación de la nueva Oficina judicial, por la que se modifica la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.
 - Modificación de los apartados 4 y 5 del artículo 23 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.
- Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual.
 - Artículos 3 y 13.

4.4. Normativa autonómica

- Ley 5/2014, de 9 de octubre, de Protección Social y Jurídica de la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha.
 - Artículo 7, 8 y 13.
- Ley 4/2018, de 8 de octubre, para una Sociedad Libre de Violencia de Género en Castilla-La Mancha.
 - Artículo 4.
- Ley 7/2023, de 10 de marzo, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia de Castilla-La Mancha.
 - Artículo 38 y 39.

5. OBJETIVOS Y POBLACIÓN DESTINATARIA DEL PROTOCOLO

5.1. OBJETIVOS

- Generales

Establecer un marco de intervención de carácter multidisciplinar e integral que permita prevenir y abordar la Mutilación Genital Femenina con la detección precoz, valoración de actuaciones y seguimiento de los casos detectados.

- Específicos
 - Proporcionar a las y los profesionales de la salud los conocimientos adecuados sobre MGF.
 - Detección precoz del riesgo de MGF en niñas menores de 15 años cuando se ha diagnosticado el caso en la madre.
 - Detectar casos de riesgo inminente.
 - Prevenir la práctica de MGF en mujeres jóvenes mediante la sensibilización y educación para la salud en el entorno familiar.
 - Favorecer una atención integral de las mujeres y niñas supervivientes de la MGF o que se encuentran en riesgo de padecerla.
 - Elaborar métodos de intervención y seguimiento de casos.

5.2. PERSONAS DESTINATARIAS

Los perfiles de las personas destinatarias son:

- Profesionales de la salud en la A. Primaria de Salud: pediatras, enfermería de pediatría, matronas y matrones, medicina y enfermería de familia y trabajo social.
- Profesionales de la salud en la A. Hospitalaria: medicina y enfermería, ginecología, obstetricia, urología, pediatría, salud mental, urgencias y medicina preventiva y trabajo social.
- Otros perfiles profesionales: personal de los centros de vacunación internacional, personal administrativo y de admisión.

6. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Por las características de nuestro sistema sanitario y social junto con la aproximación intercultural de la ciudadanía, se hace necesario la creación de un protocolo de actuación ante esta grave situación.

Las y los profesionales de la salud son un punto clave en la detección, intervención y prevención de la MGF. Las actuaciones deben realizarse con un abordaje integral, multi e interdisciplinar incluyendo tanto la Atención Primaria como la Hospitalaria, así como los servicios de Urgencias con la finalidad de que todas las acciones queden coordinadas, garantizando los cuidados adecuados de las mujeres y niñas supervivientes de la MGF, en riesgo y a sus familias.

Debemos tener en cuenta aspectos previos comunes para la prevención comunitaria, formación y coordinación entre profesionales.

6.1. PERSONAS ACTUACIÓN PREVENTIVA GENERAL

La prevención tanto general como específica debe ser una de las líneas estratégicas prioritarias para erradicar esta práctica. Muchas de estas actuaciones deben ir desde la sensibilización hasta la formación y capacitación de los y las profesionales y de la sociedad en general.

Las acciones preventivas deberán ir en la línea de evitar que en un futuro pueda producirse la MGF de otra niña o mujer, y también poder anticiparnos antes a ella para poder impedirla. Así mismo, resulta necesario detectar y describir las diferentes situaciones de riesgo de la MGF.

- **Situaciones de riesgo:**

- Ser de sexo femenino menor de 18 años, o mayor.
- Nacer en una familia que procede de un país y/o etnia donde se practica la MGF.
- Pertener a una familia en la que alguna mujer haya sufrido MGF.
- Previsión de viaje a un país donde se practica la MGF.
- Actitud favorable de la familia a la MGF.

- **Situación de riesgo inminente:**

- La organización inmediata de un viaje al país de origen.
- La familia o la niña informa de la intencionalidad de la familiar sobre MGF.
- Deseo por parte de la mujer de que se le realice MGF previo al matrimonio por miedo a ser rechazada y excluida socialmente.
- Conflicto familiar ante la situación.

- **Compromiso Preventivo:**

- Documento desarrollado para que las madres y/o los padres de las niñas puedan utilizarlo en sus viajes a los países de origen como herramienta de apoyo en su decisión de no practicar la MGF a sus hijas.
- Ofrecerlo cuando se detecta el riesgo inminente (viaje inmediato al país del origen).
- Aceptación voluntaria y de común acuerdo entre las partes implicadas.
- Registrar una copia en la Hª Clínica.

6.2. RECOMENDACIONES PARA LA ENTREVISTA CLÍNICA Y ANAMNESIS

A su vez, es preciso tener unas recomendaciones comunes para abarcar los diferentes casos con las mujeres o niñas afectadas, así como con la familia durante las primeras consultas.

- Utilizar una mediadora intercultural siempre que sea posible.
- Asegurar la confidencialidad, privacidad e intimidad.
- Elegir cuidadosamente la terminología, cuidando el lenguaje y las expresiones, evitando la culpabilización o las connotaciones que denoten rechazo.
- El abordaje del tema debe ser gradual en sucesivas consultas relacionadas con otros temas de salud, excepto si por urgencia, el caso lo requiriese (ante riesgo inminente de su realización).

