

Protocolo de actuación sanitaria
para la **atención a menores
víctimas de violencia de
género** contra sus madres o
cuidadoras principales



La Rioja

Servicio Riojano de Salud
SERIS

Este protocolo ha sido impulsado por la Comisión Técnica contra la Violencia de Género del Área de Salud de La Rioja. Su redacción y elaboración se ha encargado a un grupo de profesionales de la Subcomisión de Pediatría de dicha Comisión Técnica.

Coordinación técnica

M^a Antonia Aretio Romero, Trabajadora Social. Coordinadora Comisión Técnica contra la Violencia de Género.

M^a Luisa Poch Olivé, Pediatra Emérita Hospital San Pedro.

Grupo redactor

Subcomisión de Pediatría de la Comisión Técnica contra la Violencia de Género:

- **M^a Antonia Aretio Romero**, Trabajadora Social. Coordinadora Comisión Técnica contra la Violencia de Género.
- **Carmen Cristobal Navas**, Pediatra Hospital Calahorra.
- **M^a de los Llanos de la Torre Quiralte**, Pediatra Atención Primaria.
- **Ana Blanca García Tartas**, Pediatra Atención Primaria.
- **Laura Martínez Mengual**, Pediatra Hospital San Pedro.
- **M^a Luisa Poch Olivé**, Pediatra Emérita Hospital San Pedro.

Apoyo técnico

Se ha contado con el asesoramiento de:

- Para el capítulo 8 “Aspectos éticos y legales”: **Santiago García Baquero** (Fiscal de Menores de La Rioja) y **Yolanda Zaldívar Ballogera** (Jefa de Servicio de Coordinación Jurídica del SERIS).
- **Antonio Carballo Velasco**, Psicólogo de la Asociación APIR y responsable del programa Apóyame para la intervención con menores que han vivido violencia de género en su familia (Gobierno de La Rioja) y **Silvia Valiente Gómez**, Trabajadora Social.

Agradecimientos

Para la redacción inicial se contó con el Trabajo Final del Experto de la Fundación de la Universidad de La Rioja “**Trabajo Social ante la violencia de género**” que realizaron en el año 2019 **Beatriz Romero González**, Trabajadora Social Atención Primaria y **Marta Leire San Martín Triana**, Trabajadora Social (entonces de Atención Primaria, ahora de los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Logroño).

La revisión final del documento ha sido enriquecida con aportaciones de profesionales de la red de referentes contra la violencia de género del Área de Salud: **Urbina Aguilar Raposo**, **Ruth Cotelto Sáenz**, **Ana Isabel Guerra Martínez**, **M^a Soledad León Álvarez** Cienfuegos y **Rocío Loma Osorio del Real**.

Edita y distribuye: **Servicio Riojano de Salud**. Gobierno de La Rioja.

Diseño y maquetación: **Torrents Creativos**.

Impresión: **Gráficas Quintana**.

Logroño, enero de 2024.

Depósito legal: LR 162-2024.

Protocolo de actuación sanitaria
para la **atención a menores
víctimas de violencia de
género** contra sus madres o
cuidadoras principales



La Rioja

Servicio Riojano de Salud
SERIS

ÍNDICE

Presentación	8
1. Justificación	11
2. Objetivos, metodología y principios generales	17
2.1. Objetivos	19
2.1.1. Objetivos generales	19
2.1.2. Objetivos específicos	19
2.2. Metodología	20
2.3. Principios generales	21
3. Marco conceptual	23
3.1. Marco normativo	24
3.2. Marco teórico	26
3.2.1. Violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja	26
3.2.2. Exposición prenatal y de niñas, niños y adolescentes a la violencia de género contra la madre	28
3.2.3. Acciones y estrategias de niñas, niños y adolescentes para convivir con la violencia de género	30
3.2.4. Roles de niñas, niños y adolescentes expuestos a violencia de género	32
3.2.5. El rol parental cuando se ejerce violencia de género hacia la madre	33
3.2.6. El rol maternal cuando se sufre violencia de género	34
4. Consecuencias de la violencia de género en la gestación, infancia y adolescencia	35
4.1. Consecuencias en la salud	37
4.2. Indicadores de la violencia de género en la salud de menores según edad	39
4.3. Factores de riesgo y protección	43

5. Actuación sanitaria	45
5.1. Detección desde los servicios de salud	48
5.2. Evaluación del impacto de la violencia de género en embarazo y menores	50
5.2.1. Mujeres afectadas por la violencia de género durante el embarazo	50
5.2.2. Mujeres afectadas por la violencia de género con menores a cargo	52
5.3. Fases y metodología de la evaluación integral	59
5.3.1. Entrevistas con las mujeres	59
5.3.2. Entrevista con los y las menores	67
5.4. Intervención	72
6. Coordinación	77
7. Formación, evaluación e investigación	81
8. Aspectos éticos y legales	85
9. Bibliografía	95
 Anexo:	
Resumen contenidos más relevantes Formulario de evaluación y abordaje del impacto de la violencia de género en menores.....	100
Listado de acrónimos	103



La Rioja

Servicio Riojano de Salud
SERIS

PRESENTACIÓN

La Consejería de Salud y Políticas Sociales se dota de este **“Protocolo de actuación sanitaria para la atención de menores víctimas de violencia de género contra sus madres o cuidadoras principales”**, culminando de este modo un trabajo que iniciamos en la Legislatura 2015-2019.

Es una gran satisfacción ver que el paso del tiempo, con esa pandemia que todo lo trastocó, no ha mermado el entusiasmo de este grupo de trabajo gestado en aquel entonces para llevar a cabo este proyecto. La voluntad y profesionalidad de todos los que han participado en su elaboración ha ofrecido un resultado que supera las expectativas iniciales y que estoy segura va a constituir **una útil herramienta para proteger y ayudar a estos niños que sufren** un entorno de violencia. Éste es el primer y principal propósito de la iniciativa, que no obstante busca también contribuir a erradicar por completo la violencia de género de nuestra sociedad.

Una sociedad del bienestar tiene que proteger a sus menores, como colectivo vulnerable que son y también como garantía de un buen futuro. Actuar con ellos, interviniendo desde la base, nos ayudará a acabar con comportamientos tan dañinos como los que estos pequeños han sufrido en ámbitos que debieron ser para ellos de seguridad, confort y afecto. Valores que debemos procurar concederles.

La aprobación de este protocolo llega además en un momento en el que desde el Gobierno de La Rioja se ha apostado por un modelo socio-sanitario que en problemáticas como ésta cobra total sentido. La unión en una misma consejería de las competencias de Salud y Políticas Sociales, en las que también se incluyen las de Justicia, resulta muy operativa y confiamos que exitosa para el abordaje de casos de violencia de género en los que la sensibilización y prevención, la atención a la víctima y su entorno y el castigo ante la agresión deben seguir una misma filosofía.

Este protocolo es un trabajo eminentemente práctico; se centra sobre todo en la atención que desde Salud podemos proporcionar a las niñas, niños y adolescentes que padecen la situación directamente sufrida por sus madres o cuidadoras. Se determinan así una serie de actuaciones que los profesionales de nuestro sistema de Salud pueden poner en marcha ante la sospecha de que algún menor puede estar inmerso en este terrible ambiente de convivencia. Está por tanto **dirigido de forma prioritaria al personal sanitario en contacto directo con menores de edad y mujeres embarazadas** desde todos los niveles asistenciales, desde la atención primaria a la hospitalaria, contando por supuesto con los servicios de Urgencias y ámbitos especializados como los relativos a la salud mental o la atención comunitaria.

También en el resto de la sociedad estamos preocupados por el contenido de este protocolo, muy especialmente los responsables políticos que planificamos los recursos y trazamos las líneas de actuación públicas. Aprovecho por tanto para renovar mi compromiso y el del Gobierno de La Rioja con la lucha contra la violencia de género y comprometer todos nuestros esfuerzos en combatirla.

La Rioja tiene instrumentos para plantarle cara, articulados por una red de personal y servicios especializados. En este sentido, vuelvo a **valorar y agradecer el trabajo de la Comisión Técnica contra la Violencia de Género del Área de Salud de La Rioja**, el que ha quedado plasmado en este documento y el que realiza día a día para lograr ese noble objetivo que declara del fomento de unas relaciones humanas basadas en el buen trato, la igualdad y el respeto.

María Martín Díez de Baldeón
Consejera de Salud y Políticas Sociales



La Rioja

Servicio Riojano de Salud
SERIS



La Rioja

Servicio Riojano de Salud
SERIS

1

Justificación



1. Justificación

La violencia de género (VG en adelante) es uno de los más importantes problemas sociales y de salud que tienen las sociedades actuales. **Las consecuencias de este fenómeno alcanzan al conjunto de la sociedad.** Son dramáticas y devastadoras en el caso de las mujeres y sus menores a cargo: niñas, niños y adolescentes hasta los 18 años (a partir de ahora serán mencionados con el acrónimo **NNA**), así como de las criaturas que gestan en sus embarazos. Los y las menores que viven o han vivido en hogares donde existe VG hacia sus madres o cuidadoras han pasado por situaciones límites, con consecuencias habitualmente graves para su salud física, psicológica y social, invadiendo derechos como la seguridad, la integridad física y psicológica.

Tal y como refiere Save the Children,

“La exposición a la VG tiene un impacto negativo evidente en la vida, el bienestar y el desarrollo de los niños y niñas. Para considerarlos víctimas no es necesario que la sufran directamente. Presenciar la violencia ejercida contra sus madres o el hecho de crecer en un entorno en que la desigualdad entre el hombre y la mujer se expresa de manera violenta, les convierte también en víctimas. Además, en ocasiones se convierten en los catalizadores de la denuncia de la madre, a partir de la cual suelen verse involucrados en procedimientos administrativos y eventualmente judiciales que en la mayoría de los casos no se encuentran adaptados a sus necesidades. Es el deber de los Estados intervenir en todas estas situaciones, garantizando la protección y la atención de las mujeres y de los niños y niñas” (Save the Children, 2011:11).

La VG provoca consecuencias –algunas muy graves– directamente sobre la salud, bienestar y desarrollo de las y los NNA durante el maltrato, pudiendo continuar a largo plazo; en ocasiones durante la mayor parte de su vida.

Se trata de un problema de salud pública prioritario. A medida que ha ido aumentando la visibilidad de las situaciones de VG en España, ha crecido igualmente la sensibilización al respecto de las necesidades que padecen las y los menores que han estado expuestos a situaciones de VG (Rosser, Suriá, Alcántara y Castro, 2016).

Sin embargo, en el ámbito sanitario, pese a los avances desarrollados en los últimos años tanto en materia de protocolos contra la VG como en la formación de sus profesionales, no se ha realizado hasta ahora un protocolo específico dirigido a la evaluación y abordaje del impacto que reciben los y las menores en un hogar en el que viven con situaciones de VG. **Es por ello necesario organizar las actuaciones sanitarias para realizar la evaluación de dicho impacto, así como establecer los procesos asistenciales más adecuados** en cada situación y momento para procurar la mejor atención a eso/as menores, tanto para evitar que sigan recibiendo más violencia como para superar el impacto que la misma les haya producido. Esta tarea es necesario realizarla en coordinación con el resto de instituciones y sistemas de protección social con competencias en el área de la VG.

1. Justificación

La lucha contra la violencia en la infancia y en la adolescencia es un mandato vinculado con la defensa de los derechos humanos y una obligación prioritaria de los poderes públicos reconocida en numerosas legislaciones de diversa entidad que afectan al funcionamiento del sistema sanitario, como el artículo 39 de la Constitución Española, o la Ley Orgánica 1/2004 de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género de y a nivel internacional en la Convención de los Derechos del Niño de 1989 (CDN), ratificada por España en 1990 o el reconocimiento que realizó en 2010 el Consejo de Europa afirmando que **la VG constituye una forma de abuso psicológico contra los menores existentes en dicho hogar**. El avance en la conciencia social hacia la necesidad de erradicar cualquier maltrato infantojuvenil impulsa además al cumplimiento de dichas legislaciones por parte de las administraciones públicas.

No obstante, pese al esfuerzo legal y social realizado en los últimos años para atender a los y las NNA víctimas directas de la VG, todavía no se cuenta con programas y recursos que permitan adoptar medidas integrales para su protección. Muy invisibilizadas hasta hace poco, **las necesidades de NNA expuestas a VG han comenzado a reivindicarse en fechas recientes**, gracias en parte a la denuncia pública, la reacción social y el marco normativo desarrollado (Fernández y Pérez, 2018).

Como marco general relevante en nuestro país en relación a esta defensa del derecho de los NNA a vivir sin ningún tipo de violencia destaca la reciente **ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (LOPIVI)**. Esta Ley persigue establecer un nuevo paradigma de prevención y protección a través de una aproximación integral, teniendo en cuenta la naturaleza multidimensional de sus factores de riesgo y los determinantes sociales de la salud. **La norma establece medidas de promoción** del buen trato, prevención, protección, detección precoz, notificación, asistencia, reintegración de derechos vulnerados y recuperación de la víctima dirigidas a todas las administraciones, y en particular para el sistema sanitario ya que por su accesibilidad y por la relación tan estrecha y continuada con la ciudadanía, es el ámbito adecuado para llevar a cabo estas acciones.

Esta Ley persigue establecer un nuevo paradigma de prevención y protección a través de una aproximación integral

Existen además varias leyes importantes en materia de VG (que se desarrollan con más detalle en el apartado de Marco normativo de este protocolo) que recogen actuaciones específicas en relación con la intervención en la infancia y adolescencia, como la ley 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género o la Ley 11/2022, de 20 de septiembre, contra la violencia de género de La Rioja.

1. Justificación

Por otra parte, la Estrategia del Buentrato de la Consejería de Salud de La Rioja (2023) recoge **objetivos y actuaciones dirigidas a avanzar hacia el buentrato y la prevención de la VG en la infancia y en la adolescencia** de nuestra región. La promoción del buentrato a la infancia desde el sistema sanitario es el conjunto de acciones que desarrollan los y las profesionales y las instituciones sanitarias para favorecer el apego, el afecto, los cuidados, la crianza, el soporte y la socialización que deben recibir los NNA por parte de sus familias y del grupo social, que les garanticen las condiciones necesarias para satisfacer sus necesidades básicas, su salud y un adecuado desarrollo integral: afectivo, psicológico, físico, sexual, intelectual y social.

El fenómeno de la VG y sus consecuencias en la infancia ha dejado atrás los años de olvido y está siendo prolíficamente estudiado. Se han realizado esfuerzos y ya se cuenta en España con estudios importantes llevados a cabo en varias Universidades (Alcántara, 2010; Alcántara, López-Soler, Castro y López, 2013; Castro, 2011; López-Soler, 2008; Patró y Limiñana, 2005; Reyes Cano, 2015; Limiñana, Suria, Mateo, 2017; Pose Ramos, 2021). No obstante, todavía es preciso seguir fomentando la investigación aplicada sobre esta materia para evaluar la pertinencia y eficiencia de las diferentes actuaciones para evitar el impacto de la VG en NNA y protegerles de la mejor manera cuando esta se produzca, así como para proponer nuevas al amparo de futuros hallazgos en la investigación sobre este tema complejo.

Desde el punto de vista epidemiológico, es necesario resaltar la magnitud del fenómeno. Para ello **en la Tabla 1 se recogen algunos datos** extractados, entre otros documentos, de la Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2019 (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2020) que reflejan el número tan elevado de menores que viven en nuestro país en hogares con VG hacia sus madres o cuidadoras.

Tabla 1. Menores afectados y afectadas por la Violencia de Género en sus hogares

- El 89,6% de las mujeres con VG de alguna pareja tenían hijos en ese momento que presenciaron o escucharon la violencia.
- El 51,7% de las mujeres con VG de alguna pareja, con hijo/as, que presenciaron o escucharon la violencia contra la madre, y que eran menores de edad sufrieron ello/as mismo/as violencia a manos de la pareja violenta.
- **1.678.959 menores** viven en hogares en los que la mujer está sufriendo en la actualidad VG en la pareja. Sólo 1.644 cuentan con orden de protección (940 niñas y 704 niños).
- 265.860 menores viven en hogares en los que la mujer está sufriendo en la actualidad violencia física o sexual en la pareja.
- Desde el 2013 en que se empezó a registrar de manera sistemática, ha habido (hasta el 31 de diciembre de 2023):
 - 50 menores **víctimas mortales** a causa de la VG (2 en 2023).
 - 433 han quedado **huérfano/as** (56 en 2023).

Elaboración propia a partir de la Macroencuesta de Violencia contra la mujer 2019 (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género, 2020), Gil Arrones, Juan (2021) y Delegación del Gobierno contra la VG.

1. Justificación

La VG causa daño a las mujeres que la sufren y a sus NNA con los que conviven y la padecen directa o indirectamente. Provoca grandes consecuencias en su salud física, psíquica y social, motivo por el que acuden al sistema sanitario para recibir atención. En ese sentido, el sistema de salud es un espacio privilegiado para la detección y abordaje de la VG, tanto de las mujeres como de sus menores a cargo, entendiendo la salud de las personas desde un concepto biopsicosocial.

La intervención con estos y estas menores no se debería hacer sólo sobre “un grupo de síntomas” o un determinado diagnóstico establecido (depresión, trastorno disocial, problemas de apego o TDAH), sino con un o una NNA que tiene miedo a dormir solo/a (o que su madre duerma sola), que se siente raro/a y diferente al resto y que no encaja, que no tiene ganas de jugar, que le cuesta concentrarse y fracasa en los estudios, que se enfada por cualquier cosa, que no sabe por qué le llevan a consulta de psicología, que siente que nadie le comprende, que le gustaría dejar de tener miedo..., que no sabe qué le pasa. **Es necesaria una atención global, que integre todas las dimensiones de ese o esa menor y su núcleo familiar y social** para poder comprender y realizar un diagnóstico y actuación adecuada (De la Torre et al, 2023).

Por otra parte, **muchos menores y sus madres siguen sin tener conciencia del hijo o la hija como víctima** y, por tanto, de la necesidad de acudir a un programa especializado. Lo hacen aconsejados por profesionales y muchas de sus demandas iniciales no parecen guardar relación con el maltrato sufrido (Valiente et al, 2015).

La confusión ocurre también en mucho/as profesionales a la hora de considerar el binomio agresor-víctima. En ocasiones se establece que el agresor lo es con respecto a la madre y, por lo tanto, esta es merecedora de protección social, policial y judicial. Sin embargo, al hijo o a la hija se les niega esta calificación y, a no ser que hayan sufrido agresiones físicas severas (han de ser mucho más graves que las sufridas por la madre para ser consideradas relevantes), no se les protege del agresor y son víctimas además de decisiones injustas.

Recientes estudios (Arredondo et al, 2023; De la Torre et al, 2023) han puesto de manifiesto una baja formación ofertada y un bajo nivel de conocimientos en el personal de pediatría y personal de medicina de familia que pasa consultas de pediatría en nuestro país en relación a la VG y el impacto que tiene en NNA y la manera de abordarla con eficacia. A consecuencia de ello, **no se realiza un buen diagnóstico ni la intervención posterior más adecuada.** Esta situación aconseja mejorar tanto la oferta formativa en estos temas, tanto en atención primaria como hospitalaria, así como la necesidad de realizar un trabajo interdisciplinar y coordinado entre los diferentes sistemas de protección social que intervienen con la infancia y adolescencia (Federación de Mujeres Progresistas, 2023).

Pese a los avances legales y sociales que ayudan a comprender que un agresor no puede ser un buen padre y que, por tanto, **es preciso garantizar mecanismos de protección** para los y las menores afectados, todavía hay resistencias a romper con este mito que tanto les daña. Recogiendo

1. Justificación

la síntesis que hace Marta Pose (2021: 9) de muchas investigaciones: “aquel que maltrata a su mujer, a la madre de sus hijas e hijos, es un padre poco consistente, controlador y autoritario, que genera división entre los miembros de la familia, modela a sus hijos e hijas en el uso de la violencia y se sirve de ellos y ellas para monitorizar a la mujer o desvalorizarla como madre”.

Por lo tanto, **se hace necesario dotar al conjunto del personal sanitario y sociosanitario de un protocolo de actuación** que ayude en dos grandes campos. Uno de ellos, aumentar la sensibilidad y formación del personal sanitario y sociosanitario acerca del impacto que la VG ejerce en NNA. Otro es capacitarles para evaluar dicho impacto y desarrollar la atención adecuada para atender al mismo (Rosser et al, 2018; De la Torre et al, 2023).

Hay que tener en cuenta que la VG no es un problema individual, está condicionada, al igual que el resto de situaciones y problemas de salud, por los determinantes sociales de la salud (DSS) (Organización Mundial de la Salud, Europa, 2006), por lo que además de instaurar medidas individuales, es fundamental abordar de forma intersectorial, integrada y coordinada estos determinantes desde una perspectiva poblacional. En base a la Teoría Ecológica de Sistemas (Bronfenbrenner, 1987), el abordaje puede incluir acciones sobre las condiciones del entorno, económicas y sociales que se conoce que aumentan este riesgo. **Las actividades de promoción de la salud y prevención en NNA deben por lo tanto abarcar también el ámbito extrafamiliar.** Para ello es fundamental la sensibilización de la ciudadanía, profesionales y decisores políticos para el establecimiento de estrategias y dotación de recursos para transformar los valores de desigualdad y maltrato que alientan el problema de la VG.

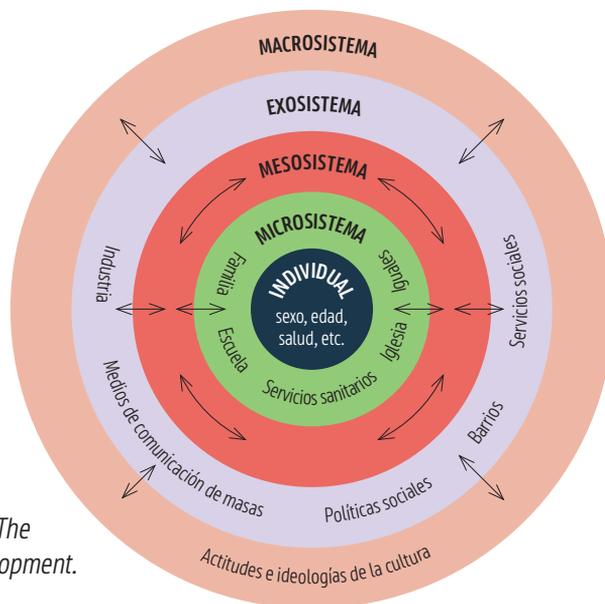


Figura 1.

Teoría Ecológica de Sistemas

Fuente: Adaptado y traducido de *The ecological theory of human development*. Bronfenbrenner (1987)

2

Objetivos, metodología y principios generales



2. Objetivos, metodología y principios generales

Por todo lo anteriormente expuesto, se hace necesario **procurar la mejor atención sanitaria posible a menores de 18 años** cuando en las familias donde residan existan situaciones de VG. Actuación que contempla medidas de prevención de la VG, detección precoz de la misma e intervención integral interdisciplinar cuando haya producido impacto en su salud al objeto de fomentar la recuperación de dicho/as menores. Esta intervención incluye actuaciones para garantizar la coordinación interna dentro del sistema sanitario y externa, con el resto de sistemas de protección e intervención especializados.

La **finalidad de este protocolo es dotar al personal sanitario** (pediatría, trabajo social, medicina de familia, enfermería, psicología, psiquiatría) de un instrumento que permita atender de manera integral el impacto que la VG provoca en la infancia y adolescencia que la padece directa o indirectamente. Ello implica conocer el contexto y proceso global de esa violencia y las consecuencias que ha producido en los y las menores, su madre y el entorno próximo en el que viven.

Este protocolo incluye también a las mujeres que asumen el cuidado habitual de menores (y ejercen funciones maternas) y que sufren o han sufrido VG

Como la VG también ejerce **efectos perjudiciales en la mujer embarazada y el feto**, este protocolo también contempla actuaciones dirigidas al personal de obstetricia (ginecología, matronería, enfermería) responsable de la atención a la mujer embarazada que vive VG.

Este protocolo incluye también a las **mujeres que asumen el cuidado habitual de menores** (y ejercen funciones maternas) y que sufren o han sufrido VG, como por ejemplo abuelas, tías, segundas parejas de sus padres..., atendiendo a la diversidad de las familias en la actualidad.



2. Objetivos, metodología y principios generales

2.1. OBJETIVOS

2.1.1. Objetivos generales:

- **Minimizar** en los y las menores, así como en el feto en caso de embarazo, **las consecuencias** emocionales, sociales, psicológicas y/o físicas que provoca la VG ejercida sobre sus madres o cuidadoras principales, tanto en sus vidas presentes como en su desarrollo.
- **Mejorar la sensibilización y capacitación** del personal sanitario y sociosanitario para realizar una detección y abordaje adecuados del impacto de la VG en menores así como la repercusión que la VG ejerce en el embarazo, con consecuencias en la salud materna, fetal y del recién nacido.
- **Fomentar la implicación** de las madres y/o cuidadoras en el afrontamiento de la VG, así como en la recuperación de las consecuencias que la VG ha ocasionado en sus menores a cargo.
- **Contribuir desde el sistema público de salud a sensibilizar a la población** sobre la gravedad de las consecuencias que la VG genera en NNA.

2.1.2. Objetivos específicos:

- **Sensibilizar al colectivo sanitario** acerca de la magnitud, gravedad e impacto en la salud que la VG tiene en los y las menores.
- **Favorecer la detección precoz** por parte del personal sanitario y sociosanitario de los casos de menores expuesto/as a la VG.
- **Aportar conocimientos e instrumentos al personal** sanitario y sociosanitario para realizar una evaluación completa y el abordaje del impacto que la VG ha provocado en cada menor que vive en hogares donde hay o ha existido VG.
- **Abordar el impacto de la VG en menores** contemplando la totalidad y disponibilidad de los recursos que precisen según la afectación que la VG haya provocado en sus vidas.
- **Sensibilizar a las mujeres** del impacto que la VG que ellas viven ocasiona en sus menores a cargo.
- **Incorporar a las madres y o cuidadoras** de NNA afectados por la VG en el proceso de recuperación de las consecuencias generadas por la VG en sus menores.
- **Favorecer la continuidad asistencial** (primaria/hospitalaria) en todos los casos de menores afectado/as por la VG.
- **Fomentar la coordinación del sistema sanitario** con el resto de entidades sociales tanto en la prevención de la VG y el fomento del buentrato como en el abordaje de las consecuencias que la VG genera en NNA.

2. Objetivos, metodología y principios generales

2.2. METODOLOGÍA

Como ya se ha explicado, este protocolo surge de la evaluación realizada desde la Comisión Técnica contra la VG de la atención prestada a las y los NNA afectados por la VG y desde **la necesidad de mejorar la organización de la evaluación y atención al impacto que les genera la VG** existente en los hogares en los que viven. Y todo ello en medio de un contexto legal que les reconoce también víctimas directas de esta violencia y que obliga al sistema sanitario a atenderles de manera adecuada.

Este protocolo se concibe como una herramienta en proceso de investigación-acción

En la fase previa de redacción de este protocolo se ha revisado la bibliografía existente, no habiéndose encontrado un protocolo similar en el resto del sistema sanitario español, por lo que **la elaboración de este documento propone y elabora propuestas de intervención partiendo del conocimiento disponible actualmente**. Por todo ello este protocolo se concibe como una herramienta en proceso de investigación-acción que irá modificándose a la luz de la evaluación de la experiencia que con él se inicia. Se ofrece desde la limitación que supone ser el primer instrumento que inicia esta andadura, pero también desde la constatación de la importancia de su existencia como paso decisivo para empezar a estructurar y sistematizar la atención en este ámbito con afán de mejora, dentro del espíritu de trabajo en equipo que caracteriza los trabajos de la Comisión Técnica contra la VG.

Este protocolo forma parte del esfuerzo global que se está realizando desde el sistema sanitario público riojano en materia de VG. A efectos de la práctica asistencial, mantiene mucha **relación y coherencia con las actuaciones, objetivos y metodologías recogidas** en otros protocolos riojanos sobre la materia, destacando los de:

- Actuación sanitaria ante la VG.
- Cribado de la VG en el embarazo.
- Actuación sanitaria ante la Mutilación Genital Femenina.
- Triage de la VG en el servicio de urgencias del Hospital San Pedro.

Así como otros dos, cuya elaboración está prevista a corto plazo:

- Actuación sanitaria ante el maltrato infantil.
- Actuación sanitaria ante las agresiones sexuales.

2. Objetivos, metodología y principios generales

2.3. PRINCIPIOS GENERALES

La actuación de este protocolo se enmarca dentro de la promoción del buentrato que el sistema sanitario debe prestar a los y las NNA a lo largo de su ciclo vital. Asimismo, es fundamental realizar una atención respetuosa, favorecedora de la escucha, acompañamiento y fomentando la autonomía de cada menor atendido/a en la medida que su edad lo permita, buscando el interés superior de cada uno y una. Para ello **es imprescindible una mirada integral y biopsicosocial**.

Por otra parte, desde esa atención individualizada, es preciso realizar una actuación profesional flexible que se adapte a las necesidades y circunstancias de cada menor. Es especialmente relevante contemplar los elementos de desventaja social y las barreras de acceso que puedan tener NNA pertenecientes a **familias y/o colectivos en situación de mayor vulnerabilidad social** (migración, diversidad funcional, pobreza, exclusión social, minorías étnicas) para que esta situación no sólo no les reste derechos, sino que sea considerada motivo de mayor cuidado.

Además, es preciso incorporar algunos enfoques y perspectivas que la evidencia científica ha mostrado importantes en los problemas de salud relacionados con la VG:

- **Perspectiva de género:** evitando la revictimización y promoviendo el empoderamiento de las y los NNA para la toma de decisiones de acuerdo a sus derechos y necesidades individuales. Teniendo en cuenta el factor de desigualdad estructural que opera de manera diferencial sobre los hombres y las mujeres; también en la infancia y adolescencia generando repercusiones distintas en niños y niñas en relación al impacto de la VG.
- **Interseccionalidad:** implica tener en consideración la interacción de los distintos ejes de desigualdad que pueden provocar mayores vulneraciones a los derechos humanos y peor calidad en el acceso a recursos para protegerlos. Las intervenciones se adaptarán a estas circunstancias particulares, garantizando siempre la no discriminación y asistencia integral.
- **Derechos de la Infancia:** reconoce, por un lado, la condición de víctimas de un grave delito a niñas, niños y adolescentes; y, por otro, la condición de especial protección e interés superior, que significa que es el Estado el responsable de ejecutar las acciones tendentes a asegurar el desarrollo integral, la vida digna, así como las condiciones materiales y afectivas de cada niña, niño y adolescente para que puedan vivir en condiciones de máximo bienestar.
- **Atención interprofesional e intersectorial:** la atención a las consecuencias complejas y diversas de la VG en NNA va a requerir de la intervención coordinada e integrada de profesionales de diferentes disciplinas, del propio sistema sanitario y de otros sistemas de protección social.

2. Objetivos, metodología y principios generales

- **Coordinación y cooperación intersectorial:** para procurar una atención ágil y eficaz, estableciendo mecanismos de trabajo en red donde cada menor sea de verdad el centro de la atención y el conjunto de profesionales y sistemas intervinientes organicen la intervención de manera flexible y adaptada para buscar las mejores respuestas a cada una de las situaciones individualizadas. Implica, por supuesto, una coordinación eficaz tanto dentro del propio sistema sanitario, entre sus diferentes redes y dispositivos de atención (primaria, hospitalaria, salud mental, salud pública...) como con el resto de sistemas y organizaciones de protección social intervinientes.
- **Perspectiva comunitaria:** la promoción del buentrato y de condiciones estructurales para erradicar la desigualdad estructural entre mujeres y hombres, intervenir sobre los determinantes sociales de la salud implica trabajar codo con codo con las organizaciones sociales y asociaciones de cada entorno comunitario, con los espacios sociopolíticos donde se adoptan las decisiones que afectan al conjunto de la salud de las personas, grupos y comunidades.
- **Evaluación, investigación:** las actuaciones deben estar regidas por las recomendaciones de la evidencia científica. Para ello es importante establecer sistemas de registro adaptados a las actuaciones profesionales desarrolladas, que sean eficaces para poder evaluarlas. También es necesario fomentar investigaciones aplicadas para avanzar en el conocimiento y procurar hallazgos que sirvan para mejorar la intervención prestada.

3

Marco conceptual



3. Marco conceptual

3.1. MARCO NORMATIVO

La OMS reconoce a la VG como una pandemia por la magnitud de sus consecuencias, considerándose que “la VG constituye una forma singularmente atroz de violencia que sufren quienes viven y crecen en un entorno familiar donde está presente”.

Han existido hasta fechas recientes una serie de dificultades relacionadas con la falta de integración normativa de las leyes que protegen específicamente a las y los menores, y las que protegen las situaciones de VG.

La Ley Orgánica del 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género confirma que este tipo de violencia afecta a las niñas y niños que crecen en el núcleo familiar. En su artículo 2 recoge **“se establecen medidas de protección integral cuya finalidad es prevenir, sancionar y erradicar esta violencia y prestar asistencia a las mujeres, a sus hijos menores y a los menores sujetos a su tutela, o guarda y custodia, víctimas de esta violencia”**. Propone en su artículo 19.5 que tengan derecho a asistencia social aquellos que se encuentren bajo la patria potestad de la mujer agredida, de cara a prevenir y evitar los daños psíquicos y físicos de niños y niñas (Fernández-Montaño y Pérez, 2018). Esta Ley Orgánica asigna competencias directas al sistema sanitario en la intervención en las situaciones de VG.

Existen planes a nivel nacional que han desarrollado líneas generales de intervención atendiendo a esta situación, como el IV Plan Estratégico Nacional para la infancia y Adolescencia (2018-2021), orientada a acciones de promoción de la atención integral de las y los menores.

La Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, les otorga el estatus de víctimas directas de la VG

La Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, les otorga el estatus de víctimas directas de la VG. Esta norma modifica la Ley Orgánica del 1/2004, anteriormente citada establece, en su exposición de motivos, que las situaciones de violencia sobre la mujer afectan también a los y las menores que se encuentran en su entorno familiar.

Existen Declaraciones y Convenios sobre Prevención y Lucha contra la Violencia hacia las Mujeres como se refiere en el protocolo de VG puesto en marcha en nuestra Comunidad al cual remitimos para tener mayor información.

El Pacto de Estado en materia de VG suscrito en octubre de 2017, supone la unión de un gran número de instituciones, organizaciones y personas expertas para la creación de medidas en la lucha contra la violencia sobre las mujeres.

3. Marco conceptual

Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia (LOPIVI) ha significado un cambio importante. Contiene una definición de violencia que va incluso más lejos que el propio artículo 19 CDN (artículo 1.2 LOPIVI) en la que se contempla la VG como una forma de violencia hacia los NNA **“En cualquier caso, se entenderá por violencia... la violencia de género, la mutilación genital, la trata de seres humanos con cualquier fin, el matrimonio forzado...”**

En el artículo 29 LOPIVI establece que: **“Las administraciones públicas deberán prestar especial atención a la protección del interés superior de los niños, niñas y adolescentes que conviven en entornos familiares marcados por la violencia de género.** Los servicios sociales y de protección de la infancia y adolescencia asegurarán:

- a) La detección y la respuesta específica a las situaciones de violencia de género para incluir la “violencia vicaria” como violencia de género.
- b) La derivación y la coordinación con los servicios de atención especializada a menores de edad víctimas de violencia de género.

Partiendo de su consideración de víctimas de la violencia de género, se prevé que las actuaciones de las administraciones públicas **deben contemplar conjuntamente la recuperación de la persona menor de edad y de la madre.** Se garantizará el apoyo necesario para que las niñas, niños y adolescentes, de cara a su protección, atención especializada y recuperación, permanezcan con la mujer, salvo si ello es contrario a su interés superior”.

Y, en esa misma línea, se refiere la ley (art. 34 y 43) a los protocolos de actuación y planes de intervención en supuestos de VG, para establecer que, **“en la atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia de género, se seguirán las pautas de actuación establecidas en los protocolos que en materia de violencia de género tienen los diferentes organismos sanitarios, policiales, educativos, judiciales y de igualdad”.**

En la nueva Ley se reconoce de forma específica la **“violencia vicaria”** que se incluye en la definición de VG, (modificación del art. 4.4 de La Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género a través de la Disposición Final 10ª). **“La violencia de género a que se refiere esta ley también comprende la violencia que con el objetivo de causar perjuicio o daño a las mujeres se ejerza sobre sus familiares o allegados menores de edad”.**

En el caso de La Rioja, la Ley 11/2022, de 20 de septiembre, contra la violencia de género de La Rioja también reconoce a los y las menores como víctimas directas de la VG cuando su madre o cuidadora es a su vez víctima de VG a manos de su pareja afectiva masculina.

Con respecto a la normativa en materia de menores, destacamos La Ley 1/2006, de 28 de febrero, de protección de Menores de La Rioja y el Decreto 108/2007, de 27 de julio, por el que

3. Marco conceptual

se aprueba el Reglamento sobre intervención de las Administraciones Públicas de La Rioja en la protección y guarda de los menores. Normativa en defensa de la protección y promoción de los derechos del menor.

La Convención de los Derechos del Niño (1989) considera la VG directa o indirectamente contra los y las menores como una forma de maltrato infantil.

Hay que tener en cuenta que el artículo 19 de la Convención de los Derechos del Niño (1989) considera **la VG directa o indirectamente contra los y las menores como una forma de maltrato infantil**.

Dentro del Sistema Sanitario, la Cartera de Servicios del Sistema Nacional de Salud incluye la atención a la VG como un servicio básico dentro del sistema sanitario.

El IV Plan de Salud la Rioja 2030 recoge en su Línea Estratégica 1, Objetivo 6. el **“fomento del buentrato y la prevención de la violencia de género”**. Especifica diversas actuaciones generales tanto en el área de promoción y prevención como en el área asistencial que incluyen intervenciones en varios niveles dirigidas a cumplir los objetivos de este protocolo, recogiendo de manera expresa como actuación la elaboración del mismo.

3.2. MARCO TEÓRICO

3.2.1. Violencia contra las mujeres en las relaciones de pareja

La Organización de Naciones Unidas (ONU) en 1993, define la VG como: **“Todo acto de violencia, basado en la pertenencia al género femenino, que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, así como las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la vida privada”**.

El Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica, firmado en Estambul en el año 2011 y ratificado por España en marzo de 2014, entiende por violencia doméstica **“todos los actos de violencia física, sexual, psicológica o económica que se producen en las familias o en el hogar o entre cónyuges o parejas de hecho, antiguos o actuales, independientemente de que el autor del delito comparta o haya compartido el mismo domicilio que la víctima”**. Dicho convenio reconoce en su preámbulo que los niños son víctimas domésticas, incluso como testigos de violencia dentro de la familia.

Los maltratadores, en ocasiones, prolongan la violencia con amenazas o injurias a través de sus hijos e hijas

La violencia se puede manifestar en forma de malos tratos físicos, psicológicos, sexuales, sociales y económicos. La ruptura de la relación de pareja y cese de la convivencia no es garantía para

3. Marco conceptual

erradicar estas manifestaciones de malos tratos. Los maltratadores, en ocasiones, prolongan la violencia con amenazas o injurias a través de sus hijos e hijas o personas importantes para ellas. Acoso a través de interminables procesos judiciales y el ejercicio de sus derechos y deberes paterno-filiales (Aretio, 2015).