- Empatizar y crear una relación de confianza. Si se trata de una menor, habrá que establecerla tanto con la niña como con la madre y el padre.
- Explicar adecuadamente las consecuencias de la MGF para la salud y la legislación existente en España a este respecto.
- Explicar la finalidad de la exploración antes de hacerla, solicitando permiso para su realización. Es recomendable la presencia de otra mujer durante la exploración.
- Implicar a los hombres y padres.
- Imprescindible el registro de todos los hallazgos y actuaciones en la Historia Clínica, asegurando así una adecuada coordinación entre los y las diferentes profesionales.

6.3. PAUTAS BÁSICAS DE PROCEDER EN LAS DIFERENTES SITUACIONES

a) Jóvenes menores de 18 años en riesgo o que han sufrido MGF

- Detectar situación de riesgo o situación de riesgo inminente.
- Ofrecer información sobre las consecuencias negativas para la salud, a corto, medio y largo plazo, que puede tener la MGF, así como las implicaciones legales.
- Exploración rutinaria de los genitales de la niña que se efectuará dentro del Programa de Salud Infantil.
- Registrar en H^a Clínica si existe o no MGF.
- Si existe constancia de factor de riesgo inminente por viaje al país de origen: actividad preventiva pre – viaje para prevenir la MGF.
- Ofrecer la firma del compromiso preventivo e incorporarlo a la H^a Clínica. (ANEXO I)
- Si existiese riesgo de práctica de MGF en el viaje y la familia se niega a realizar el trámite del compromiso preventivo comunicar al Organismo Público competente en Protección de Menores, asegurándonos previamente que la familia ha comprendido el proceso.
- Programar una visita a pediatría y/o médica de la menor al regreso del viaje para la realización de un examen de salud completo que incluirá la exploración de los genitales. En el caso de que no se facilite la exploración, y garantizando que la familia ha comprendido las medidas que se van a llevar a cabo, se procederá a comunicarlo al Organismo Público competente en Protección de Menores.
- Si la familia no acude al centro de salud a su regreso del viaje: localizar a la familia en coordinación con los servicios sociales y si no es posible su localización comunicarlo a al Organismo Público competente en Protección de Menores.
- Si se confirma que la niña ha sufrido MGF valorar las consecuencias en la salud y realizar las acciones terapéuticas necesarias para paliarlas. Elaborar parte de lesiones, remitir al juzgado y comunicarlo a la Entidad Pública de Protección de Menores. (ANEXO III).
- Ofrecer los recursos disponibles como el servicio de atención y ayuda psicológica.

b) Mujeres mayores de 18 años en riesgo o que han sufrido MGF

- Detectar posibles situaciones de hijas adultas que conviven con su familia y dependen de ella.
- Si hay constancia de preparación de un viaje a país de origen Actividad preventiva pre – viaje (para evitar la práctica de MGF)
- Conocer el posicionamiento de la joven ante la práctica y su estado anímico.
- Hacer una exploración y registrar en Historia Clínica todas las actuaciones llevadas a cabo (preventivas/ anamnesis).
- Programar visita médica al regreso del viaje.
- Si se constatará que tiene practicada la MGF: valorar las consecuencias y acciones terapéuticas necesarias para paliarla. Registrar en Hª Clínica el tipo de MGF, las circunstancias en que se ha practicado, las acciones terapéuticas realizadas y se emitirá un parte de lesiones. (Anexo II)
- Si la mujer tiene practicada una MGF y tiene hijas menores de edad comunicarlo al servicio de AP Pediatría para iniciar pautas de prevención.
- Incluir en el Programa de Cribado del Cáncer de Cérvix.
- Ofrecer los recursos disponibles como el servicio de atención y ayuda psicológica.

c) Mujeres embarazadas en riesgo o que han sufrido MGF

- Control de la gestación según el Programa y guías establecidos.
- Transmitir la información sobre los cuidados de salud necesarios.
- No realizar la exploración en la primera consulta.
- Tener cuidado en la exploración y manipulación de los genitales, y explicar a la mujer cada paso de la exploración.
- Planificar con la mujer las intervenciones necesarias tanto de cara al parto como en cuanto a su salud sexual y reproductiva.
- Registrar en la Hª Clínica todo el proceso.
- Si existiese MGF anotar el tipo, secuelas existentes, planificación realizada y los cuidados que se precisen.
- Averiguar las intenciones o expectativas de la mujer sobre la MGF en el caso de que tuviera una hija. Si existiera intencionalidad de realizar dicha práctica en sus hijas es necesario acciones de coordinación con los profesionales, trabajo social y mediación intercultural, para trabajar sensibilización y cambio de actitud con un proceso preventivo de la MGF.
- Controles habituales del puerperio: cuidados e higiene, cuidados y ejercicios adecuados para la recuperación del suelo pélvico, asesorar sobre el inicio de las relaciones sexuales.
- Ofrecer los recursos disponibles como el servicio de atención y ayuda psicológica.

d) Tratamiento quirúrgico de las secuelas de la MGF

- En caso de mutilaciones genitales graves o con mala cicatrización las lesiones serán tratadas lo antes posibles. Valorar intervención quirúrgica reparadora como la desinfibulación u otras.
- Lo idóneo es hacerlo previo el embarazo, si no es posible se hará al final del segundo trimestre (20-28semanas).
- Serán derivadas al hospital de referencia como preferentes evitando la demora de la intervención.
- Informar a la mujer y a su pareja de la intervención, en qué consiste y de sus beneficios inmediatos y a largo plazo, en su salud sexual y reproductiva.
- No se realizará la reinfibulación tras el parto.
- Obtener el consentimiento informado específico.
- Cuidar el estado emocional, psicológico, así como el tratamiento del dolor asegurando que será el adecuado.
- Asegurar los cuidados posquirúrgicos específicos.
- Explicar los cambios que apreciará en cuanto a micción, menstruación y relaciones sexuales.
- Garantizar la confidencialidad y privacidad.
- Registrar toda la información adecuadamente en la H^a Clínica.