La prevalencia de la VG, tanto dentro como fuera de la pareja, es alarmante. Según la Macroencuesta de violencia contra la Mujer del 2019, elaborada por la Delegación del Gobierno contra la VG (que mide la VG existente en mujeres residentes en nuestro país de 16 años o más):

- **1 de cada 2 mujeres (57,3%) han sufrido violencia a lo largo de sus vidas por ser mujeres.** Suponen 11.688.411 mujeres.
- **1 de cada 5 (19,8%) la han sufrido en los últimos 12 meses.** Suponen 4.048.273 mujeres de 16 o más años.

Si acotamos los datos a la VG sufrida a manos de parejas o exparejas los datos siguen siendo muy preocupantes. Del total de mujeres de 16 o más años residentes en España:

- **El 14,2% (2.905.489 mujeres)** ha sufrido violencia física y/o sexual de alguna pareja, actual o pasada, **en algún momento de su vida.** **El 1,8% (374.175 mujeres)** ha sufrido violencia física y/o sexual de alguna pareja, actual o pasada, **en los últimos 12 meses.**
- **El 31,9% (6.517.062 mujeres)** ha sufrido violencia psicológica (emocional, control, económica, miedo) de alguna pareja, actual o pasada, **en algún momento de su vida.** **El 10,6% (2.164.006 mujeres)** ha sufrido violencia psicológica de alguna pareja, actual o pasada, **en los últimos 12 meses.**
- **El 32,4% (6.605.825 mujeres)** ha sufrido algún tipo de VG a manos de su pareja o expareja **a lo largo de la vida.** **El 10,8% (2.197.691 mujeres)** **en el último año.** Es decir, una de cada 3 mujeres mayores de 16 años emparejadas en nuestro país están sufriendo en la actualidad alguna clase de VG a manos de sus parejas.

Hay que hacer mención especial a los distintos ciclos vitales de las mujeres, resaltando la etapa de la gestación, donde la progenitora se encuentra en una situación de gran vulnerabilidad (Velasco, 2008; OMS, 2016). En 2014, Velasco et al. señalan una prevalencia del 21,3% en violencia perimenstrual, del 21% en violencia emocional y del 3,6% de violencia física. Otros estudios realizados hablan de una prevalencia de entre el 2 y el 13% en mujeres en estado de gestación que sufren algún tipo de violencia de género a nivel mundial y de las graves repercusiones de la misma (OMS, 2011).

Los agresores que maltratan a sus parejas pueden ser sus parejas, exparejas..., siendo padre/ padrastros de sus hijos/as, o no teniendo relación de parentesco ni de convivencia con sus hijos/as.

En cualquier caso, para mayor amplitud de este apartado, se puede consultar el protocolo de actuación sanitaria riojano ante la VG.

3. Marco conceptual

3.2.2. Exposición prenatal y de NNA a la VG contra la madre

La especie humana, en comparación con otras especies de mamíferos, precisamos la atención de otro ser humano durante más tiempo para desarrollarnos hasta lograr independencia. **El niño y la niña requieren de la atención de sus padres y madres** (y otras personas cuidadoras) para desarrollarse y crecer, recibiendo protección, cuidado, comida, afecto, educación, seguridad física y emocional. Es la familia la unidad grupal natural básica de la sociedad donde se genera el crecimiento y bienestar de todos sus miembros, proporciona sentimiento de pertenencia. La familia es el primer eslabón de socialización de la infancia.

Cada niña y niño tiene una tendencia a desarrollar un vínculo fuerte con las personas que le cuidan de manera continuada e intensiva (cuidadores principales), tal y como mostró Bowlby con su Teoría del Apego (Pose, 2021). En el caso de hogares con VG, esa violencia genera un ambiente (ansiedad, miedo, estrés, inseguridad...) que dificulta el establecimiento de relaciones vinculares sanas, pudiendo generar vínculos inseguros y, en ocasiones, desorganizado y derivar tanto en sintomatología física, psíquica y social (Fernández-Montaño y Pérez, 2018).

Los y las NNA que viven en una familia marcada por la VG **tienen dificultades para identificar y comprender las emociones propias**. La seguridad de la madre y la suya se ven amenazadas constantemente y genera un importante estrés en ambos. Su aprendizaje emocional se compromete; el padre es fuente de miedo, no de calma ni seguridad. Por otra parte, la VG dificulta la consolidación de la mujer como figura de autoridad positiva, teniendo ellas con frecuencia dificultad para poner límites a sus menores (Pose, 2021).

La exposición a malos tratos de pareja se considera una forma de maltrato infantil que se puede dar desde la concepción, durante la convivencia de la pareja y después de la separación de los adultos (Pérez et al, 2022). **Es dentro del sistema familiar donde el ser humano se desarrolla** –sobre todo al menos en la primera infancia– física, emocional y socialmente. La figura paterna establece una relación con su pareja basada en la violencia hacia ella, con objeto de tener el dominio y control; los y las menores de esta familia aprenden y desarrollan roles y comportamientos nocivos dentro de este sistema insano del que forman parte.

El abordaje de esta problemática y su falta de visualización se basan en **tres mitos y creencias erróneas** (Pose, 2021):

1. La violencia ejercida hacia las mujeres no tiene consecuencias directas en sus descendientes.
2. El agresor que ejerce violencia contra su pareja puede ser un buen padre.
3. La VG finaliza con la separación de las personas adultas.

Todos ellos dificultan e impiden en ocasiones el adecuado diseño de acciones para proteger y reparar el daño sufrido en los y las menores.

3. Marco conceptual

Los contextos de exposición en los que los hijos/as visualizan el escenario de los actos violentos, siguiendo a Holden (2003) son:

1. Perinatal

Exposición del feto cuando la violencia ejercida hacia la madre se da durante el embarazo.

2. Intervención

Los y las menores realizan acciones encaminadas a proteger a la víctima o interrumpir las acciones violentas, interponiéndose entre el agresor y la víctima.

3. Victimización

Los/as menores se convierten en objetos de violencia física o psicológica en el transcurso de una agresión hacia la madre/cuidadora.

4. Participación

Se ven obligados a participar en las estrategias de agresión, desvalorización, vigilancia hacia la madre/cuidadora por el agresor.

5. Ser testigo presencial

La agresión ocurre delante de los hijos e hijas, que oyen o ven lo que ocurre (insultos, gritos, golpes...). Pueden estar en la misma habitación u oyendo/viendo desde la puerta.

6. Escucha

Perciben la agresión desde otra habitación.

7. Observación de consecuencias inmediatas a la agresión

Testimonian las consecuencias de las agresiones, como lesiones en la progenitora, destrozos en el domicilio tras el maltrato, presencia de ambulancia, policía, vecindario, reacciones emocionales intensas en personas adultas.

8. Experimentar las secuelas

Sufrimiento por las secuelas que las agresiones provocan en la madre durante el proceso de violencia y tras la finalización de la misma, separación de sus padres, alejamiento o no del agresor, fin de la convivencia, cambio de vivienda y hábitos de vida.

9. Escuchar sobre lo sucedido

En ocasiones se encuentran ausentes durante el hecho violento, pero tienen conocimiento del mismo, de su alcance y consecuencia por escuchar repetidamente los contenidos de lo sucedido por parte de diversas personas.

10. Ignorar los acontecimientos

Ocurre cuando los y las menores están alejado/as físicamente del lugar y momento en el que suceden algunos acontecimientos violentos. Esto es realmente difícil en casos de maltrato prolongado en el tiempo. Se puede ignorar un incidente aislado. Pero la dinámica de la VG afecta a la madre de igual manera y tiene repercusión directa en la relación que establece con sus progenitores.

3. Marco conceptual

En un mismo acontecimiento violento, así como a lo largo de la relación violenta, los y las menores se pueden encontrar en varios de los anteriores contextos. Holden y otras y otros autores (McTavish et al. 2016; Wathen et al. 2013; Atenciano, 2009) dicen que existe una estrecha relación entre la historia de la violencia y los efectos producidos, **provocando en la escalada de la violencia que los menores pasen de observadores a tratar de intervenir para detener a los agresores**, convirtiéndose en víctimas directas de agresiones. Esto unido a los efectos de la exposición en su vida diaria incidirá en el desarrollo de la personalidad del niño/niña, en su sistema de creencias y en el estilo parental y conyugal del agresor.

Así mismo, se constata que la exposición a la violencia hacia las madres es una forma de maltrato infantil que puede ir acompañada de las otras modalidades de malos tratos, que se recogen a continuación:

- Maltrato físico.
- Maltrato emocional o psicológico.
- Negligencia física.
- Negligencia emocional.
- Abuso sexual.

Estas otras modalidades de maltrato se evaluarán según el protocolo de abordaje del maltrato infantil existente en la comunidad autónoma de La Rioja.

3.2.3. Acciones y estrategias de NNA para convivir con la VG

Dos son los elementos a tener en cuenta para comprender las acciones y estrategias que los/as NNA ponen en marcha para convivir (o sobrevivir) con la violencia en sus hogares. Por un lado, es necesario tener en cuenta la perspectiva de su desarrollo evolutivo. Por otro lado, la evolución del proceso y gravedad de la violencia que vive su madre o cuidadora, así como, el momento y fase de la violencia en el que se encuentra ella, haciendo que el niño o niña se posicionen de distinta forma.

Si empatizan con el sufrimiento de la madre, pueden asumir un rol protector hacia ella

Las reacciones de los y las menores pueden ser diversas. Por un lado, pueden alternar episodios de culpa (hacia sí mismo/as) con episodios de intensa rabia hacia su progenitora a la que culpabilizan y responsabilizan de no parar la violencia que todo el grupo familiar está viviendo. También, si empatizan con el sufrimiento de la madre, pueden asumir un rol protector hacia ella, oponiéndose a la violencia y enfrentándose al agresor.

3. Marco conceptual

En algunos casos la cronificación de la violencia genera la no existencia o breve existencia de la fase de luna de miel. Si esto se produce, presentan mayor sentimiento de vulnerabilidad, así como de indefensión aprendida.

Ante la VG los y las NNA pueden desarrollar distintos tipos de estrategias que modifican la manera en que la infancia y adolescencia viven la violencia en sus casas (Baker y Cunningham, 2004; Pose, 2021):

1. **Tratan de escapar mentalmente.** Para cambiar el foco de la atención y evadirse de las agresiones pueden recurrir a los estudios (hay algunas y algunos NNA con alto rendimiento educativo), uso de redes sociales, creación de un mundo paralelo de fantasía.
2. **Canalizando las emociones a través de actividades placenteras y creativas** (ejercicio físico, dibujo, pintura, teatro, escritura...).
3. **Ausentarse y buscar un lugar seguro.** Aislarse y evitar el contacto físico. Búsqueda de excusas o motivos para no estar en casa o regresar a ella, cambiarse a otra habitación de la casa para no ver o escuchar las agresiones, esconderse. Evitar personas y lugares que les recuerden la violencia. Evitar involucrarse en las relaciones con otras personas para evitar vínculos que les hagan sufrir.
4. **Aislarse** con la madre o el padre o desentenderse.
5. **Buscar ayuda de forma activa** (durante y después del incidente violento): fuera del domicilio, llaman a la policía, contactan con familiares o vecindario, hablar con profesionales o con amistades.
6. **Evadirse mediante conductas extremas.** Conductas suicidas o autolíticas para calmar sus emociones o llamar la atención. Conductas destructivas, con tendencia a la somatización (más en el caso de las niñas). Conductas violentas con otras personas (más en el caso de los niños). Consumo de alcohol u otras drogas para evadirse.
7. **Cuidar de la familia**, sobre todo de la madre y a los/las menores más pequeños/as o vulnerables.
8. **Tratan de mediar, calmar o cuidar** a las personas adultas, distraerlas.
9. **Intentar predecir, explicar, prevenir o controlar** el comportamiento violento del padre/agresor. Mucho/as se sienten culpables de incidentes violentos al pensar que podían haber hecho algo para evitarlo.
10. **Disociación, bloqueo mental o desconexión emocional.** Negación de la violencia.
11. En la adolescencia, **en ocasiones intentan combatir las agresiones con violencia**, validando así el sistema de creencias del agresor.

3. Marco conceptual

3.2.4. Roles de NNA expuesto/as a VG

La exposición a la violencia dentro del seno familiar genera el desarrollo de unos roles en la infancia y adolescencia que se perpetúan tras la separación y pueden darse en la edad adulta, en sus relaciones de pareja y marcar su futuro maternal o paternal.

Baker y Cunnigham (2004) describieron los diferentes roles que desempeñan en sus familias cuando existe violencia hacia sus madres (o quienes ejercen la función maternal).

1. **Cuidador/a:** asume el rol de cuidador/a de hermanos e incluso de su progenitora. Se identifica con una figura paternalizada.
2. **Niña/o perfecto/as:** para evitar todo conflicto.
3. **Favorita/o:** trato preferente designado por el agresor, se le diferencia del resto. Ante la separación puede que viva el duelo de forma diferente al resto de sus hermanos/as.
4. **Pacificador/a:** trata de frenar la escalada que precede a la agresión o incluso intervenir para frenarla.
5. **Chivo expiatorio:** se le identifica como la causa de los problemas.
6. **Confidente de la madre:** haciéndole partícipe de su situación, implicándole en la toma de decisiones. Basada en una relación de amistad entre personas adultas.
7. **Confidente del maltratador:** racionaliza los comportamientos violentos del agresor y se posiciona a su lado frente al resto de la familia.
8. **Rebelde:** se opone a ambos progenitores. En el caso de la madre por su sumisión y en el del padre por su control y poder.
9. **Animador/a:** trata de distraer a ambos progenitores para que no se produzcan estallidos de ira del agresor y para evitar la tristeza de la progenitora.



3. Marco conceptual

El análisis desde el punto de vista del género (Carracedo, 2018) han encontrado manifestaciones diferentes ante la VG en los niños y en las niñas. Por una parte, diferentes formas de expresar agresividad y frustración en función de la variable género: los niños tienden a recurrir a la fuerza física y, por su parte, las niñas suelen emplear un tipo de violencia más sutil. Pese a ello, **se advierte del incremento notable de la conducta antisocial en las chicas adolescentes** que han sido testigos de violencia en el ámbito familiar.

Los niños tienden a recurrir a la fuerza física y, por su parte, las niñas suelen emplear un tipo de violencia más sutil

3.2.5. El rol parental cuando se ejerce VG hacia la madre

Los hombres que agreden a sus parejas ejercen dominio sobre ésta para tener el control de toda la unidad familiar, presentando, entre otras, las siguientes conductas:

- Es frecuente que tengan **poco contacto con sus descendientes**.
- **Sus prácticas educativas son negativas** y se enfadan a menudo con sus hijas e hijos.
- **Les involucran** en actos violentos.
- **Les utilizan** para hacer daño a la progenitora.
- En ocasiones las agresiones a la madre **son justificadas como consecuencia de los actos de sus descendientes**.
- Tras la separación, el agresor en ocasiones les utiliza para:
 - **Controlar** y conocer información sobre la progenitora.
 - **Amenazar, intimidar, acosar y atemorizar** a la progenitora (violencia vicaria).
 - **Intentar que vuelva** la progenitora con él.
 - **Ponerles en su contra**.

Todas estas situaciones provocan el ejercicio de un rol parental violento y tiene un gran impacto en la salud de las/os menores, teniendo consecuencias a nivel psíquico, emocional, conductual, cognitivo y de desarrollo y ejercitación de su rol dentro de este núcleo familiar violento.

El maltratador es un padre que no favorece un vínculo seguro, es un padre poco consistente, controlador y autoritario, que genera división entre los miembros de la familia, modela a sus descendientes en el uso de la violencia y se sirve de ellos y ellas para controlarla y desvalorizarla como madre. Sus hijo/as oscilan entre el amor y el odio hacia el padre: le tienen miedo, sienten odio por cómo trata a su madre y lo rechazan” (Pose, 2021).

3. Marco conceptual

3.2.6. El rol maternal cuando se sufre VG

El rol que ejercen las madres que han vivido o viven violencia por parte de sus parejas se ve condicionado por este hecho teniendo consecuencias directas en sus hábitos y capacidades para cuidar, proteger y educar a sus descendientes.

El impacto de los malos tratos por parte de la pareja, en la vida de las mujeres, deja secuelas en cuerpo y mente, dañando severamente la imagen que tienen de sí mismas y de sus relaciones (Atenciano, 2015). Esto también influye en el desarrollo de su rol de progenitora. La VG puede afectar a su rol maternal, disminuyendo su implicación en la crianza, fallando mecanismos de afecto y contención, dificultando su capacidad para contener la mayor impulsividad, inquietud y nerviosismo de sus NNA (Rosser et al., 2018).

Las situaciones de estrés a las que se expone a una mujer con VG, **afectan directamente a la relación con sus descendientes**, con efectos negativos en las relaciones vinculares.

“El hecho de que una mujer, al verse cuestionada como madre a raíz de la violencia recibida (desprecios, humillaciones y desautorizaciones delante de los hijos), aumenta su sentimiento de culpa, de impotencia y la sensación de ser una mala madre, con el consecuente impacto que esto tiene en la imagen de la propia mujer. **Todos estos daños repercuten también en la relación con sus hijo/as**, ya que también perciben las sensaciones de inseguridad, miedo, desprotección y confusión” (Plaza y Roche, 2011: 320).

Las investigaciones constatan que, pese al gran daño provocado por la VG, **generalmente madres y descendientes logran establecer una relación estrecha basada en el amor, la atención y el cuidado**. Cuando esto ocurre, las madres son más competentes y contenedoras emocionalmente y sus hijos e hijas desarrollan menos problemas. Si el apego es inseguro, tanto la madre/cuidadora principal como sus menores a cargo tendrán más dificultades para afrontar juntos la situación (Pose, 2021).

Las personas afectadas encuentran en el apoyo y cuidado mutuo la mejor forma de protegerse y sobrevivir

Pese a lo perjudicial que es vivir en un contexto de VG, las personas afectadas encuentran en el apoyo y cuidado mutuo la mejor forma de protegerse y sobrevivir. La integridad física, psicológica y social de las mujeres es constantemente vulnerada, pero **el vínculo de soporte y protección que tienen con sus descendientes prevalece para actuar como barrera protectora**, lo cual demuestra el gran esfuerzo de las mujeres por cuidar de sus hijos e hijas incluso cuando su propia vida corre peligro (Pose, 2021). Por todo ello, el vínculo maternofilial puede considerarse sobre todo como un factor de protección.

4

Consecuencias de la VG en la gestación, infancia y adolescencia



4. Consecuencias de la VG en la gestación, infancia y adolescencia

Los buenos tratos permiten en la infancia y adolescencia relacionarse consigo mismo y con las demás personas de forma saludable, igualitaria, constructiva y solidaria.

Las consecuencias de la exposición a la violencia contra sus madres son múltiples, muy diversas y de gravedad heterogénea. **Su impacto en la salud depende de la severidad y el tiempo de exposición a la violencia, la edad, el momento evolutivo de cada menor, el contexto familiar y social o la acumulación de otros factores** estresantes personales o de entorno, así como la presencia o ausencia de factores de protección y resiliencia (Fernández, 2023).

La exposición a la VG puede tener lugar a lo largo de todas las etapas del desarrollo, aumenta la probabilidad de desarrollar problemas de salud mental y de agravamiento de los preexistentes (Olaya et al, 2010; Oram et al, 2022). Afectan a distintas facetas **provocando graves consecuencias en los fetos y en los y las NNA** a la hora de establecer vínculos y daño para lograr un apego seguro. Produce el desarrollo de apegos inseguros (evitativo, ansioso ambivalente o resistente, desorganizado-desorientado) lo cual es perjudicial para su desarrollo físico, mental y social, sumando en ocasiones descuido o trato negligente.