7. RECURSOS PARA IMPLANTACIÓN Y SEGUIMIENTO DEL PROTOCOLO

Estas acciones se llevarán a cabo mediante los recursos comunitarios disponibles y las herramientas existentes en el sistema sanitario, como son:

- Sensibilización y formación a las y los profesionales de la salud sobre el abordaje, prevención y detección de MGF.
- Consultas programadas o protocolizadas existentes.
- Programas de Salud existentes en la comunidad.
- Educación Sanitaria en atención primaria y especializada.
- Trabajo en red coordinado con otros perfiles profesionales.



8. BIBLIOGRAFÍA

1. Kaplan, A., Ajenjo, M., López-Gay, A. (2022). "Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2021". Antropología Aplicada 4. Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.
2. Kaplan, A., López, A. (2017). "Mapa de la Mutilación Genital Femenina en España 2016". Antropología Aplicada 3. Servei de Publicacions Universitat Autònoma de Barcelona, Bellaterra.
3. Sistema Nacional de Salud. Protocolo común de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina (MGF). 2015 [citado 8 Mar 2015]. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/Protocolo_MGF_vers5feb2015.pdf
4. European Institute for Gender Equality. (2021). "Estimation of girls at risk of female genital mutilation in the European Union: Denmark, Spain, Luxembourg and Austria". Luxembourg: Publications Office of the European Union.
5. Kaplan A, Nuño L (dir.) (2017). "Guía Multisectorial de Formació Acadèmica sobre Mutilació Genital Femenina". Madrid: Editorial Dykinson.
6. Kaplan A (2017). "FGM surveys on Knowledge, Attitudes and Practices in The Gambia". En: Leye E, Coene G (eds), "Researching Female Genital Mutilation / Cutting". Bruselas: VUB Press. pp. 51-56.
7. Kaplan A, Nuño L (dir.) (2017). "Aspectos socioculturales y legales de la Mutilación Genital Femenina: Experiencias transnacionales de prevención y protección". Madrid: Editorial Dykinson.
8. Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal. España: Boletín Oficial del Estado; 1995 [citado 18 Feb 2015]. Disponible en: <http://boe.es/boe/dias/1995/11/24/pdfs/A33987-34058.pdf>
9. JOHANSEN, E.; ZIYADA, M.; SHELL-DUNCAN, B.; KAPLAN, A.; LEYE, E. (2018). "Health sector involvement in the management of female genital mutilation/cutting in 30 countries", en BMC Health Services Research 2018 18:240.
10. Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor. España: Boletín Oficial del Estado; 1996 [citado 17 Ene 1996]. Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-1996-1069>
11. Alcón Belchí C, Jiménez Ruiz I, Pastor Bravo M del M, Almansa Martínez P. Algoritmo de actuación en la prevención de la mutilación genital femenina. Estudio de casos desde atención primaria. Aten Primaria [Internet]. 2016;48(3):200–5. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2015.08.004>
12. Gallego MA, López MI. Mutilación genital femenina: Revisión y aspectos de interés médico legal. Cuad Med Forense [Internet]. 2010;16(3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4321/s1135-76062010000200002>
13. Fundación Wassu - UAB. La mutilación genital femenina en España. [Internet]. Ministerio de Igualdad. Madrid. 2020 [Consultado 13 Marzo 2023]. Disponible en: https://violenciagenero.igualdad.gob.es/violenciaEnCifras/estudios/investigaciones/2020/estudio_mgf.htm



14. KAPLAN, A.; TORAN, P.; BEDOYA, M.H. et al (2006) "Las mutilaciones genitales femeninas: Reflexiones para una intervención desde la atención primaria", en Atención Primaria 38(2) 122-6.
15. Protocolo para la prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en Navarra, de la Comunidad Foral de Navarra de 2013
16. Protocolo para la prevención de la mutilación genital femenina en la Región de Murcia. Demusa 2016
17. Manual de Prevención de la Mutilación Genital Femenina. Buenas Prácticas. Confederación Nacional Mujeres en Igualdad. 2014
18. Protocolo para la Prevención de la Mutilación Genital Femenina en Castilla-La Mancha, Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha, 2017.
19. Guía de actuaciones sanitarias frente a la mutilación genital femenina en la Comunidad de Madrid. Conserjería de Sanidad, Red de prevención de la Mutilación genital femenina de la comunidad de Madrid, edición electrónica 2017.
20. Mutilación Genital Femenina: Prevención y atención. Guía para profesionales. Editada por la Asociación Catalana de Llevadores. Acceso web: http://www.aen.es/docs/guias_vg/guia_mutilacion_genital.pdf
21. Guía para profesionales. La MGF en España. Prevención e Intervención. Unión de Asociaciones Familiares. Acceso web: <https://unaf.org/wp-content/uploads/2015/10/Guia-MGF-2015.pdf>
22. Médicos del Mundo. Informe de evaluación de los protocolos de prevención y actuación ante la mutilación genital femenina en el Estado español. Diciembre 2020. Acceso web: https://www.medicosdelmundo.org/sites/default/files/informe_evaluacion_de_los_protocolos_de_prevention_y_actuacion_ante_la_mgf_2020_comprimido-comprimido.pdf
23. Ley Orgánica 10/2022, de 6 de septiembre, de garantía integral de la libertad sexual. España: Boletín Oficial del Estado, 2022 [citado 07 Sep 2022] Disponible en: <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2022-14630>.
24. Declaración Universal de los Derechos Humanos. Asamblea General de las Naciones Unidas. Paris: Resolución 217 A (III), 1948 [Citado 10 Dic 1948] Disponible en: https://cnrha.sanidad.gob.es/documentacion/bioetica/pdf/Universal_Derechos_Humanos.pdf
25. Declaración de Naciones Unidas sobre la Eliminación de la Violencia contra la mujer. Asamblea General de Naciones Unidas, 1993 [Citado 20 Dic 1993] Disponible en: <https://www.refworld.org.es/docid/50ac921e2.html>
26. Resolución del Parlamento Europeo sobre la Mutilación Genital Femenina (2001/2035 (INI)). Bruselas, 2001 [Citado 20 Sep 2001] Disponible en: https://www.europarl.europa.eu/doceo/document/TA-5-2001-0475_ES.html