Las chicas presentan más problemas emocionales o internalizantes, así como mayores problemas sociales y de pensamiento que los chicos

Por otra parte, es conveniente incorporar la perspectiva de género a la hora de analizar las consecuencias en niños y niñas. Algunos estudios han encontrado diferencias significativas según el género, encontrando que las chicas presentan más problemas emocionales o internalizantes, como depresión, y quejas somáticas, así como mayores problemas sociales y de pensamiento que los chicos (Alcántara, López-Soler, Castro y López, 2013). Otros estudios (Carracedo, 2018) han detectado que **la exposición durante la etapa adolescente deja una huella mayor en las chicas, especialmente, cuando existe una mala relación con sus madres**, generándose un mayor riesgo de polivictimización: pueden llegar a convertirse en víctimas de otros tipos de abuso como el escolar o el sociocomunitario. Se ha encontrado una mayor predisposición en mujeres jóvenes, cuyas historias de vida se caracterizan por la exposición temprana a distintos tipos de victimización, al padecimiento frecuente de dolores de cabeza y a nivel muscular, además de, sintomatología ansiosa, depresiva, baja autoestima, TEPT y conductas autolesivas.

La edad es un factor determinante a la hora de evaluar los efectos que la VG produce en los y las NNA según su nivel de desarrollo y madurez. Para la mayoría de los casos, a medida que desarrollan estructuras cognitivas más complejas pueden mostrar una mayor conciencia de los hechos y sus consecuencias. **Durante la primera infancia tienden a somatizar en mayor medida los conflictos parentales y a sufrir conductas regresivas**; mientras que, **en la infancia intermedia las repercusiones son, por lo general, de índole internalizante y en la adolescencia**

4. Consecuencias de la VG en la gestación, infancia y adolescencia

predominan alteraciones a nivel conductual (Carracedo, 2018). Muchas de las consecuencias persisten incluso en la edad adulta.

Para este protocolo, se van a recoger con mayor extensión las **consecuencias producidas en la salud** (entendida en su concepción biopsicosocial) de niños y niñas (incluyendo la etapa pre-natal), por ser el ámbito competencial propio de la valoración, diagnóstico y tratamiento de este protocolo, sin menoscabo de la consideración del resto de consecuencias en otras áreas, también graves e importantes.

4.1. CONSECUENCIAS EN LA SALUD

Como se ha explicado, son muy amplias y diversas, afectando al conjunto de la vida y dimensiones de cada menor. A continuación, se recogen varias tablas con las consecuencias que la VG tiene tanto para la **madre gestante**, el **feto** y después para los **niños y las niñas**.

Tabla 2. Consecuencias de la VG en la salud de la madre gestante

Estrés materno	Diabetes gestacional
Trastorno de estrés postraumático	Hipertensión arterial (preeclampsia)
Trastornos de ansiedad	Anemia
Baja autoestima	Abuso de sustancias
Depresión	Riesgo de suicidio
Sangrado vaginal. Abortos	Parto prematuro
Procesos infecciosos de transmisión sexual (hepatitis, sífilis, sida, etc)	Lesiones físicas
	Muerte por homicidio

Elaboración propia siguiendo bibliografía de Sofía Czalbowski (2015) y Guía Breve de Actuación Violencia de Pareja hacia las Mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

Tabla 3. Consecuencias de la VG en la salud del feto

Afectan al desarrollo morfológico y al funcionamiento cerebral
Altera el desarrollo de otros órganos principales como son el corazón, los riñones
Alteraciones anatómicas y/o desregulaciones fisiológicas y neurobiológicas que provocarán trastornos en el aprendizaje y en el comportamiento
Alteraciones físicas y conductuales detectadas en el periodo perinatal que perduran a lo largo de su vida
Prematuridad
Retraso de crecimiento intrauterino, bajo peso

Elaboración propia siguiendo bibliografía de Sofía Czalbowski (2015) y Guía Breve de Actuación Violencia de Pareja hacia las Mujeres durante el embarazo, parto y puerperio.

4. Consecuencias de la VG en la gestación, infancia y adolescencia

Tabla 4. Consecuencias de la VG en la salud de las hijas e hijos

CONSECUENCIAS FATALES:

- Muerte por homicidio, o como resultado de interponerse entre el agresor y su madre para intentar frenar la violencia.
- Muerte como venganza para hacer daño a la madre.
- Suicidios ampliados: la madre o el padre se quitan la vida y la de sus hijas e hijos.
- Suicidio del/la menor.

CONSECUENCIAS EN LA SALUD FÍSICA:

- Daños y lesiones.
- Alteración de su desarrollo integral: retraso de crecimiento, disminución de las habilidades motoras, retardo en el lenguaje, síntomas regresivos.
- Alteraciones del sueño y la alimentación.
- Mayor frecuencia de enfermedades psicosomáticas.
- Lesiones por maltrato directo por parte del agresor.
- Problemas en la esfera sexual y reproductiva.

CONSECUENCIAS PSÍQUICAS Y EN LA SALUD MENTAL:

- Ansiedad, depresión, baja autoestima.
- Sentimiento de indefensión, desesperanza, amenaza, miedo.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Déficit de atención y concentración, hiperactividad.
- Conductas de riesgo.
- Adicciones.
- Trastornos psicopatológicos y adaptativos.
- Impulsividad. Bajo autocontrol.
- Dificultades para un apego seguro con la madre.
- Autolesiones. Intentos de suicidio.
- Culpabilidad, miedo, inseguridad, frustración, desconfianza.

CONSECUENCIAS SOCIALES Y EDUCATIVAS:

- Dificultades de aprendizaje, bajo rendimiento escolar. Inadaptación escolar. Falta de motivación. Absentismo escolar
- Problemas de conducta social: adopción de comportamiento de sumisión o violencia con sus compañeros y compañeras.
- Agresividad. Conductas disruptivas.
- Pérdida de competencias sociales. Dificultad para generar y mantener amistades. Habilidades sociales escasas. Menores redes de apoyo y relación social.
- Aislamiento social. Ansiedad social.
- Parentalización. Asunción de roles de protección de hermanos y hermanas o de su madre.

4. Consecuencias de la VG en la gestación, infancia y adolescencia

Tabla 4. Consecuencias de la VG en la salud de las hijas e hijos

CONSECUENCIAS A LARGO PLAZO O VIOLENCIA TRANSGENERACIONAL:

Si no se ha producido un proceso de elaboración de las experiencias vividas a través de una intervención profesional o de otras formas, la evidencia científica disponible señala que hay mayor probabilidad de:

- Conductas agresivas de hijos varones hacia las madres, aprendidas de los hombres violentos del propio contexto familiar.
- Maltrato a sus parejas en la adolescencia y en las edades adultas en los varones.
- Mayor tolerancia al maltrato en las mujeres.
- Además, puede haber otras muchas consecuencias crónicas físicas (HTA, migrañas, enfermedades autoinmunes, dolor crónico, cardiopatía isquémica...) y psicológicas (depresión, ansiedad...) que pueden llegar a la edad adulta e incluso hasta el final de la vida.

Fuente: Protocolo Común para la actuación Sanitaria ante la Violencia de Género, 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, pág. 33; Aretio (2015) y Fernández (2023).

4.2. INDICADORES DE LA VG EN LA SALUD DE MENORES SEGÚN SU EDAD

En la valoración y actuación en la consulta se pueden, a su vez, tener en cuenta una serie de indicadores de la afectación de la VG en las diferentes esferas (conductual, emocional, física, cognitiva-aprendizaje y social que se desarrollan en las siguientes tablas.

Tabla 5. Indicadores conductuales de la VG en menores según su edad

CONDUCTUALES	0-2 años	3-5 años	6-12 años	+ 12 años
Regresiones	X	X	X	X
Irritabilidad	X	X	X	X
Agresividad	X	X	X	X
Hiperactividad		X	X	X
Comportamientos de evasión - desobediencia		X	X	X
Apatía		X	X	X
Impulsividad		X	X	X
Baja tolerancia a la frustración	X	X	X	X
Trastornos en la alimentación	X	X	X	X
Obsesiones		X	X	X
Comportamiento disruptivo dentro del hogar		X	X	X
Comportamiento disruptivo fuera del hogar		X	X	X
Comportamientos violentos fuera del hogar	X	X	X	X
Comportamientos violentos dentro del hogar	X	X	X	X
Fugas / Huida del hogar			X	X
Comportamientos de riesgo (robo, delincuencia...)			X	X

4. Consecuencias de la VG en la gestación, infancia y adolescencia

Tabla 6. Indicadores emocionales de la VG en menores según su edad

EMOCIONALES	0-2 años	3-5 años	6-12 años	+ 12 años
Llanto	X	X	X	X
Miedos	X	X	X	X
Terrores nocturnos	X	X	X	X
Fobias		X	X	X
Síntomas de ansiedad	X	X	X	X
Tristeza	X	X	X	X
Preocupaciones	X	X	X	X
Angustia	X	X	X	X
Explosiones de ira, hostilidad, cólera	X	X	X	X
Inestabilidad emocional	X	X	X	X
Trastorno por estrés postraumático	X	X	X	X
Dificultades afectivas y para la expresión de sentimientos	X	X	X	X
Depresión	X	X	X	X
Baja autoestima		X	X	X
Sentimientos de culpabilidad		X	X	X
Sentimientos de vergüenza	X	X	X	X
Ideación suicida			X	X
Intentos de suicidio			X	X
Autolesiones			X	X
Tics		X	X	X

4. Consecuencias de la VG en la gestación, infancia y adolescencia

Tabla 7. Indicadores físicos de la VG en menores según su edad

FÍSICOS	0-2 años	3-5 años	6-12 años	+ 12 años
Retraso en el crecimiento	X	X	X	X
Escasa ganancia ponderal	X	X	X	X
Retraso en el desarrollo global	X	X	X	X
Problemas de alimentación	X	X	X	X
Problemas de sueño	X	X	X	X
Problemas en el control de esfínteres. Por ej. enuresis, encopresis	X	X	X	X
Manifestaciones somáticas : problemas de piel (eczema), respiratorios (asma) , digestivos (diarrea, estreñimiento dolor abdominal), cefalea	X	X	X	X
Abusos de sustancias			X	X
Embarazo				X

Tabla 8. Indicadores cognitivos y de aprendizaje de la VG en menores según su edad

COGNITIVOS/APRENDIZAJE	0-2 años	3-5 años	6-12 años	+ 12 años
Retraso en el desarrollo del lenguaje	X	X		
Dificultades de comprensión	X	X	X	X
Poca concentración			X	X
Poca atención		X	X	X
Dificultades de aprendizaje		X	X	X
Problemas en el rendimiento escolar		X	X	X
Inadaptación escolar		X	X	X
Absentismo escolar			X	X
Inadaptación personal		X	X	X
Actitudes a favor de la violencia			X	X

4. Consecuencias de la VG en la gestación, infancia y adolescencia

Tabla 9. Indicadores sociales de la VG en menores según su edad

SOCIALES	0-2 años	3-5 años	6-12 años	+ 12 años
Reducción de habilidades sociales	X	X	X	X
Establecimiento de relaciones conflictivas		X	X	X
Problemas a la hora de interactuar con los iguales	X	X	X	X
Problemas a la hora de interactuar con personas adultas	X	X	X	X
Relaciones ambivalentes con la madre.		X	X	X
Relaciones ambivalentes con el / la cuidador o cuidadora principal		X	X	X
Inversión de roles (parentalización)		X	X	X
Aislamiento	X	X	X	X
Dependencia	X	X	X	X
Rechazo social	X	X	X	X
Relaciones precoces (de pareja) con conductas violentas				X
Celos	X	X	X	X
Dejar la formación académica				X
Matrimonio prematuro				X

Fuente propia elaborada siguiendo bibliografía de Sofía Czalbowski, 2015. Detrás de la Pared; Guía Breve de Actuación Violencia de Pareja hacia las Mujeres durante el embarazo, parto y puerperio y Manual de Atención a niños y niñas víctimas de Violencia de Género en el ámbito familiar.



4. Consecuencias de la VG en la gestación, infancia y adolescencia

4.3. FACTORES DE RIESGO Y DE PROTECCIÓN

Las consecuencias de la VG en la infancia y adolescencia varían, entre otros elementos, en función de los factores de riesgo y de protección con los que cuentan (Save the Children, 2008; Aretio, 2015; Fernández, 2023). El principal factor de riesgo y condición necesaria para vivir impacto por la VG en el embarazo, infancia y adolescencia es que la madre o cuidadora de cada menor sea víctima directa de VG. Además, existen otros factores de riesgo personales, familiares y del entorno tal y como están recogidos en la siguiente tabla.

Tabla 10. Factores de riesgo en menores para el impacto de la VG en sus madres o cuidadoras

Principal y necesario: madre o cuidadora víctima directa de VG	
Personales	<ul style="list-style-type: none"> • Estilo de vida poco saludable. • Situaciones de mayor vulnerabilidad: <ul style="list-style-type: none"> - Diversidad funcional (la discapacidad aumenta el riesgo de sufrir cualquier tipo de maltrato). - Migración. - Exclusión social. - Minoría étnica. - Ruralidad. • Precariedad económica. • Características particulares de los niños o niñas: edad, personalidad, apego seguro, habilidades sociales, capacidad para pedir ayuda, etc. • Comportamientos desadaptativos. • Capacidad para pedir ayuda. • Intensidad, cronicidad y tiempo de exposición a la violencia. • Si se modifican notoriamente sus hábitos y rutinas como consecuencia de la VG y se ven obligada/os a separarse del padre o de la madre. • Proximidad a la violencia al ser testigos directo/as de las agresiones. • Recibir agresiones directamente. • Implicación en situaciones conflictivas y verse obligado/as a “posicionarse” a favor de uno de los padres. • Ser además víctimas directas de cualquier otro tipo de maltrato.
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Competencia parental: la resolución inadecuada de conflictos en la pareja, la forma de comunicarse entre los miembros de la familia. • Cuidados paterno-filiales prestados de manera inadecuada. • Incapacidad de proporcionar pautas educativas. • Estilo de vida poco saludable. • Gravedad de la afectación de la VG en la madre o cuidadora que repercute negativamente en su función protectora y cuidadora hacia sus menores. • Existencia de otras situaciones de riesgo como adicciones, problemas económicos, de vivienda... • Sintomatología de patología de salud mental por uno o ambos miembros de la pareja que alteran la relación con los hijos/hijas.
Entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Entorno social (familia extensa, escolar, barrio) poco protector hacia la infancia y adolescencia. • Falta o insuficiencia de redes sociales de apoyo. • Falta o escasez de servicios para conciliar y apoyar a la familia.

Fuente: Elaboración propia a partir de bibliografía (Fernández y Pérez, 2018; Rosser, Suriá y Mateo, 2018; Pose, 2021 y Fernández, 2023)

4. Consecuencias de la VG en la gestación, infancia y adolescencia

Además, están los **factores de protección**, entre los que **destacan los apoyos**, tanto internos como externos, **que favorezcan la capacidad de resiliencia en cada NNA** afectado/a por la VG en su familia. Este conjunto de factores de protección está recogido en la siguiente tabla.

Tabla 11. Factores de protección en menores que fomentan la resiliencia ante el impacto de la VG en sus madres o cuidadoras

Personales	<ul style="list-style-type: none"> • Fisiológicos: condiciones para mantener una buena salud. • Autopercepciones positivas de sí mismos/as (autoestima). • Habilidades de autorregulación para el control de sus emociones y conductas. • Existencia de un vínculo afectivo y apego seguro con la madre u otra persona cuidadora.
Familiares	<ul style="list-style-type: none"> • Competencia parental: madres (o cuidadora/es) competentes en la crianza capaces de poder responder a las necesidades de niño/a. • Parentalidad positiva promotora de los buenos tratos. • La presencia de una persona adulta de referencia (madre, abuela/o, maestro/a...) que proporcione afecto y seguridad (tutores de resiliencia). • Apoyo de la familia extensa. • Cese de la violencia tras la separación. • Posicionamiento no violento de los padres y madres respecto a sus descendientes en las relaciones conflictivas.
Bienestar de la madre	<ul style="list-style-type: none"> • La buena salud física y mental de la madre favorece un ambiente familiar estable y positivo, con mayor control emocional y respuestas adaptativas al estrés en los hijos e hijas. • Capacidad resiliente de la madre. • Comunicación sana entre la madre y los hijos e hijas .
Grado de protección de la madre hacia sus NNA	<ul style="list-style-type: none"> • La percepción de seguridad y sentir la protección de la madre hacia sus NNA ante situaciones emocionales estresantes.
Apoyos sociales y profesionales	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en redes comunitarias y sociales, en grupos donde se socializan y se relacionan con sus iguales (juveniles/infantiles, culturales, religiosos, deportivos, artísticos...) en un ambiente lúdico puede tener un efecto positivo en esto/as NNA. • Apoyo del grupo de iguales. • Existencia de apoyos de las instituciones de forma rápida y segura. • Tener amistades, sentirse aceptado/as, compartir. • Existencia de figuras de referencia con vínculos sanos que puedan protegerles y ayudarles. • Formación específica en repercusiones de la VG en menores de los y las profesionales que atienden a sus madres o cuidadoras.
Ambiente escolar positivo	<ul style="list-style-type: none"> • La escuela puede jugar un papel resiliente si es un espacio de seguridad, aprendizaje y ocio, que les aleja temporalmente del contexto familiar problematizado. • El profesorado y sus compañero/as pueden tener un papel resiliente de un gran valor. • Detección y abordaje precoz del posible acoso escolar en estos NNA. • Incorporación en el espacio escolar de: aprendizaje socioemocional en sus aulas, disponibilidad de conocimientos sobre el trauma y de servicios de apoyo para esto/as menores.

Fuente: Elaboración propia a partir de bibliografía (Fernández y Pérez, 2018; Rosser, Suriá y Mateo, 2018; Pose, 2021 y Fernández, 2023)

5

Actuación sanitaria



5. Actuación sanitaria

El sistema sanitario constituye un lugar privilegiado para intervenir ante la VG en sus diferentes niveles (Fernández y López, 2023): promoción de relaciones basadas en el respeto, cuidado mutuo e igualdad, detección precoz y abordaje de la VG y sus repercusiones en la infancia y adolescencia. Aunque este protocolo de actuación va dirigido a la evaluación y atención del impacto que la VG genera durante el embarazo y a NNA (prevención terciaria, relacionada con la reparación del daño), es oportuno que, antes de desarrollar dicha intervención, se apunten brevemente unas recomendaciones en relación con la prevención primaria y secundaria del mismo.

Estas estrategias no deben concentrarse en la mujer en tanto víctima, sino que deben estar dirigidas al conjunto de la sociedad

La **prevención primaria** va dirigida a la reducción de nuevos casos, en este caso, de menores afectado/as por la VG. Para ello es preciso reforzar las estrategias preventivas y de promoción de la salud, con carácter general, sin enfocarse en grupos específicos. En este nivel, en el ámbito sanitario, se incluyen las campañas y actuaciones de sensibilización comunitaria que incidan en la gravedad que puede suponer la exposición de menores a situaciones de VG. Estas estrategias no deben concentrarse en la mujer en tanto víctima, sino que deben estar dirigidas al conjunto de la sociedad, fomentando el buentrato, la igualdad, el cuidado y el respeto mutuo, así como estilos de parentalidad positiva y prácticas no violentas para la resolución de los conflictos. (Estrategia riojana para el buentrato, 2023). También deben contemplar la investigación en la materia, para avanzar en intervenciones más atinadas y mejorar la sensibilización social ante el problema (Fernández-Montaña y Pérez, 2018). **La prevención primaria implica**, por su propia naturaleza, **un trabajo coordinado y transversal con el entorno comunitario** donde viven y se desarrollan las familias y comunidades destinatarias de la atención sanitaria, que incorpore el enfoque sobre los determinantes sociales de la salud. Un trabajo que desborda, por su propia dimensión, las capacidades del sistema sanitario y que debe ser un reto social asumido por el conjunto de la sociedad.

La prevención secundaria incluye estrategias dirigidas a poblaciones más vulnerables identificadas por el mayor riesgo de presentar situaciones de VG. Incluye acciones de formación a los y las agentes sociales, tanto a nivel comunitario como a profesionales con intervención directa. El diagnóstico precoz, la capacidad profesional para detectar señales de alarma en los y las NNA y el inicio temprano de la intervención con la familia son elementos clave. En ese sentido, **el cribado sistemático de la VG en el embarazo y en la atención a las mujeres en general se convierte en una herramienta fundamental para esta detección precoz.**

5. Actuación sanitaria

Entrando en el **nivel terciario**, se contempla el abordaje de los problemas de salud que la VG ocasiona tanto a las mujeres como a sus descendientes. Problemas por los que acuden a los centros sanitarios pidiendo ayuda (Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012). Por otra parte, las condiciones de seguridad, accesibilidad, confidencialidad y continuidad asistencial que se generan en el sistema sanitario favorecen que tanto las mujeres como sus criaturas consideren al **sistema sanitario como uno de los lugares más adecuados para contar con confianza los problemas de VG** que están viviendo, según refleja la Macroencuesta contra la VG del año 2019 y el estudio de la Agencia Europea para los Derechos Fundamentales (2014).

Tanto la mujer maltratada como sus menores tienen establecida una relación de vínculo y contacto continuado con sus profesionales de referencia habituales (equipo de pediatría, medicina de familia, enfermería, matrona, trabajo social sanitario) que permite el abordaje de este complejo y grave problema en condiciones de **respeto y confidencialidad**. El hecho de contar con equipos interdisciplinares puede facilitar de forma significativa la detección precoz.

Por otra parte, el sistema sanitario riojano (habitualmente a través de sus profesionales de trabajo social sanitario) tiene establecidos **sistemas de coordinación** con el resto de sistemas de protección social (educación, servicios sociales, justicia, cuerpos y fuerzas de seguridad), con las entidades del tercer sector o iniciativa social, así como con el entorno comunitario (asociaciones de todo tipo). Todo ello permite un estudio global de cada situación particular, así como la **posibilidad de planificar y desarrollar un plan de intervención adaptado** a cada una de las situaciones que se presenten en relación con la VG y la infancia y adolescencia.

Como se ha recogido en páginas anteriores, el impacto de la VG sobre NNA tiene una gran magnitud y complejidad. Por ello **es imprescindible que el personal sanitario disponga de la sensibilidad, formación y capacitación** necesaria, facilitada tanto dentro de sus estudios pregrado como en los espacios de formación continua.

A continuación, se desarrollan las **tres fases** de este gran bloque de actuación:



A su vez, dentro de cada una de esas fases se expone la intervención a realizar con cada **grupo de población** a los que va dirigido este protocolo:

- Mujeres embarazadas.
- Menores entre 0 a 13 años.
- Menores entre 14 a 17 años.

5. Actuación sanitaria

5.1. DETECCIÓN DESDE LOS SERVICIOS DE SALUD

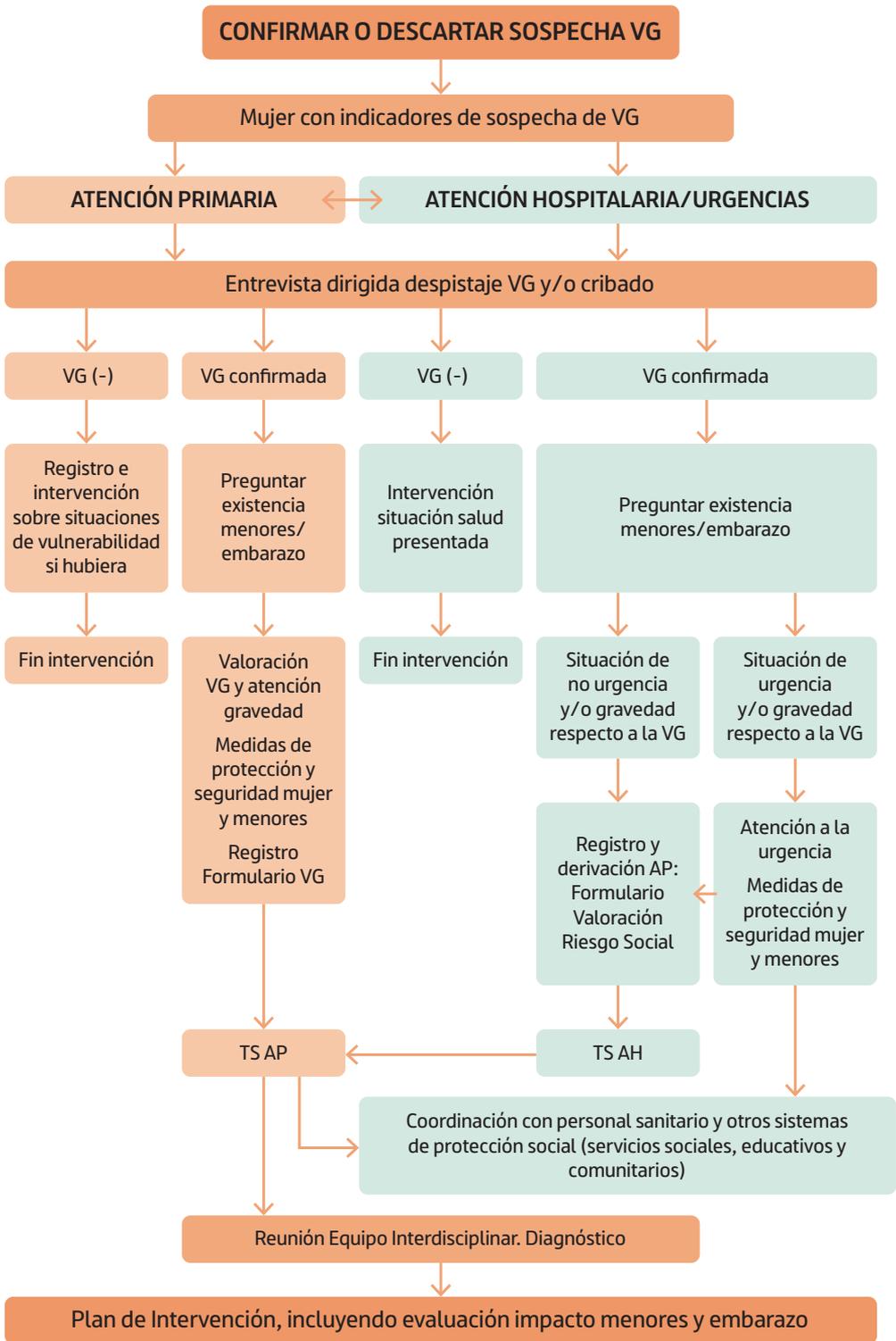
Las situaciones de violencia se pueden presentar de diferentes formas en la consulta. En líneas generales todas ellas se pueden englobar en esta división inicial:

1. Sospecha de la existencia de VG en la mujer y la exposición de sus descendientes o menores a quienes esté cuidando.
2. Manifestación por parte de la progenitora y/o los/as menores de sufrir o haber sufrido VG.

En ambas situaciones, **es necesario confirmar en primer lugar el diagnóstico de VG** en la mujer y/o cuidadora de lo/as menores, tal y como se recoge en el protocolo de actuación sanitaria ante la VG vigente. De manera resumida se hace de esta manera, siguiendo las indicaciones de dicho protocolo:

- **Atención Primaria:** cualquier profesional que atienda a la mujer puede, ya sea a partir de los indicadores de sospecha y (entrevista psicosocial) y/o del Formulario de Cribado de VG, llegar al diagnóstico de VG y registrar la información en el Formulario de VG. Para completar el diagnóstico integral, es necesaria la valoración psicosocial del personal de trabajo social sanitario, que se coordinará si es conveniente en esa fase con el resto de sistemas de protección social. Tras ello **es precisa la reunión interdisciplinar del equipo sanitario y sociosanitario que atienda a la mujer** para compartir toda la información y establecer el diagnóstico global y el plan de actuación con ella. Entre las decisiones a adoptar se incluirá la manera particular, adaptada a cada mujer y edad de sus menores o situación de embarazo, para realizar la evaluación del impacto de la VG en los mismos.
- **Atención Hospitalaria:** Pueden darse dos situaciones tipo:
 - **Si la situación de sospecha de VG no parece revestir gravedad,** se aconseja la derivación de la situación a Atención Primaria para realizar la evaluación y diagnóstico de VG por parte de sus profesionales más cercano/as. **Esta derivación se realizará a través del personal de trabajo social hospitalario.** El o la profesional que tenga la sospecha de la VG rellenará el Formulario de Sospecha de VG y el Formulario de Valoración de Riesgo Social.
 - **Si la situación de sospecha de VG parece revestir gravedad,** se hará una intervención inicial para confirmar el diagnóstico de VG, ya sea mediante preguntas dirigidas o a través del Formulario de Cribado de VG. Esta confirmación se recogerá en el Formulario de VG. **Se adoptarán las medidas de protección adecuadas a la gravedad de la situación,** tanto para la mujer como sus menores a cargo, se atenderán los problemas de salud urgentes y se remitirá a Atención Primaria para garantizar la continuidad asistencial. Esta derivación se realizará a través del personal de trabajo social hospitalario, vía Formulario de Valoración de Riesgo Social.

5. Actuación sanitaria



5. Actuación sanitaria

5.2. EVALUACIÓN DEL IMPACTO DE LA VG EN EL EMBARAZO Y MENORES

La casuística que se encuentre determinará la forma de proceder del personal sanitario. Atendiendo a la edad de las niñas y niños afectado/as, podremos encontrar VG en estas situaciones que requieren abordajes comunes y específicos:

- 1.- Mujeres afectadas por la VG **durante el embarazo.**
- 2.- Mujeres afectadas por la VG **con menores a cargo.**
 - 2.1. - **Menores entre 0 y 13 años** de edad que estén o hayan estado expuesto/as a VG.
 - 2.2. - **Menores entre 14 y 17 años** de edad que estén o hayan estado expuesto/as a VG.¹

5.2.1. Mujeres afectadas por la VG durante el embarazo

La atención a las madres gestantes se puede realizar tanto desde Atención Primaria como Atención Hospitalaria.

Durante el embarazo las mujeres acuden de forma programada a las consultas de la matrona y ginecología/tocología, pudiendo acudir a las consultas de otras/os profesionales sanitarios o sociosanitarios, así como a urgencias, por asuntos relacionados con su embarazo o por otros problemas de salud.

El reciente **Protocolo riojano de Detección Precoz de la VG en el Embarazo** establece la realización de dos entrevistas de cribado de la VG a través del Formulario de Cribado de VG en la 1ª y 2ª visitas programadas con la matrona, así como una 3ª en el posparto y establece específicamente también los canales de derivación y atención en cada caso, básicamente entre personal de matronería y trabajo social de Atención Primaria en situaciones de VG que no tengan una gravedad inmediata. También establece la coordinación con el personal de pediatría (tras el parto) y ginecología (embarazo).

Si la mujer tuviera también menores a su cargo es imprescindible establecer coordinación con el equipo de pediatría, o de medicina de familia

El personal sanitario o sociosanitario que sospeche de una situación de VG en la mujer embarazada, abordará y hará una valoración de la situación atendiendo a los indicadores de sospecha existentes en el protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres del Servicio Riojano de Salud y/o a la realización del Formulario del Cribado de VG.

¹ En La Rioja la atención en pediatría alcanza hasta los 14 años, momento en que los niños y las niñas pasan a recibir atención en la consulta de medicina de familia y enfermería de población adulta.

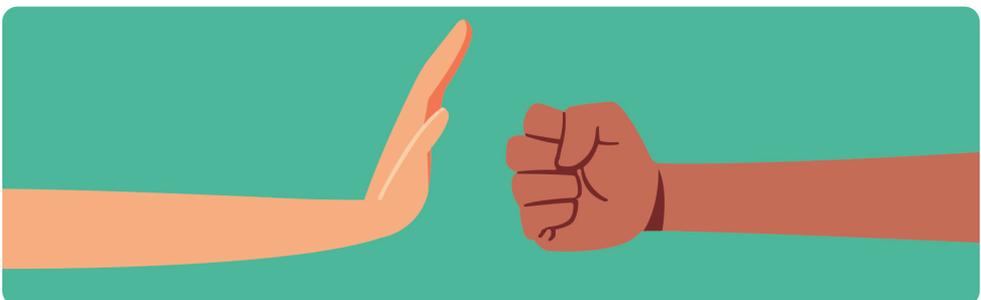
5. Actuación sanitaria

Una vez confirmada la situación de VG se establecerá coordinación entre el personal sanitario y sociosanitario por las vías establecidas en los protocolos vigentes, formando un **equipo interdisciplinar** para abordar de manera integral el caso, atendiendo a las necesidades particulares del mismo. Si la mujer tuviera también menores a su cargo es imprescindible establecer coordinación con el equipo de pediatría, o de medicina de familia y enfermería de población adulta en el caso de mayores de 13 años, para proceder a la evaluación del impacto que la VG les hubiera ocasionado.

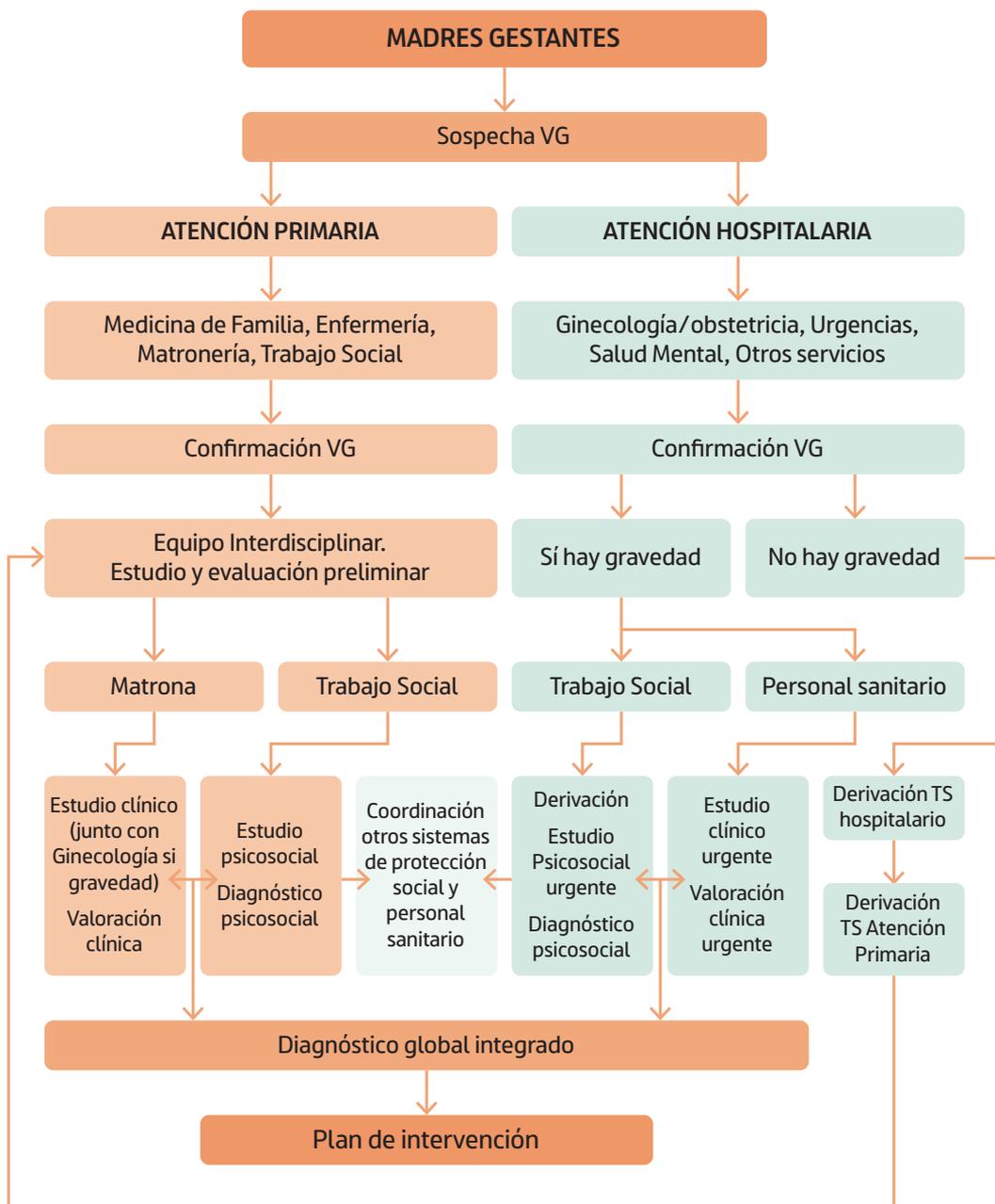
Para evaluar el impacto de la VG en el feto, desde Atención Primaria, la matrona o el matrócn, realizará un **estudio clínico de la madre** atendiendo a los indicadores del impacto de la VG recogidos en este protocolo (Tablas 2 y 3 del capítulo 4 Consecuencias de la VG). En función de indicadores de gravedad, se solicitará una evaluación clínica específica al personal de ginecología, al objeto de tener un diagnóstico clínico completo. Este estudio **se complementará con el estudio y valoración psicosocial realizada por el personal de trabajo social sanitario de atención primaria**. Personal que, a su vez, y para elaborar dicho estudio psicosocial, se habrá coordinado previamente con otros profesionales sanitarios de atención hospitalaria y primaria, así como otros agentes externos, si procede, registrando la información obtenida en el Formulario de VG existente. Este proceso de actuación dará lugar a la valoración clínica (matrona y ginecóloga/o) y psicosocial (trabajadora/or social) conjunta del impacto de la VG en la mujer y como consecuencia en el feto.

Si la detección se produce por personal sanitario de Atención Hospitalaria y Urgencias, se procederá al estudio clínico urgente atendiendo a los indicadores y coordinándose, a través de los medios ya establecidos por el protocolo vigente, con el personal de trabajo social hospitalario, que a su vez se coordinará con Atención Primaria. **Si la VG fuera de gravedad, habrá que evaluar el impacto de dicha VG en el embarazo con la mayor rapidez posible en el entorno hospitalario y actuar en consecuencia.** Si la situación no revistiera gravedad (tanto para la mujer como para el feto), se procederá a la derivación de la mujer a sus profesionales de AP para realizar la evaluación integral y garantizar la continuidad asistencial, asegurando, en cualquier caso, la coordinación interna entre el ámbito hospitalario y el de primaria.

En el caso de una mujer embarazada que esté viviendo VG y que además tenga hijos o hijas u otros menores a su cargo, será necesario activar la atención de este protocolo para realizar asimismo la evaluación del impacto y abordaje en dichos menores.



5. Actuación sanitaria



5.2.2. Mujeres afectadas por la VG con menores a cargo

Como se ha expuesto antes, la actuación con los y las menores afectado/as por la VG van a subdividirse a su vez en dos grupos, atendiendo a la organización de la atención sanitaria realizada en función de su edad (consultas de pediatría hasta los 14 años y de medicina de familia a partir de los 14 años).

5. Actuación sanitaria

Se describe a continuación la intervención específica a realizar con cada uno de los grupos de edad.

1. Menores entre 0 y 13 años de edad que estén o hayan estado expuestos/as a VG

La atención a menores entre 0 a 13 años incluidos se puede realizar desde el Equipo de Pediatría de Atención Primaria (pediatra, enfermería y trabajo social) y desde Atención Hospitalaria (Consulta, Ingresos, Urgencias).