9. ANEXOS

ANEXO I:

COMPROMISO PREVENTIVO DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA



COMPROMISO DE PREVENCIÓN DE LA MUTILACIÓN GENITAL FEMENINA

Centro de salud:

Datos de la menor:

Nombre y Apellidos: _____

Dirección: _____

Localidad: _____

Fecha de Nacimiento: _____

País al que viaja: _____

DATOS DEL PADRE/ MADRE/ RESPONSABLE DE LA MENOR:

Nombre y Apellidos: _____

Relación con la menor: _____

Número de teléfono: _____

DNI (NIE): _____

Se certifica que en los exámenes de salud realizados a la niña cuyos datos se consignan a continuación, no se ha detectado alteración en la integridad de sus genitales

Por ello se informa a familiares/ responsables de la niña sobre las siguientes circunstancias:

- Los riesgos socio-sanitarios y psicológicos que presenta la mutilación genital femenina, y el reconocimiento a nivel internacional que tiene esta práctica como violación de los Derechos Humanos de las niñas.
- El marco legal de la mutilación genital femenina en España, donde esta intervención es considerada un delito de lesiones en el Artículo 149.2 del Código Penal, aunque haya sido realizada fuera del territorio nacional (por ejemplo, en Gambia, Mali, Senegal, etc.), en los términos previstos en la Ley Orgánica del Poder Judicial, modificada por la Ley Orgánica 1/2014, de 13 de marzo.
- La práctica de la mutilación genital femenina se castiga con pena de prisión de 6 a 12 años para los padres, las madres, tutores/as o guardadores/as; y con pena de inhabilitación especial para el ejercicio de la patria potestad, tutela, guarda o acogimiento de 4 a 10 años (es decir, no podrían ejercer la patria potestad ni tener consigo a su hija, por lo que la entidad pública de protección de menores correspondiente podría asumir su tutela, pudiendo la niña ser acogida por una familia o ingresar en un centro de Protección de Menores).
- El compromiso de que, al regreso del viaje, la niña acuda a consulta pediátrica/médica de su Centro de Salud para la realización de un examen de salud en el marco del Programa de Salud Infantil. En el caso de no acudir, se aplicará la normativa vigente.
- La importancia de adoptar todas las medidas preventivas relativas al viaje que le han sido recomendadas por las y los profesionales de la salud desde los Servicios Sanitarios.

En conformidad con lo anterior:

- 1 DECLARO haber sido informado/a**, por el/la profesional de la salud responsable de la salud de la/s niña/s sobre los diversos aspectos relativos a la mutilación genital femenina especificados anteriormente.
- 2 CONSIDERO haber entendido el propósito, el alcance y las consecuencias legales** de estas explicaciones.
- 3 ME COMPROMETO a cuidar la salud de la/s menor/es de quien soy responsable y a evitar su mutilación genital**, así como a acudir a revisión a la vuelta del viaje.

Y para que conste, leo y firmo el original de este compromiso informado, por duplicado, del que me quedo una copia.

En _____

a _____

De 20 _____

Firma: Padre/ Madre/ Responsable

Firma: Pediatra/ Médico/a

ANEXO II: PARTE DE LESIONES MGF

DATOS DE LA MENOR	
Nombre y Apellidos:	
DNI/NIE/PASAPORTE:	F. Nacimiento:
Nacionalidad: Etnia:	Estado Civil:
Dirección:	
Municipio:	C.P:
Provincia:	
Teléfono:	

DECLARACIÓN
Paciente <input type="checkbox"/>
Madre / Padre/ Tutor/a / Tutores <input type="checkbox"/>

CAUSA:
Tiene practicada una MGF <input type="checkbox"/>
TIPO DE MUTILACIÓN
<input type="checkbox"/> TIPO I (resección total o parcial del clítoris y/o prepucio)
<input type="checkbox"/> TIPO II (resección parcial o total del clítoris y labios menores, que puede incluir la escisión de los labios mayores)
<input type="checkbox"/> TIPO III (estrechamiento o sellado de la abertura vaginal, mediante el corte y recolocación de los labios menores y, a veces, también los labios mayores, con o sin resección del clítoris)
<input type="checkbox"/> TIPO IV ((todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos, de severidad variable y sin finalidad médica no clasificados en los tipos anteriores)
Lugar del suceso:
Fecha:



DATOS DE LA MADRE:		
Nombre y Apellidos:		
DNI/ NIE/Pasaporte:		F. Nacimiento:
Nacionalidad:	Etnia:	Estado civil:
Dirección:		
Municipio:		C.P.:
Provincia:		
Teléfono:		
DATOS DEL PADRE		
Nombre y Apellidos:		
DNI/NIE/PASAPORTE:		F. Nacimiento:
Nacionalidad:		Estado Civil:
Dirección:		
Municipio:		C.P.:
Provincia:		
Teléfono:		



DATOS DE LA PERSONA QUE REALIZÓ LA MUTILACIÓN	
Nombre y Apellidos:	
Dirección:	
Municipio:	
Provincia:	
Parentesco con la menor:	

OTROS DATOS RELATIVOS A LA MADRE:	
Tiene practicada una MGF: <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
TIPO DE MUTILACIÓN:	
<input type="checkbox"/> TIPO I (resección total o parcial del clítoris y/o prepucio)	
<input type="checkbox"/> TIPO II (resección parcial o total del clítoris y labios menores, que puede incluir la escisión de los labios mayores)	
<input type="checkbox"/> TIPO III (estrechamiento o sellado de la abertura vaginal, mediante el corte y recolocación de los labios menores y, a veces, también los labios mayores, con o sin resección del clítoris)	
<input type="checkbox"/> TIPO IV (todos los demás procedimientos lesivos de los genitales femeninos, de severidad variable y sin finalidad médica no clasificados en los tipos anteriores)	
Tiene más hijas:	
NOMBRE:	EDAD:

DATOS ASISTENCIALES	
Responsable de la asistencia:	Centro Sanitario:
Profesional sanitario/a:	CNP:

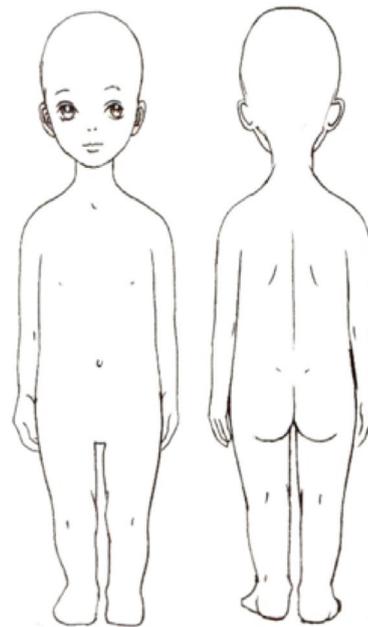
ANEXO III: HOJA DE NOTIFICACION DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO.



Castilla-La Mancha

HOJA DE NOTIFICACIÓN DE RIESGO Y MALTRATO INFANTIL DESDE EL ÁMBITO SANITARIO

MALTRATO FÍSICO (L= LEVE M= MODERADO G= GRAVE)		
L	M	G
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



NEGLIGENCIA			OTROS SÍNTOMAS
L	M	G	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

MALTRATO EMOCIONAL		
L	M	G
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

VIOLENCIA SEXUAL	
<input type="checkbox"/>	Sin contacto físico
<input type="checkbox"/>	Con contacto físico ¹⁵
<input type="checkbox"/>	Con contacto físico y con penetración
<input type="checkbox"/>	Ropa interior rasgada, manchada o ensangrentada
<input type="checkbox"/>	Dolor o picor en la zona genital
<input type="checkbox"/>	Contusiones o sangrado en los genitales externos, zona vaginal
<input type="checkbox"/>	Cérvix o vulva hinchando o rojo
<input type="checkbox"/>	Explotación sexual
<input type="checkbox"/>	Semen en la boca, genitales o ropa
<input type="checkbox"/>	Enfermedad venérea ¹⁶
<input type="checkbox"/>	Apertura anal patológica ¹⁷
Configuración del himen ¹⁸ :	

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (TACHE O RELLENE LO QUE PROCEDA) IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO/A		
Nombre y Apellidos:		
F. nacimiento:	Edad:	Sexo:
Domicilio:		
Municipio:	C.P.:	
Provincia:		
Acompañante:		
IDENTIFICACIÓN DEL NOTIFICADOR		
Centro sanitario:	Fecha de notificación:	
Profesional: <input type="checkbox"/> Médica/o <input type="checkbox"/> Enfermera/o <input type="checkbox"/> Trabajador/a Social <input type="checkbox"/> Psicólogo/a		
Nombre de la/del profesional:	FIRMA:	
Nombre de la/del profesional:		

Sospecha: No existen datos objetivos, sólo la sospecha, que se deduce de su historia clínica no creíble o contradictoria, o de la excesiva demora en la consulta.

L (Leve): circunstancias que requieren un seguimiento,

M (Moderado): necesita apoyo / ayuda de los servicios sociales, sanitarios, educativos,...

(Grave): requiere intervención urgente de los servicios sociales.

- 1 Magulladuras o moratones en diferentes fases de cicatrización, en rostro, labios o boca, en zonas extensas del torso, espalda, nalgas o muslos, con formas no normales, agrupados o como señal o marco del objeto con el que han sido inflingidos, en varias áreas diferentes, indicando que el/la menor ha sido golpeado/a desde distintas direcciones.



- 2 Quemaduras de puros o cigarrillos. Quemaduras que cubren toda la superficie de las manos (en guante) o de los pies (como un calcetín) o quemaduras en forma de buñuelo en nalgas, genitales, indicativas de inmersión en líquido caliente. Quemaduras en brazos, piernas, cuello o torso provocadas por haber estado atado fuertemente con cuerdas. Quemaduras con objetos que dejan señal claramente definida (parrilla, plancha, etc.).
- 3 Fracturas en el cráneo, nariz o mandíbula. Fracturas en espiral de los huesos largos (brazos o piernas), en diversas fases de cicatrización. Fracturas múltiples. Cualquier fractura en un/a menor de 2 años.
- 4 Lesiones viscerales (abdominales, torácicas y/o cerebrales). Hinchazón del abdomen. Dolor localizado. Vómitos constantes. Son sugestivos los hematomas duodenales y las hemorragias pancreáticas, o alteraciones del sensorio sin causa aparente.
- 5 Señales de mordeduras humanas, especialmente cuando parecen ser de una persona adulta (más de 3 cms de separación entre las huellas de los caninos) o son recurrentes.
- 6 Intoxicación forzada del/la menor por ingestión o administración de fármacos, heces o venenos.
- 7 Hemorragias retinianas e intracraneales, sin fracturas.
- 8 Constantemente descuidado/a. Escasa higiene. Desnutrido/a. Inapropiadamente vestido/a para el clima o la estación. Lesiones por exposición excesiva al sol o al frío (quemadura solar, congelación de las partes acras).
- 9 Constante falta de supervisión, especialmente cuando el/la menor está realizando acciones peligrosas o durante largos períodos de tiempo.
- 10 Problemas físicos o necesidades médicas no atendidas (ej. heridas sin curar o infectadas) o ausencia de los cuidados médicos rutinarios: no seguimiento del calendario de vacunación, ni otras indicaciones terapéuticas, caries dental extensa, alopecia localizada por postura prolongada en la misma posición, cráneo aplanado.
- 11 Incluye a menores que son víctimas de trata (imposición de trabajo o servicios forzados, la esclavitud o prácticas similares a la esclavitud, la servidumbre o la mendicidad, la explotación sexual, incluida la pornografía) y se encuentren sin escolarizar debiendo de estarlo.
- 12 Situaciones en las que la persona adulta responsable de la tutoría actúa, priva o provoca de manera crónica sentimientos negativos para la autoestima del/la menor. Incluye menosprecio continuo, desvalorización, insultos verbales, intimidación y discriminación. También están incluidas amenazas, corrupción, interrupción o prohibición de las relaciones sociales de manera continua. Temor a la persona adulta.
- 13 Retraso del crecimiento sin causa orgánica justificable. Incluye retraso psíquico, social, del lenguaje, de la motilidad global o de la motilidad fina.
- 14 Sobreprotección que priva al menor del aprendizaje para establecer relaciones normales con su entorno (personas adultas, niños/as, juego, actividades escolares).
- 15 Incluye la mutilación, ablación quirúrgica del clítoris, que habrá de especificarse en el apartado «Otros síntomas o comentarios».
- 16 Enfermedad de transmisión sexual por abuso sexual. Incluye gonococia y sífilis no neonatal. Son sospechosos de abusos sexuales: Chlamidia, condilomas acuminados, tricomonas vaginales, herpes tipo I y II.



- 17 Incluye fisuras anales (no siempre son abusos), cicatrices, hematomas y acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual. Desgarros de la mucosa anal, cambios de la coloración o dilatación excesiva (> 15 mm, explorado el ano decúbito lateral, especialmente con ausencia de heces en la ampolla rectal). La presencia de condilomas acuminados es altamente sugestivo de abuso sexual.
- 18 Normal, imperforado.

La información aquí contenida es confidencial. El objetivo de esta hoja es facilitar la detección del maltrato y posibilitar la atención. La información aquí contenida se tratará informáticamente con las garantías que establece la Ley:

- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.
- Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.
- Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos) (Diario Oficial de la Unión Europea núm. 119, de 4 de mayo).
- Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal.
- Leyes correspondientes de las Comunidades Autónomas de regulación del uso de informática en el tratamiento de datos personales.

Instrucciones de uso de la Hoja de Notificación

Este instrumento es un cuestionario para la notificación y recogida de información sobre casos de maltrato infantil y abandono. Este cuestionario no es un instrumento diagnóstico sino una hoja estandarizada de notificación de los casos de maltrato evidente o de sospecha de maltrato que puedan aparecer en nuestras consultas.

Para utilizar el cuestionario se debe tachar con una «X» todos los síntomas de los que se tenga evidencia o de los que se sospeche su presencia, rellenar la ficha de identificación y enviar el cuestionario por correo.

El cuestionario consta de un inventario de síntomas, una figura, un dibujo anatómico, un recuadro para comentarios, una leyenda explicativa de los síntomas y un apartado de identificación del caso

El inventario de síntomas se desglosa por apartados de tipologías. Éstos son: síntomas de maltrato físico, síntomas de negligencia en el trato del menor, síntomas de maltrato emocional y síntomas de abuso sexual. Es importante resaltar que los síntomas no son exclusivos entre sí.

Con frecuencia será necesario utilizar uno o varios indicadores de los distintos apartados de síntomas para perfilar el caso.