El personal sanitario o sociosanitario que sospeche una situación de VG debe tener en cuenta que, de confirmarse, está repercutiendo en los y las menores residentes en dicho hogar, por lo que **valorará la situación** que tiene su madre o cuidadora atendiendo a los indicadores de sospecha y a la realización del Formulario del cribado de VG, en su caso.

Una vez confirmada la existencia de VG, se establecerá coordinación entre el personal sanitario y sociosanitario, formando un equipo interdisciplinar para abordar de manera integral el caso, atendiendo a las necesidades particulares del mismo.

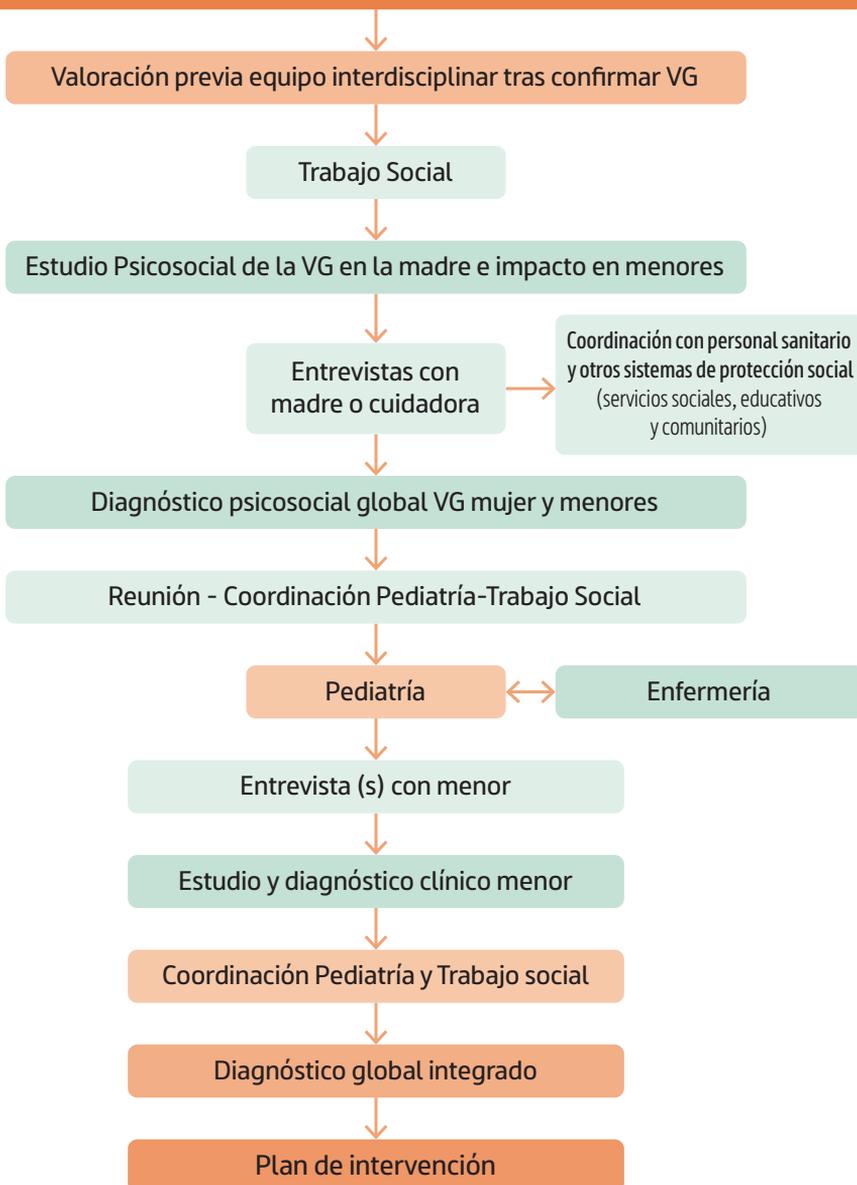
Desde **Atención Primaria** el proceso será el siguiente:

- En primer lugar, el personal de trabajo social sanitario realizará el estudio y valoración psicosocial de la globalidad de la VG que haya vivido y/o esté viviendo la madre o cuidadora del o la menor y la repercusión que haya podido tener en la o el menor. Para ello, además de la **necesaria coordinación** con el personal sanitario y sociosanitario oportuno de atención primaria y hospitalaria, contactará con otros servicios según sea el caso (educativos, sociales, comunitarios...) al objeto de obtener la mayor información posible de la situación (cumplimentando el Formulario de VG de la madre y el Formulario de Impacto de la VG en menores) y poder realizar así una **evaluación lo más exhaustiva del impacto** que la o el menor haya podido tener o esté viviendo.
- Posteriormente, se pasa a la reunión del personal de trabajo social sanitario con el equipo de pediatría para compartir dicha información y programar la evaluación del impacto en el o la menor por parte de pediatría.
- En todo el proceso de evaluación biopsicosocial **es esencial que haya un flujo de información entre el equipo de pediatría para seguir el proceso de actuación mediante la valoración conjunta: psicosocial** (trabajador/a social) **y clínica** (equipo de pediatría) del impacto en el o la menor. Hay que evitar someter al niño o la niña a preguntas y exploraciones innecesarias o repetitivas siendo que gran parte de la información y valoración proviene de su madre y se recoge en el Formulario de VG que nos ayuda a conocer el impacto, así como los recursos y la situación de apoyos familiares y sociales que en cada caso existen. El personal de enfermería de pediatría colaborará con su profesional de pediatría (y/o trabajo social de primaria) aportando la información relevante que tenga sobre la situación. El personal de enfermería de pe-

5. Actuación sanitaria

diatría habitualmente tiene una relación fluida con las familias y pregunta muchas cuestiones de rutinas familiares, etc., en las revisiones del Programa de Salud Infantil. Puede detectar y aportar muchos datos que con frecuencia no se aprecian en las consultas sobre “procesos agudos”. En esas revisiones se puede ver también la relación madre/padre en los cuidados, la manera de relacionarse entre ambos y pueden tener una visión global bastante completa de la dinámica familiar existente.

Menores entre 0-13 años con madres o cuidadoras con VG A. PRIMARIA



5. Actuación sanitaria

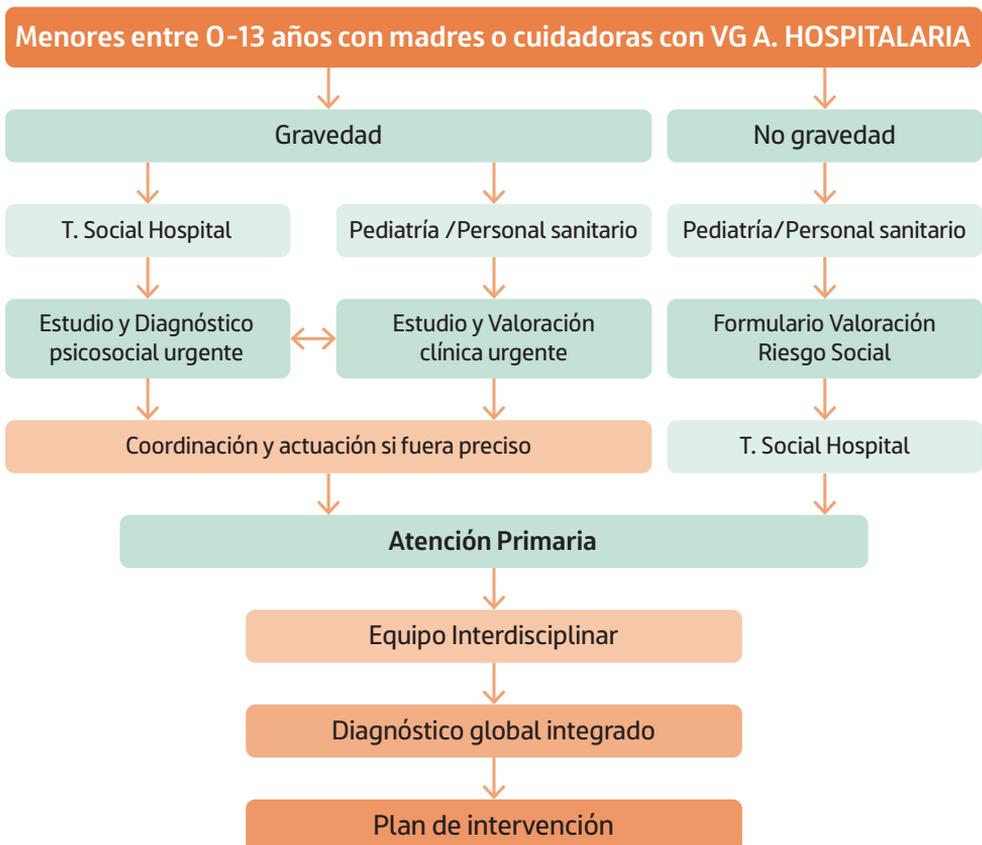
Desde Atención Hospitalaria y/o Urgencias el proceso será el siguiente:

Se procederá al estudio clínico urgente si la gravedad de la situación del/la menor lo requiere, atendiendo a los indicadores y coordinándose, a través de los medios ya establecidos en el protocolo vigente, con el personal sociosanitario de Atención Hospitalaria, que a su vez se **coordinará** con Atención Primaria.

Al igual que en los casos de mujer embarazada expuesta a VG, si la situación reviste gravedad, harán una intervención clínica acorde con la situación presentada en coordinación con el personal de Trabajo Social Hospitalario.

Si la situación no reviste gravedad, se realizarán la derivación a Atención Primaria para la evaluación del impacto, a través del circuito ya mencionado (Formulario de Valoración de Riesgo Social). El/la pediatra de Hospitalaria y/o Urgencias se asegurará de la coordinación y continuidad asistencial entre ambos ámbitos de Pediatría.

Tras el diagnóstico, se pasa a la fase de intervención, en la que es preciso el **trabajo conjunto y coordinado** entre el equipo interdisciplinar sanitario y sociosanitario con el resto de profesionales de los servicios que puedan verse involucrados (Salud Mental, Servicios Sociales y/o Co-



5. Actuación sanitaria

munitarios, Educación, ...) tal y como se desarrolla más adelante en el apartado de Intervención de este protocolo.

2. Menores entre 14 y 17 años de edad que estén o hayan estado expuestos/as a VG

Los y las NNA entre los 14 y 17 años acuden a las consultas de medicina de familia, pudiendo acudir también a las consultas de otras/os profesionales sanitarios o sociosanitarios, así como a urgencias. Aquí se va a contemplar la actuación en tanto menores afectado/as por VG vivida por su madre o cuidadora principal. **En el caso de NNA víctimas directas de VG se aplicará el protocolo de actuación sanitaria ante la VG y agresiones sexuales vigente en nuestro sistema sanitario.**

El personal sanitario o sociosanitario que sospeche de una situación de VG en la madre o cuidadora de menores con edades entre 14 y 17 años, valorará la situación atendiendo a los **indicadores de sospecha y a la realización del Formulario del cribado de VG**, en su caso, igual que se ha establecido para el tramo de edad entre 0 y 13 años.

Una vez confirmada la situación de VG se establecerá coordinación entre el personal sanitario y sociosanitario, formando un equipo interdisciplinar con el personal de medicina de familia y enfermería para abordar de manera integral el caso, atendiendo a las necesidades particulares del mismo. Es importante la coordinación con el equipo de pediatría en aquellos casos en que haya otros menores de edad pediátrica y también cuando esa o ese menor haya tenido un vínculo importante con su pediatra hasta los 14 años.

Desde **Atención Primaria**, será el personal de trabajo social sanitario (igual que en el caso de los y las menores de 14 años) quien realice el estudio y evaluación psicosocial de la situación en la madre o cuidadora y quien recabe la mayor cantidad posible de información respecto al impacto que la VG haya producido y esté produciendo en los y las menores afectados.

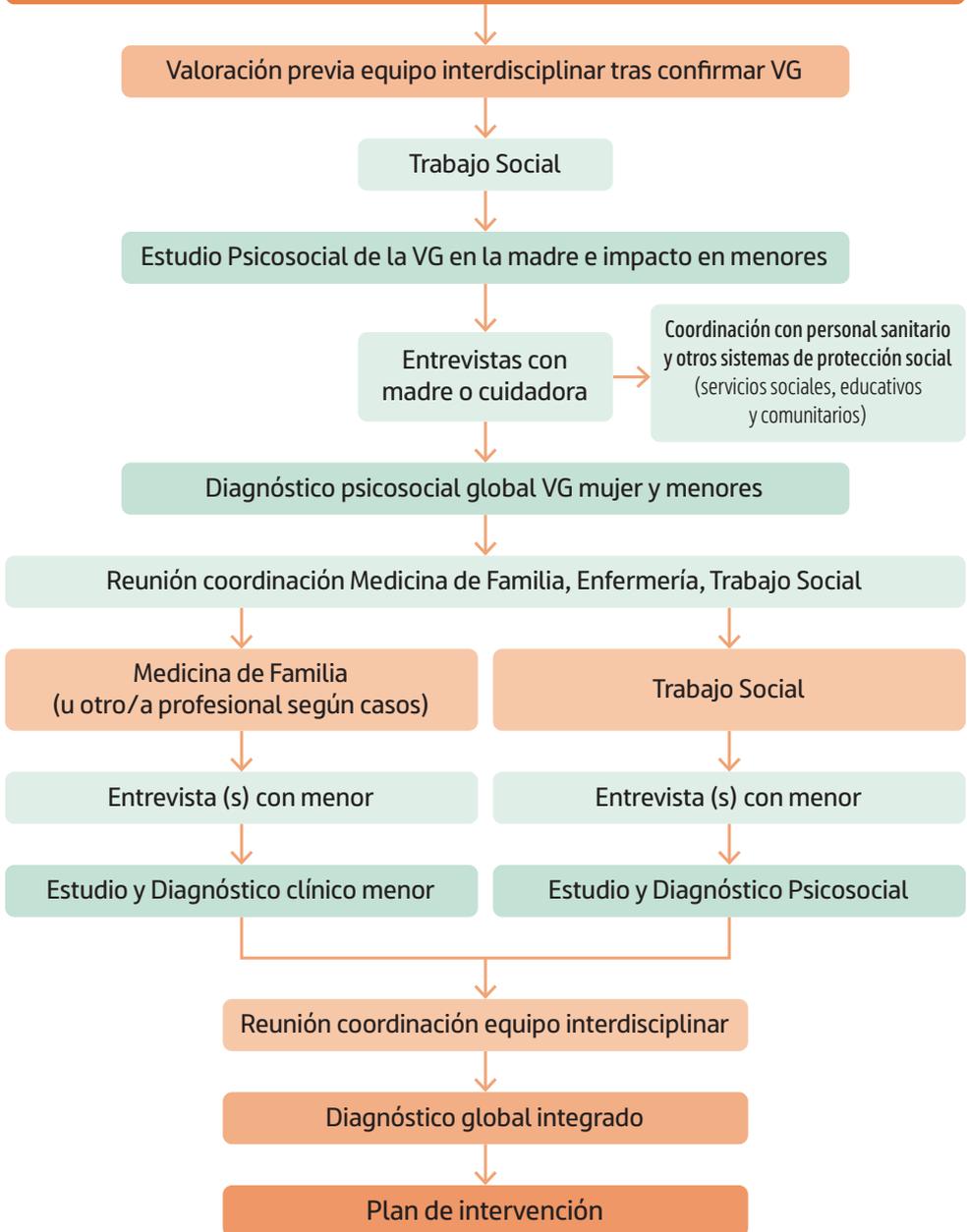
La valoración psicosocial con el/la menor la realizará el personal de trabajo social sanitario

Tras ello, en reunión interdisciplinar (medicina de familia, enfermería y trabajo social y equipo de pediatría si procede) **se decidirá quién hará el estudio y evaluación del impacto de la VG** en el o la menor afectado/a. Habitualmente se propone que sea el o la profesional de medicina de familia, pero atendiendo a las peculiaridades de esa edad, se deja flexibilidad en el equipo para decidir la o el profesional más idóneo según las circunstancias particulares de cada caso; pongamos por ejemplo que es un/a menor que ha tenido una relación continuada con el equipo de pediatría por cualquier circunstancia y resulta más conveniente que sea desde ahí desde donde se haga la evaluación. Este o esta profesional mantendrá una o varias entrevistas con el o

5. Actuación sanitaria

la menor para hacer la valoración clínica. La valoración psicosocial con el/la menor la realizará el personal de trabajo social sanitario. Ambas valoraciones se integrarán posteriormente en una sola, dando lugar a un plan de intervención acorde a los problemas detectados.

Menores entre 14-17 años con madres o cuidadoras con VG. A. PRIMARIA



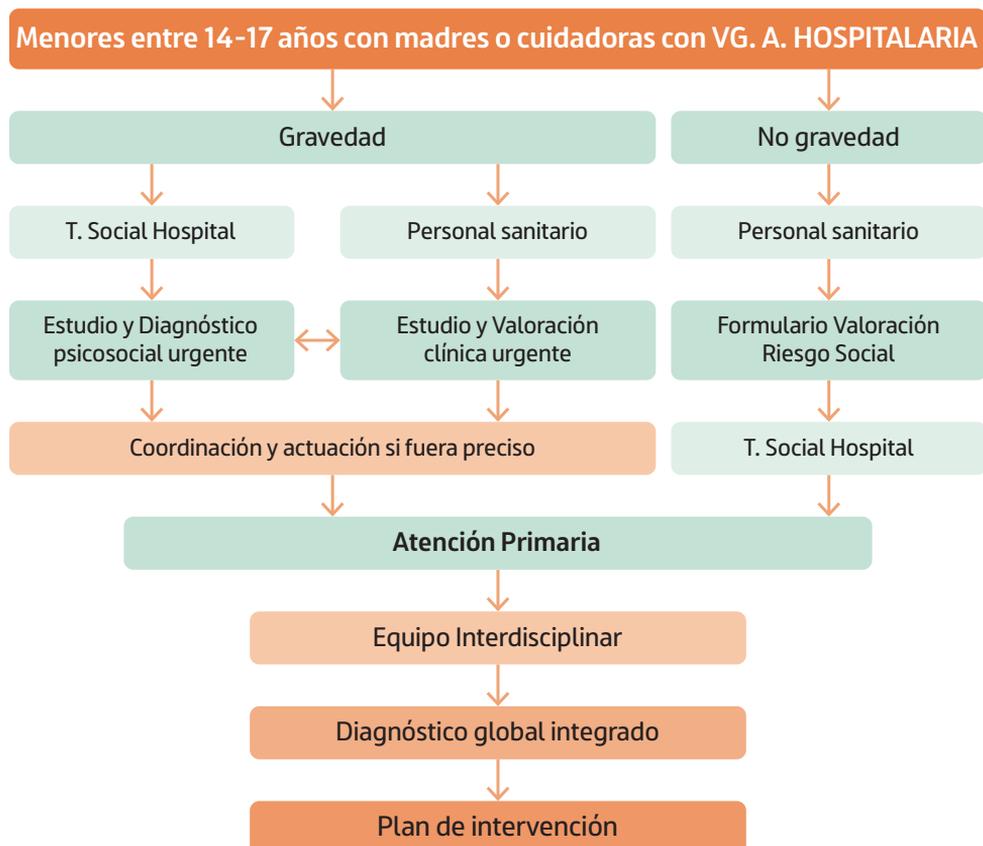
5. Actuación sanitaria

Si la detección se produce por profesionales sanitarios/as de **Atención Hospitalaria y/o Urgencias**, se procederá al estudio clínico urgente si la situación de gravedad del/a menor lo requiere, atendiendo a los indicadores y coordinándose, a través de los medios ya establecidos en el protocolo vigente, con el personal de trabajo social sanitario de Atención Hospitalaria, que, a su vez, se coordinará con Atención Primaria.

Al igual que en los casos de menores de 14 años expuesto/as VG, **si la situación reviste gravedad**, harán una intervención clínica acorde con la situación presentada en coordinación con el personal de Trabajo Social Hospitalario.

Si la situación no reviste gravedad, se realizarán la derivación a Primaria para la evaluación del impacto, a través del circuito ya mencionado (Formulario de Valoración de Riesgo Social).

Tras el diagnóstico, se pasa a la fase de intervención, en la que es preciso el trabajo conjunto y coordinado entre el equipo interdisciplinar sanitario y sociosanitario con el resto de profesionales de los servicios que puedan verse involucrados (Salud Mental, Servicios Sociales y/o Comunitarios, Educación, ...) tal y como se desarrolla más adelante en el apartado de Intervención de este protocolo.



5. Actuación sanitaria

5.3. FASES Y METODOLOGÍA DE LA EVALUACIÓN INTEGRAL

Como se ha explicado en los puntos anteriores, **tras la confirmación de la VG es necesario realizar una valoración integral** de la VG que ha recibido o está recibiendo la mujer. Esta valoración se recogerá en el Formulario de VG y será el personal de trabajo social sanitario quien recabe la información complementaria relevante de otros sistemas de protección social o entidades que estén interviniendo o hayan intervenido con ella con anterioridad al objeto de tener un diagnóstico psicosocial completo de la VG que la mujer haya vivido o esté viviendo.

En este proceso **es imprescindible el trabajo en equipo interdisciplinar**, con una buena coordinación y traspaso de información, tanto en Atención Primaria como en Hospitalaria. Ya se ha señalado que, salvo gravedad detectada en Atención Hospitalaria o Urgencias, el abordaje de la VG se realizará en su amplitud desde Atención Primaria.

Por otra parte, **a veces la VG se detecta por profesionales de servicios públicos ajenos al ámbito sanitario** (servicios sociales, educativos, justicia, cuerpos y fuerzas de seguridad...) o por parte de entidades, colectivos o población en general y demandan al sistema sanitario una evaluación de esta VG y del impacto que genera en la familia. En estos casos, el proceso a realizar será el mismo, recabando previamente toda la información disponible de la mujer, su familia y su entorno por parte de la entidad o personas que han comunicado dicha situación de VG y procediendo posteriormente al proceso de evaluación y abordaje en el sistema sanitario.

Antes de proceder a la evaluación del impacto en los y las menores (o fetos en el caso de la mujer embarazada) es precisa la **evaluación integral** de la situación de la mujer, en la cual colaborará todo el personal sanitario y sociosanitario que la esté atendiendo. Es necesaria una reunión de dicho personal en la que se establezca el diagnóstico conjunto y el plan de intervención a realizar.

Se trata de un proceso con dos fases claramente diferenciadas:



5.3.1. ENTREVISTAS CON LAS MUJERES

Será el personal de trabajo social sanitario quien realice la o las entrevistas en profundidad para llegar a un **diagnóstico psicosocial completo** de la afectación de la VG tanto a la mujer (madre o embarazada) como a sus descendientes y/o futura criatura.

CONSIDERACIONES PREVIAS A TENER EN CUENTA

Es frecuente que las mujeres afectadas por la VG no sean conscientes de que están siendo víctimas directas o que la minimicen o la nieguen o no comprendan la gran repercusión que tiene en sus menores o embarazo. Las entrevistas con la madre o cuidadora van a tener varios **objetivos**:

5. Actuación sanitaria

- Recabar la información necesaria del impacto de la VG en ella y sus NNA y/o embarazo.
- Aumentar su grado de consciencia sobre el impacto de la VG en su vida y en la de sus NNA y/o embarazo.
- Lograr que ella tome decisiones para cortar con la VG.
- Reforzar sus capacidades y posibilidades para proteger a sus hijas e hijos frente a la VG.
- Lograr que tanto ella como sus menores puedan recibir el tratamiento adecuado para su recuperación.

Abordar en profundidad la VG con una mujer víctima (tanto su reconocimiento como sus efectos) requiere de ciertas condiciones para que pueda hacerse con eficacia y sin revictimización, tal y como establece el Protocolo riojano de actuación sanitaria ante la VG. Para ello **es fundamental asegurar unas actitudes profesionales y un ambiente adecuado en las entrevistas** con las mujeres víctimas de la VG.

Respecto al ambiente, se recuerda que ha de ser íntimo, sin posibles interrupciones, lo más cálido posible, sin juzgar y lo menos directivo posible. La mujer ha de percibirlo como un espacio seguro y de buentrato.

Es preciso que la persona que lleve a cabo esta entrevista tenga **conocimientos sobre la complejidad de la VG** y tenga habilidades en **el manejo de situaciones de alta emocionalidad**. Para una mujer violentada que se encuentra en una situación de mucha vulnerabilidad ser consciente de que sus hijas, hijos -o criatura en el caso de embarazo- pueden estar sufriendo tanto o más que ella produce un impacto muy fuerte que aumenta su inseguridad, temor y disminuye su autoestima. Por lo tanto, es preciso manejar este proceso con mucha habilidad para no dañar más y no aumentar el sentimiento de impotencia y culpa al tiempo que se muestran las posibilidades a su alcance para vivir sin VG. Es necesario señalar las responsabilidades existentes al tiempo que motivar a las mujeres para que se posicionen con claridad a favor de la ruptura con la VG y la protección de sus menores.

Cuando la mujer empiece a darse cuenta que la situación en la que convive daña a sus hijos puede sentir culpa y vergüenza, sentimientos difíciles de manejar

Para lograr que tome decisiones, además de aportar conocimientos a la mujer, es muy relevante **ser consciente de las emociones que van a entrar en acción**. Hay que tener mucho cuidado en no inducir un bloqueo o una negación que resuelva la disonancia cognitiva provocada por la conciencia del sufrimiento de su hijo o hija y el sentimiento de incapacidad para aliviarlo o ponerle fin. Hemos de tener en cuenta que cuando la mujer empiece a darse cuenta que la

5. Actuación sanitaria

situación en la que convive daña a sus hijos puede sentir culpa y vergüenza, sentimientos difíciles de manejar. Se trata de mantener una proporción entre lo que sufre el niño, la niña y/o su criatura y lo que ella puede hacer. En definitiva, se debe equilibrar el dolor y la potencialidad. Es más efectivo trabajar sobre la capacidad que sobre el sentimiento de culpa (y más ético y humano).

Por todo ello es muy importante tener en cuenta las **recomendaciones básicas** respecto de las actitudes recomendadas para la entrevista:

- Salir del proceso de VG requiere **tiempo y paciencia**.
- **Confidencialidad, confianza y seguridad**.
- Actitud **respetuosa**.
- **Escucha** activa, empática, sin juzgar.
- **Desculpabilizar a las madres** por lo que viven ellas y sus descendientes.
- Ayudar a la toma de **conciencia**.
- Ofrecerle **apoyo** continuo.
- **Ayudarle a pensar**, a ordenar sus ideas y en la toma de decisiones.
- **Pedir permiso para coordinarnos** con otro/as profesionales o recursos.
- **Informar** sobre la red social, instituciones, recursos y teléfonos de apoyo que puedan ayudarle.

También es necesario manejar información o tener conocimientos sobre la VG en los descendientes que permita a la/el profesional tener un argumentario técnico que pueda utilizar cuando el momento de la entrevista lo requiera o el “estilo” comunicativo o receptivo de la madre lo haga más adecuado.

PARTES Y CONTENIDOS DE LAS ENTREVISTAS

Las entrevistas con las mujeres van a estructurarse en **dos partes**:

1 Realizar el diagnóstico psicosocial global de la VG que ha vivido y/o está viviendo como mujer

2 Evaluación del impacto que dicha VG tiene o ha tenido en sus descendientes y/o embarazo

La información obtenida en relación a cada menor se registrará en el **Formulario de Evaluación y Abordaje del Impacto de la VG en menores**.

5. Actuación sanitaria

1ª PARTE: DIAGNÓSTICO PSICOSOCIAL GLOBAL DE LA VG

En los primeros momentos de la entrevista **se situará el objetivo del trabajo a lograr** con la mujer: conocer y abordar el impacto que la VG tiene en sus descendientes y/o criatura. Nuestra propuesta parte del reconocimiento y la comprensión de esa circunstancia de la mujer y desde ahí expresarle el derecho que tienen los hijos e hijas al buentrato y a una vida libre de violencia.

Algunos datos pueden ser muy útiles, citar la ley, algún estudio...; dependerá del momento y la situación. Con ese punto de partida le proponemos evaluar con ella, de forma conjunta, el bienestar de los y las menores. Por ejemplo, es conveniente expresar que desde el año 2015 la ley reconoce que lo/as menores que conviven con una mujer afectada por la VG son víctimas al igual que sus madres. O conocer los diversos estudios que avalan esta afirmación y muestran que las niñas, los niños y las criaturas en gestación que han tenido que convivir con un hombre maltratador sufren mucho, más si ese hombre es su padre, aunque no lo vean directamente y aunque su madre se esfuerce (que normalmente lo hacen) por evitarlo, etc.

Algunas frases que podemos utilizar en los **primeros momentos** de la entrevista:

- “Quiero repasar contigo cómo están tus hijos/as”.
- “Sabemos de tu esfuerzo para educarles y para protegerles, déjanos que te acompañemos en esa tarea, no es justo que lo hagas tú sola”.

Se recomienda que las **preguntas**:

- Aborden directamente el tema de VG.
- Sigán una secuencia lógica de preguntas de más generales e indirectas a otras más concretas y directas.

Para la recogida de datos de la situación de la mujer se partirá del **Formulario de VG** de la Historia Clínica, del que se destacan los siguientes apartados:

- Datos sociodemográficos de la mujer y personas a su cargo.
- Datos de identificación del/os agresores en la actualidad.
- Valoración biopsicosocial mujer.
- Valoración de la violencia.
- Antecedentes de violencia previa.
- Valoración de menores y personas dependientes.
- Valoración del riesgo y seguridad.

Además, en el **Formulario de Evaluación y Abordaje del Impacto de la VG en cada menor**, se recogerán datos referentes a:

- Situación sociodemográfica del agresor (situación laboral, nivel de estudios).
- Estado civil de los padres, así como el número de hijos e hijas, comunes y no comunes.

5. Actuación sanitaria

- Nuevas parejas, si las hubiera, de su madre y padre.
- Situación convivencial de la o el menor, reflejando a su vez, la situación legal del o la menor en los casos de ruptura y lo referente al convenio regulador.
- Situaciones de vulnerabilidad en el/la menor y en su núcleo familiar.

2ª PARTE: EVALUACIÓN DEL IMPACTO QUE DICHA VG TIENE O HA TENIDO EN SUS DESCENDIENTES Y/O EN EL EMBARAZO

Esta parte incluye una **entrevista motivacional** realizada por el personal de trabajo social sanitario, habitualmente de Atención Primaria (excepto en casos de gravedad que cursen con ingreso hospitalario, en cuyo caso la entrevista corresponderá al personal de trabajo social hospitalario), con la madre/cuidadora con el objetivo de ayudarla en la toma de conciencia de las repercusiones para su hijo, hija o menor a cargo, no solo de la convivencia con la VG, sino de las consecuencias que tiene para ellos y ellas que sus madres/cuidadoras hayan sufrido ese maltrato. Este último aspecto es muy importante ya que muchas mujeres mantienen la falsa creencia en que si sus descendientes no han presenciado agresiones o cualquier otra manifestación de VG, no se verán afectado/as.

A la hora de diseñar el contenido de esta parte se opta, más que por un listado de indicadores dicotómicos, por una serie de **pautas a seguir durante la entrevista**, ya que las preguntas no solo tienen la intención de recabar información, sino que han de constituirse en una intervención en sí misma.



La exploración es un tema complejo que no siempre puede llevarse a cabo en una sola sesión. Ocurre lo mismo con la toma de conciencia de la madre sobre la situación de sus hijas o hijos o criatura en el caso de embarazo. Son sesiones que tienen un discurrir lento por su carga emocional, por los silencios, las dudas que afloran y en muchas ocasiones el llanto.

5. Actuación sanitaria

La **culpa** es un sentimiento muy poderoso que va a estar presente en la mayoría de las mujeres, cuando sean conscientes del daño que la VG también ha ocasionado en sus menores. Por ello, es importante trabajar con este sentimiento, para permitir ubicar la responsabilidad del impacto en sus menores en el agresor y fomentar en la madre o cuidadora una agencia para cortar con la VG lo antes posible. De hecho, la investigación ha mostrado cómo muchas mujeres son capaces de seguir soportando la VG mientras piensan que sólo les afecta a ellas y, precisamente, el hecho de que **las mujeres sean conscientes del daño que la VG ejerce en sus menores**, es una de las principales motivaciones para cortar con esa VG mucho antes (Aretio, 2015). Por lo tanto, elaborar con las mujeres este proceso sin culpabilizar, pero sí señalando la necesidad de proteger a sus menores, es una de las herramientas más potentes en el trabajo a desarrollar con ellas para avanzar hacia la ruptura definitiva de la VG y, por consiguiente, para la protección de sus menores.

A grandes rasgos, el maltrato conlleva unas **consecuencias** para sus menores **físicas** y otras **emocionales y sociales**. Las primeras son más fáciles de relacionar con el maltrato. Por su parte, las emocionales y sociales, que son las más comunes, pueden tener una expresión física (llanto, problemas de sueño, enuresis, disminución del rendimiento, comportamiento disruptivo, etc.). A muchas madres les cuesta relacionar estas manifestaciones visibles con un estado emocional afectado por el maltrato.

Se ha diseñado la entrevista por bloques, de tal forma que puedan realizarse de forma independiente.

1^{er} Bloque:

Se comienza la evaluación con la parte más **emocional**, preguntando si el hijo o la hija ha presenciado el maltrato, si está triste, si llora... haciendo un repaso del listado de indicadores del efecto de la VG, como se ha recogido en páginas anteriores y Anexo 1 y que formará parte del Formulario de Valoración del Impacto de la VG en menores.

Si la madre se muestra reacia y no termina por visibilizar a su hijo o hija como víctima directa, habrá que aportar conocimientos y manejar la **entrevista motivacional** para favorecer el reconocimiento.

Si la madre ya es consciente y receptiva, se puede continuar planteando algunas preguntas, partiendo de la información previa. Cada una de estas preguntas son apartados en sí mismas, no debiendo conformarnos con respuestas de sí o no, sino que contengan frecuencia, gravedad, conducta del niño o la niña, explicación que se les da tras el episodio, cómo les protege para que no lo vean, escuchen o perciban, si cree que podrá seguir haciéndolo, etc. Las siguientes cuestiones **tienen que plantearse en tono de conversación** a partir de las preguntas del cuestionario.

5. Actuación sanitaria

- **Duración** de la relación y de la conflictividad.
- **Presencia del/a menor** (lo presencia, está en otra habitación, oye lo que ocurre, no está en casa...).
- **Participación del/a menor** (se marcha a otra habitación, interviene, se queda quieto, está presente pero ignora...).
- **Análisis funcional** (cómo se inicia el episodio, cómo finaliza, el niño/la niña es utilizado/a como causa).
- **Ha hablado de ello** con lo/as hijo/as.
- **Topografía del maltrato** (sólo en casa, fuera de casa pero a solas, con más gente...).

2º Bloque:

Está centrado en las agresiones y contendría las siguientes preguntas:

- ¿Ha visto alguna agresión física?
- ¿Ha visto u oído cómo te insulta, grita o menosprecia?
- ¿Ha ido la policía al domicilio?
- ¿Ha observado que te quite autoridad? (que haya ciertos temas que los decida el agresor).
- ¿Qué actividades hacéis de forma conjunta?
- ¿Qué funciones parentales asume el agresor?

De estas preguntas se puede extraer información acerca del estrés al que pueden estar sometidos los y las menores, la diferencia de roles y el posicionamiento de cada cual respecto a la estructura o funcionalidad familiar. Este bloque se puede concluir preguntando a la madre qué idea cree que su hijo o hija tiene de su padre y de ella.

Con las siguientes preguntas se explora la **transmisión intergeneracional** de la VG, se ahonda en el concepto que tienen de su madre y del agresor y en la relación filial.

- Según tu criterio, ¿has podido observar alguna de estas conductas en tus hijos/as?
- ¿Crees que tu hijo/a tiene rabietas frecuentemente?
- ¿Crees que tu hijo/a tiene mal genio?
- ¿Tus hijo/as se pelean entre ellos/as?
- ¿Cómo definirías la relación entre tus hijo/as? ¿Se pelean con frecuencia, se respetan, se ignoran? ¿Se pelean entre ellos/as, se insultan, se respetan...?
- Y en el colegio, ¿cómo se relaciona con otros niños, niñas y profesores? ¿Tiene peleas frecuentes? ¿Juega con otras niñas y niños? ¿Se aísla?

5. Actuación sanitaria

3^{er} Bloque:

Dirigido a explorar la **relación de la madre con sus hijos o hijas**, que suele verse afectada tanto por el estado de la progenitora como por las actuaciones directas del agresor dirigidas a deteriorar esta relación.

- ¿En alguna ocasión tus hijos/as han visto **marcas o moratones** en tu cuerpo?
- ¿Te han visto **triste**?
- ¿Te han visto u oído **llorar**?
- ¿En algún momento han notado que **no estás bien**?
- ¿Qué crees que contestarían ellos si le preguntásemos si **eres feliz**?
- ¿En alguna ocasión te han **levantado la voz**?
- ¿Te han **insultado**?
- ¿Te han dado **órdenes**?
- ¿Te han **pegado**?

Se informará² a la madre/cuidadora de la necesidad de recabar información complementaria que pudiera ser relevante a través de interconsultas/reuniones, o el mecanismo más adecuado en cada caso, de los servicios sociales, educativos, cuerpos y fuerzas de seguridad, justicia u otros así como entidades sociales y/o comunitarias donde participe el/la NNA y puedan aportar información significativa para realizar esta evaluación global del impacto.

Toda esta información se recogerá en el **Formulario de Evaluación y Abordaje del Impacto de la VG en menores**. Asimismo, si se recaba en la entrevista o entrevistas más informaciones en relación a otros indicadores físicos, psíquicos y sociales de dicho impacto de la VG se registrarán en dicho Formulario. Este Formulario incluirá un **Diagnóstico Psicosocial** integrado de la VG que están recibiendo tanto la madre como sus hijos/as. Para asegurar las condiciones de seguridad y confidencialidad necesarias en las situaciones de VG y menores, se arbitrarán las medidas necesarias de acceso a este Formulario, recogidas en el apartado de Aspectos éticos y legales de este protocolo.

Tras esta parte de la intervención el personal de trabajo social sanitario mantendrá una **reunión de coordinación** con el personal de pediatría, en el caso de **menores entre 0 y 13 años**, para que se pueda realizar la entrevista clínica con los y las menores afectado/as al objeto de avanzar en el diagnóstico clínico del impacto de la VG en sus vidas, evitando la revictimización así como la repetición de preguntas para obtener información que ya se tenga registrada.

En el caso de los y las niños de **14 o más años**, esta reunión de coordinación se mantendrá con el personal sanitario de la consulta de medicina de familia y de enfermería correspondiente. En esta reunión se pondrá en común la información recabada y se decidirá qué profesional es el/la más adecuado para mantener la entrevista con los y las adolescentes.

² Para mayor aclaración, ver el Capítulo 8 de este protocolo "Aspectos éticos y legales".

5. Actuación sanitaria

En el caso de las **mujeres embarazadas**, la información de estas entrevistas se recoge en el **Formulario de VG y en la Historia Clínica de la mujer** y la reunión de coordinación se realiza con la matrona y sus profesionales de referencia (medicina de familia y enfermería). También es necesario que la información clínica de la afectación de la VG al embarazo se recoja en la Historia Clínica de la mujer embarazada, siguiendo los indicadores de impacto en el feto y embarazo, tal y como consta en las Tabla 2 y 3 del apartado 4.1. Consecuencias en la salud, de este protocolo.