MALTRATO FÍSICO (L= LEVE M= MODERADO G= GRAVE)		
L	M	G
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

El primer apartado a rellenar se encuentra en la esquina superior derecha. En este recuadro se debe tachar si se trata de un caso evidente de maltrato o si sólo existe la sospecha de que existe maltrato. En las leyendas se encuentra una definición de lo que es la sospecha.

El inventario de síntomas sirve de guía para recordar los síntomas más frecuentes de maltrato. Es posible elegir varios indicadores de todos y cada uno de los apartados. Los indicadores no son exclusivos entre sí.

En los tres primeros apartados (maltrato físico, negligencia y maltrato emocional), se puede elegir el grado de gravedad del síntoma. La gravedad se indica tachando la «L» si es leve, la «M» si es moderado y la «G» si es grave. Si sólo existe la sospecha, deben indicarse los síntomas pertinentes como leves.

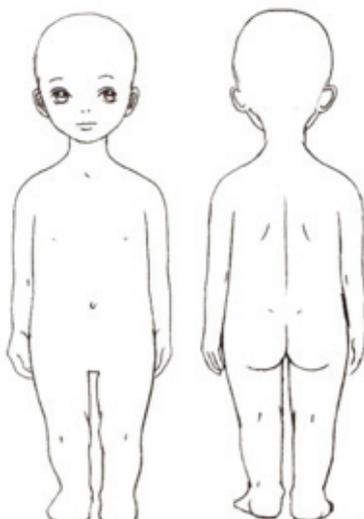
NEGLIGENCIA		
L	M	G
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

En el apartado de maltrato sexual se deben tachar aquellos indicadores de los que se tenga evidencia o sospecha de su presencia. Será frecuente que los indicadores de maltrato sexual aparezcan asociados a los síntomas de maltrato emocional. Cuando sea pertinente, se deberá rellenar la configuración del himen y/o el tamaño de la hendidura himenal en milímetros.

MALTRATO EMOCIONAL		
L	M	G
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Algunos de los síntomas poseen una nota aclarativa, la cual se indica mediante un número. La aclaración se encuentra situada en la parte posterior del cuestionario. Es recomendable leer estas notas cuando el indicador no resulte evidente, hasta familiarizarnos con los indicadores.

Si existieran otros síntomas no contemplados en el listado, se deberá hacer uso del apartado de comentarios y reflejarlos allí.



El dibujo anatómico debe ser utilizado para indicar la localización de los síntomas. Bastará con sombrear sobre la figura la zona en la que se aprecia el síntoma. Si existieran varios síntomas que se desea localizar y su ubicación sobre el dibujo no fuera suficientemente evidente por el contexto del indicador, se puede indicar con una flecha el indicador al que se refiere el sombreado.

Existe un recuadro en el que se pueden escribir otros síntomas que no aparezcan reflejados en el cuestionario original. También es posible reflejar aquí comentarios que puedan ser pertinentes para la aclaración del caso o sospechas (por ejemplo de tipo biográfico, referente a la credibilidad de la historia narrada por el sujeto o debido a la reiteración de síntomas y visitas) que lleven al profesional a comunicar el caso.

En el apartado de identificación del caso se recogen los datos que permitirán localizar y describir al sujeto en la base de datos acumulativa. Es imprescindible recoger las iniciales del paciente, su sexo y su fecha de nacimiento (si se conoce).

IDENTIFICACIÓN DEL CASO (TACHE O RELLENE LO QUE PROCEDA) IDENTIFICACIÓN DEL NIÑO/A		
Nombre y Apellidos:		
F. nacimiento:	Edad:	Sexo:
Domicilio:		
Municipio:	C.P.:	
Provincia:		
Acompañante:		

Si la notificación se deriva de la defunción del sujeto, deberá tacharse la casilla correspondiente.

Debe consignarse la fecha de la notificación ya que pueden realizarse diversas notificaciones de un mismo caso en el mismo centro o en centros diferentes.

Por último, existe un área dedicada a la identificación de la persona que realiza la notificación. La información recogida en este apartado no se consigna en la base de datos del registro acumulativo de casos y se utiliza exclusivamente para asegurar la veracidad de la información contenida en la notificación. Por ello, es imprescindible rellenar este apartado para que la notificación surta efecto.

Cada hoja de notificación consta de tres copias en papel autocopiativo. Una copia deberá permanecer en la historia clínica para el seguimiento del caso si fuera necesario, otra copia se enviará por correo al servicio de proceso de datos y una tercera copia se entregará al profesional de los servicios sociales.

IMPORTANTE: Cada notificación debe realizarse en un cuestionario nuevo, incluso cuando se refiera al mismo caso en fechas posteriores a la primera detección.

La eficacia de esta Hoja de Notificación depende en gran medida de la calidad de las notificaciones y del esmero con que sea utilizada. La cumplimentación descuidada puede invalidar la notificación del caso.

Para cualquier cuestión relacionada con esta materia puede dirigirse al teléfono de Información Administrativa 012.

ANEXO IV: TÉLEFONOS Y DIRECCIONES DE INTERÉS

RECURSO	ORGANISMO	CONTACTO
DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA	Consejería de Sanidad	TLF: 925 24 87 67 Correo electrónico: dgsp@jccm.es
INSTITUTO DE LA MUJER DE CASTILLA-LA MANCHA	Consejería de Igualdad y Portavoz de la Junta de Comunidades de la Región	TLF: 925 28 60 10 Correo electrónico: institutomujer@jccm.es Direcciones Provinciales del Instituto de la Mujer de Castilla-La Mancha: Albacete: 967 19 57 54 abmujer@jccm.es Ciudad Real: 926 27 94 62 institutomujercr@jccm.es Cuenca: 969 17 68 97 - instituto.mujer.cu@jccm.es Guadalajara: 949 23 51 95 institutomujerguadalajara@jccm.es Toledo: 925 26 50 12 - institutomujertoledo@jccm.es
SERVICIO DE SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA	Consejería de Sanidad	TLF: 925 27 41 00
BIENESTAR SOCIAL	Consejería de Bienestar Social	TLF: 925269002 Correo electrónico: gabinete.bienestarsocial@jccm.es Direcciones Provinciales de Bienestar Social: Albacete: 967 55 80 00 – direccion.ab.bs@jccm.es Ciudad Real: 926 27 62 00 direccion.cr.bs@jccm.es Cuenca: 969 17 68 00 – direccion.cu.bs@jccm.es Guadalajara: 949 88 58 00 direccion.gu.bs@jccm.es Toledo: 925 26 90 69 – direccion.to.bs@jccm.es
DIRECCIÓN GENERAL DE ACCIÓN SOCIAL Y COOPERACIÓN	Consejería de Bienestar Social	TLF: 925 26 72 13 Correo electrónico: dgaccionsocial@jccm.es
DIRECCIÓN GENERAL DE INFANCIA Y FAMILIA	Consejería de Bienestar Social	TLF: 925 287096 Correo electrónico: dginfanciayfamilia@jccm.es
DIRECCIÓN GENERAL DE PROGRAMAS, ATENCIÓN A LA DIVERSIDAD Y FORMACIÓN PROFESIONAL	Consejería de Educación, Cultura y Deportes	TLF: 925 24 88 40 Correo electrónico: dgpradyfp.edu@jccm.es
DIRECCIONES PROVINCIALES DE EDUCACIÓN CULTURA Y DEPORTES	Consejería de Educación, Cultura y Deportes	Albacete: 967 59 63 00 – spalbacete.edu@jccm.es Ciudad Real: 926 27 91 24 / 926 27 90 71 / 926 27 90 72 Cuenca: 969 17 63 00 Guadalajara: 949 88 79 00 Toledo: 925 25 96 00 – secretaria.edu.to@jccm.es

RECURSO	ORGANISMO	CONTACTO
DELEGACIÓN DEL GOBIERNO PARA LA VIOLENCIA DE GÉNERO	Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad	https://violenciagenero.igualdad.gob.es/
AGENCIA ESPAÑOLA DE COOPERACIÓN INTERNACIONAL PARA EL DESARROLLO	Ministerio de Asuntos Exteriores y de Cooperación	www.aecid.es
DUALIA	Servicio de traducción e interpretación telefónica sanitaria	TLF: 925910370. Correo electrónico: cau@dualia.es Web: www.dualia.es
ASOCIACIÓN DE MALIENSES EN RECAS	Asociación sin ánimo de lucro	Asociación sin ánimo de lucro
ASOCIACIÓN GUADA ACOGE	Asociación sin ánimo de lucro	Sede central: Tels.: 949 25 30 76 / 949 21 58 35 Correo electrónico: guada.acoge@redacoge.org Azuqueca de Henares: Tel.:949 27 73 10. Correo electrónico: guada.acoge.azuqueca@redacoge.org
ASOCIACIÓN MANCHA ACOGE	Asociación sin ánimo de lucro	TLF: 926313239. Correo electrónico: mancha.acoge@redacoge.org
ASOCIACIÓN MÉDICOS DEL MUNDO CLM	Asociación independiente	TOLEDO: Tel. 925222312 Correo electrónico: castillamancha@medicosdelmundo.org ALBACETE: Correo Electrónico: albacete@medicosdelmundo.org
ASOCIACIÓN TALAVERA ACOGE	Asociación sin ánimo de lucro	TLF: 925 827 046 Correo electrónico: coordinación@talaveraacoge.com
ASOCIACIÓN PROFESIONAL DE MATRONAS DE CLM	Asociación Científica Profesional	Correo electrónico: contacto@matronascastillalamancha.org
COLECTIVO DE APOYO A LOS INMIGRANTES EN ALBACETE	Asociación sin ánimo de lucro	Contacto: Cheikhou Cisse. Teléfono: 648248031

RECURSO	ORGANISMO	CONTACTO
FUNDACIÓN KIRIRA CONTRA LA MGF	ONG apartidista y aconfesional con proyectos de desarrollo en Kenia	Correo electrónico: fundacionkirira@yahoo.com Teléfonos: 926 51 30 76 / 628 196 385
FUNDACIÓN SED (SOLIDARIDAD, EDUCACIÓN Y DESARROLLO)	Organización No Gubernamental (ONG) para el Desarrollo, sin ánimo de lucro y de ámbito estatal	TLF: 91 877 85 28 Correo electrónico: sedmadrid@sed-ongd.org
FUNDACIÓN SIMETRÍAS	Fundación sin ánimo de lucro	TLF: 677183097 Correo Electrónico: simetrias@simetrias.es
UNICEF REGIONAL CASTILLA-LA MANCHA	Organismo de las Naciones Unidas	TLF: 925253380 Correo Electrónico: castmancha@unicef.es UNICEF Albacete Correo electrónico: albacete@unicef.es UNICEF Ciudad Real Correo electrónico: ciudadreal@unicef.es UNICEF Guadalajara. Tel. 949232986 Correo electrónico: guadalajara@unicef.es



Castilla-La Mancha