5.3.2. ENTREVISTA CON LOS Y LAS MENORES

Cuando se llega a esta parte del proceso de evaluación, el personal de trabajo social sanitario ya ha realizado las entrevistas con la madre (o cuidadora), así como las colaterales necesarias según cada caso (sistema de servicios sociales, educativo, entorno comunitario y social...) para obtener la mayor parte de la información de la VG que recibe ella y el impacto percibido por ella y por el entorno en sus menores a cargo. Esta información se recoge en el **Formulario de Evaluación y Abordaje del Impacto de la VG** en cada uno/a de los y las menores afectados. Tras ello se pasa a las siguientes fases:

- Reunión interdisciplinar.
- Evaluación del impacto de la VG en cada menor.

Al objeto de mostrar de manera gráfica los pasos a seguir, se ofrece el siguiente esquema que recoge las intervenciones profesionales y actuaciones ordenadas cronológicamente.

Diagnóstico psicosocial VG e impacto en la familia: Entrevista madre

Trabajo social sanitario: recopilación de toda la información (Estudio y Diagnóstico Psicosocial) de la VG respecto a la madre/cuidadora y el impacto percibido por ella y el entorno (entrevistas colaterales servicios sociales, educativos, entidades sociales, comunitarios...) en Formulario de VG y Formulario de Evaluación y Abordaje del Impacto de la VG en menores.

Reunión interdisciplinar

Reunión con equipo de pediatría (menores de 14 años) o con medicina de familia y enfermería (menores entre 14 y 17 años). Intercambio de información disponible previa a la entrevista con NNA. **Conocer: impacto y apoyos familiares y comunitarios** que tiene y los que habrá que poner en marcha. Desde este momento la atención debe ser siempre en equipo coordinado.

Evaluación del impacto de la VG en cada menor: Entrevista con el/la menor

Por la persona acordada en la reunión de coordinación.

Continuar la intervención actuando en equipo coordinado

5. Actuación sanitaria

Reunión interdisciplinar

La actuación en pediatría debe partir de la reunión de equipo –pediatría, enfermería y trabajo social en menores de 14 años o con el personal de medicina de familia y enfermería en el caso de NNA de 14 a 17 años– apoyándose en las observaciones y en las entrevistas, para compartir la información y planificar la evaluación directa a los y las menores. Para ello es esencial establecer una buena **coordinación mediante una primera reunión** (a la que seguirán las que sean necesarias) **para conocer la situación** y proceder a la evaluación que debe ser adaptada a la edad de cada menor.

Esta reunión en la que el personal de trabajo social sanitario comparte la información obtenida hasta entonces evita la repetición de preguntas a la madre o la exposición al/la menor a una situación incómoda con la reiteración de comentarios y/o preguntas sobre el problema. Es fundamental **no revictimizar** tanto a las madres/cuidadoras como a los y las menores.

Evaluación del impacto en cada menor

Debe contemplar el análisis del riesgo y la gravedad siempre asegurando la protección del/la menor. Se trata de conocer el **impacto** y permite saber **cuáles son los apoyos familiares y comunitarios** que tiene y los que habrá que poner en marcha. Es importante evaluar la situación en la que se encuentra el resto de la familia y sus condiciones para dar apoyo positivo. Es conveniente tener en cuenta la situación de algunas madres, por ejemplo, las que provienen de otros países y que tienen lejos a sus familiares u otras que, por otros motivos (exclusión, conflictos familiares previos, migración nacional...), no disponen de apoyo familiar próximo o positivo. De todo ello hay que extraer información no tan sólo para evaluar el impacto en la/el menor sino también la información de otros recursos y apoyos que puedan ayudar.

La entrevista que realiza el/la pediatra, o profesional de la medicina (u otra/o que pueda decirse en cada caso en función de la necesidad y situación de cada menor y los vínculos previos que tenga establecidos con personal sanitario) dependerá de la edad del/la menor. **Durante la entrevista la situación debe ser distendida** siendo un factor favorecedor que generalmente ésta o éste conoce al equipo de pediatría (o personal de medicina de población adulta en el caso de mayores de 13 años). Evitar que se sienta observada, juzgado, forzada, darle oportunidades de expresar sus emociones, temores, preocupaciones... Dependiendo de la edad, puede estar dibujando, jugando, etc. En muchas ocasiones la espontaneidad de la o el menor va a dar mucha información. Interesa **saber en qué situación emocional y momento vital se encuentra**, aprovechar la entrevista para **trabajar sentimientos de culpa y de vergüenza**, validar esos sentimientos, hacerle ver que es normal lo que le pasa, que le entendemos y que estamos para ayudarle y apoyarle, escuchar los mensajes que a veces nos dan con su relato espontáneo, sus dibujos, sus preferencias, etc.

La presencia de la madre o cuidadora en la entrevista con cada menor va a estar mediada en función de la edad de cada menor. Con carácter general, se recomienda seguir las pautas siguientes:

5. Actuación sanitaria

Entrevista con el/la menor

Por parte de la persona acordada en la reunión de coordinación.

Pediatría y enfermería pediátrica

Durante la entrevista es importante **mantener la atención y mirada** del niño o la niña, no escribir ni utilizar el ordenador mientras dure la entrevista.

- **Menores de 3 años:** estará la madre o persona tutora en consulta explicándole que no hable durante la entrevista y fuera de su campo de mirada.
- **Menores entre 4 y 9 años:** valorar según niña/o si la madre o persona tutora permanece durante la entrevista, siempre fuera de su campo de mirada.
- **Menores entre 10 y 13:** salvo que la niña o el niño manifieste lo contrario, entrevista sin la madre.

Medicina de familia y enfermería

- **Menores entre 14 y 17,** salvo que la/el adolescente manifieste lo contrario, entrevista sin la madre. No escribir ni utilizar el ordenador mientras dure la entrevista.

Teniendo en cuenta **aspectos generales de las entrevistas con menores** hay que aplicar el principio fundamental de **no hacer daño**, el espacio seguro, la confidencialidad, utilizar actividades y lenguaje acorde a su edad, etc., aspectos que se manejan en el día a día en una consulta de pediatría. Teniendo en consideración aspectos recogidos del Protocolo común de actuación sanitaria frente a la violencia en la infancia y la adolescencia debemos **respetar su autonomía y deseos** en la medida de lo posible, ofrecer más de una ocasión de entrevista, fomentar su **participación en la toma de decisiones y buscar su consentimiento**.

La entrevista con la o el menor debe contener los siguientes aspectos:

- Partir del momento vital en el que se encuentra el/la menor respecto a la VG que sufre.
- Aplicar el principio fundamental de no hacer daño.
- La entrevista se debe dar en un espacio seguro y con un clima cálido.
- Respetar la confidencialidad.
- Respetar y dar tiempo. Se suele precisar más de una sesión.
- Utilización de un lenguaje acorde a su edad.
- Apoyar para que tengan conciencia.
- Clarificar tipologías de VG (en su mayoría solo identifican el maltrato físico).
- Valorar la vinculación entre los síntomas y la situación de la VG. Buscar la relación entre la VG de la madre o cuidadora y su sintomatología.
- Importancia del vínculo.
- Trabajar sentimientos de culpa y vergüenza.
- Potenciar la educación emocional.
- Validar sus sentimientos.
- Rescatar y aflorar sus potencialidades, habilidades y factores que activen su resiliencia.

5. Actuación sanitaria

Según la edad del niño o niña procederemos a realizar preguntas y/o hacer observación:

- **Menores de 3 años:** observar el juego, la conducta, la actividad, pasividad, etc. Recabar información de la madre o persona cuidadora.
- **Entre 4 y 9 años:** se le indica que haga un dibujo de la familia y se escucharán sus explicaciones y vamos realizando las preguntas que se detallan a continuación como ejemplo, adaptándolas a la edad de cada menor.
- **Entre 10 y 13 años:** se le ofrece hacer un dibujo de la familia y oír sus explicaciones y conversación espontánea. Podemos realizar las preguntas que se detallan a continuación como ejemplo, adaptándolas a la edad de cada menor.
- **Entre 14 y 17 años** la entrevista corresponde al equipo de medicina de familia. Se pueden utilizar entrevistas preparadas para adolescentes...

La evaluación puede iniciarse mediante un **dibujo de la familia** que puede aportar mucha información. Tras la conversación que se deriva del dibujo se pueden iniciar **preguntas generales** al principio, del tipo:

- ¿Qué te gusta hacer cuando estás en casa?
- ¿A qué juegos con tus hermanos y hermanas?
- ¿A qué juegos con tus compañeros y compañeras en el colegio, en el parque o plaza?

Continuar con preguntas que nos permitan **conocer sus sentimientos**, miedos, tristeza, preocupaciones, etc.:

- ¿Qué tal duermes?
- Me puedes explicar un sueño que tengas muchas veces mientras duermes...
- Si tuvieras una varita mágica ¿Qué 3 cosas que pasan en tu vida te gustaría cambiar? O imagina que viene un mago (el genio de Aladín) ¿Qué tres deseos le pedirías?
- ¿Te han hecho daño alguna vez?
- Si vas por la calle y te haces daño, ¿Quién te gusta que te ayude? Tiene otra variante ¿A quién le pides ayuda si te haces daño?
- ¿Cómo te sientes ahora? nos podemos ayudar con unas “caritas” dibujadas que muestren alegría, tristeza, rabia, miedo.



La **exploración física**, si fuera necesaria, se puede realizar al final de la entrevista o en algún otro momento durante el seguimiento, cuando hayamos establecido una situación de confianza. No es necesario hacerla en esta primera entrevista de no ser que se observe o se tenga sospecha de lesiones o de gravedad. Incluso la madre podría hacerle alguna foto de la lesión o lesiones si el niño o niña en este momento fuera muy difícil que nos las muestre.

5. Actuación sanitaria

Resumiendo, la **evaluación global** del impacto para cada menor va a **integrar** diversa **información** que se obtendrá de:

- Entrevistas con la **madre** por parte de trabajo social sanitario.
- Recogida de información de **fuentes colaterales** por parte de trabajo social sanitario (servicios educativos, sociales, entidades sociales y del entorno del menor, otros familiares y profesionales, ...)
- Evaluación directa de cada **menor** por parte del equipo de pediatría y medicina de familia en el caso de menores entre 14 y 17 años.

Todo ello va a quedar recogido en el **Formulario de Evaluación y Abordaje del Impacto de la Violencia de Género** en los y las menores. Una relación amplia de los diferentes apartados de este Formulario se ofrece en el Anexo 1. A grandes líneas, en este se recogen estos **apartados**:

- Datos de la convivencia del menor con el maltratador.
- Situación sociodemográfica de la madre/cuidadora y del agresor (situación laboral, nivel de estudios).
- Estado civil de los padres, así como el número de hijos e hijas, comunes y no comunes.
- Nuevas parejas, si las hubiera, de su madre y padre.
- Situación convivencial de la o el menor, reflejando a su vez, los datos de interés del convenio regulador en los casos de ruptura (régimen de visitas custodia...).
- Situaciones de vulnerabilidad en el/la menor y en su núcleo familiar.
- Exposición de la/el menor al maltrato contra la madre.
- Implicación de la/el menor en los episodios de conflictividad.
- Maltrato directo hacia el/la menor.
- Intensidad, frecuencia y gravedad de la exposición del menor al maltrato hacia la madre.
- Afectación de la/el menor por la conflictividad familiar.
- Violencia intergeneracional.
- Indicadores para valorar el impacto de la VG en el desarrollo de la/el menor a nivel:
 - Conductual.
 - Emocional.
 - Físico.
 - Cognitivo.
 - Social.
- Tipo de vínculo con la madre y con el agresor.
- Roles de los miembros de la unidad familiar.
- Factores de riesgo y protección.

5. Actuación sanitaria

5.4. INTERVENCIÓN

La evaluación debe continuar con un **plan de intervención** posterior adecuado a cada menor, acompañándole/a en su recuperación, proporcionando los apoyos familiares y recursos sociales y comunitarios que le permitan seguir adelante en un entorno seguro. El siguiente esquema recoge los pasos más importantes en dicha intervención:

Reuniones de Equipo

Trabajo social sanitario, pediatra, enfermería, medicina de familia, matronería, etc.

Evaluación de necesidades y recursos

- Definir las necesidades sanitarias, sociales y educativas y poner en marcha los recursos dirigidos al/a menor independientemente de su edad.
- Establecer de forma individual, las próximas entrevistas y reuniones de equipo para seguimiento del caso.
- Criterios comunes para la intervención concreta.
- Objetivos, tareas y responsabilidades para cada profesional.
- Profesional de referencia.

Coordinación

- Objetivos y periodicidad de reuniones de coordinación con otros equipos y recursos especializados, sociales, educativos, comunitarios...
- Asegurar el flujo de información entre los diferentes profesionales y ámbitos.

Proceso para una intervención integral, interdisciplinar y coordinada con otros sistemas de atención

Una vez terminada la evaluación del impacto en cada menor, se procederá a una reunión entre el personal sanitario y sociosanitario (pediatra, enfermería, trabajo social, medicina de familia, matronería...) directo de la familia (menores, madre) implicado en el abordaje de la situación de VG que afecta a la familia para **compartir los diagnósticos y pronósticos** de cada menor y su madre o cuidadora y elaborar un plan de intervención interdisciplinar que integre toda la información del núcleo familiar del/la menor.

En este **plan de intervención** es necesario establecer para cada menor estos **contenidos**:

- **Objetivos, tareas y responsabilidades** para cada profesional.
- **Criterios comunes** para la intervención concreta.
- Quién va a ser el o la **profesional de referencia** del caso (para el o la menor, la familia y otras instituciones o entidades que puedan intervenir).
- **Periodicidad de reuniones** de coordinación, traspaso de información.
- **Evaluación.**

5. Actuación sanitaria

El plan de intervención quedará **registrado en el Formulario de Evaluación y Abordaje del impacto de la VG en menores.**

Es importante destacar que la intervención ha de comprenderse como un **todo integrado**, contemplando la **unidad de la intervención sobre el núcleo que forman el o la o los menores, así como su madre o persona cuidadora** afectada por la VG. Así se logrará tener una visión global de la misma, así como del impacto que cualquier actuación pueda tener sobre alguno de los miembros de ese núcleo familiar.

Es necesario además realizar un abordaje integral de la totalidad de las personas afectadas en la familia del o la menor en cada caso para procurar una intervención eficaz y respetuosa que contemple tanto las necesidades individuales de cada persona que conforma cada familia como las del núcleo en su globalidad. Este enfoque implica contemplar las interacciones y necesidades de la familia en su conjunto, así como las **consecuencias que la intervención sobre un miembro produce en el resto**. Esto es especialmente relevante en la **diada** establecida entre la **madre y sus hijas e hijos** por su repercusión en el vínculo materno-filial, dañado en estos casos, tal y como se ha expuesto con antelación.

Por ello es imprescindible obtener la información relevante de las principales circunstancias que rodean y caracterizan a dicho núcleo y que los objetivos y actividades dirigidos en la intervención para el conjunto de las personas que lo componen guarden coherencia y equilibrio, al tiempo que unidad de criterios para **no sobrecargar ni revictimizar** a ninguno de sus miembros.

El plan de intervención detallado que se elabore incluirá un seguimiento coordinado de la evolución de cada menor, teniendo en cuenta sus necesidades y llevando a cabo una atención dirigida tanto al o la menor como a su madre. Incluirá al menos la **sinergia** de los siguientes **recursos profesionales y/o de servicios**:

- Atención por parte del **equipo de pediatría o medicina de familia** acompañando en todo el proceso, valoraciones periódicas para ir adaptando la respuesta a las necesidades que muestre el niño o niña.
- Refuerzo de los apoyos **familiares y de la comunidad**.
- Recursos de servicios **sociales y educativos**.
- Recursos **especializados sanitarios y sociales**.

5. Actuación sanitaria

Elementos clave de la intervención

Dentro de este plan de actuación es preciso resaltar algunos elementos clave:

• Diagnóstico:

- Ha de ser **compartido con la madre o cuidadora** y personas adultas de la familia que vayan a implicarse en el proceso de ayuda y superación con la o el menor.
- También es obligatorio **explicar al o la menor** –adaptado a su nivel de madurez y comprensión– el proceso de trabajo que se plantea según su nivel de maduración y comprensión, para lograr su implicación y adhesión al mismo, al tiempo que se fomenta su protagonismo, su autonomía y la de su madre.

• Seguimiento e intervención:

- Seguimiento por parte del equipo de pediatría (pediatra, enfermería, trabajo social) y/o medicina de familia en todos los casos. Es preciso que este seguimiento **se adapte según las necesidades** que presente cada menor y a lo largo de cada etapa de su proceso de recuperación del impacto que la VG le ha producido.
- Por otro, en relación a la atención especializada al impacto de la VG mediante recursos y profesionales especializados, tanto sanitarios (servicios de salud mental infanto-juvenil) o de otros sistemas de bienestar social (como el Proyecto Apóyame u otros) o de la iniciativa social, es necesario asegurar el **acceso en equidad** de todas y todos los menores y madres que lo requieran sin límites de edad, aprovechando los recursos ya existentes o poniendo en marcha los que sean necesarios para dar respuesta. Para ello parece conveniente avanzar hacia una atención descentralizada en el territorio riojano.

• Situaciones de mayor vulnerabilidad:

- Hay que considerar especialmente en el plan de intervención las necesidades adicionales de las familias y/o menores que presenten situaciones de vulnerabilidad añadida (migrantes, empobrecidas y/o excluidas sociales, con presencia de situaciones de discapacidad, pertenecientes a minorías étnicas, residentes en núcleos rurales, u otras) porque van a precisar de más apoyos y que estos sean sinérgicos, intensivos y que estén muy bien coordinados.

• Atención centrada en los y las menores:

- Implica poner en el centro las necesidades de los y las NNA así como de sus madres y /o cuidadoras y que las actuaciones del conjunto de profesionales y/o entidades intervinientes en el proceso de tratamiento deberán estar en función de dichas necesidades, **adaptando la intervención al ritmo y proceso de cada menor** y su contexto.
- Implica también **flexibilidad en la prestación** de servicios e integración de todos los recursos para que el/la NNA y su entorno tengan una atención integrada, integral y adaptada a sus circunstancias y necesidades. Esta metodología evitará actuaciones inconexas, duplicadas, ineficientes y/o revictimizantes.

5. Actuación sanitaria

• Coordinación:

- Debe ser contemplada como una **obligación** del conjunto de profesionales, tanto dentro del propio sistema sanitario como con las distintas instituciones y ámbitos, ya que forma parte de las acciones que inciden directamente en la protección y búsqueda del bien del y la menor. El siguiente capítulo específico sobre la coordinación recoge con más detalle las diferentes vertientes y características que ha de tener la coordinación interinstitucional.
- En las ocasiones en que se requieran las valoraciones de servicios especializados como salud mental, terapeutas de los ámbitos sociales y educativos, el flujo de información debe ser **continuado y bidireccional**.
- Si alguno de estos servicios va a realizar intervenciones con los y las menores, es imprescindible que estén basadas en la coordinación y estructuradas dentro del plan global de intervención en cada caso, dentro de una metodología de **trabajo en red** para que la intervención sea eficaz, sinérgica y no genere efectos colaterales negativos ni en los y las menores, ni en sus madres y/o cuidadoras, ni en sus familias ni en la red profesional.

• Enfoque comunitario y de buentrato:

- Como se ha señalado al principio, este protocolo surge como un instrumento más para abordar con eficacia el trabajo en contra de la VG y el impacto que genera en las mujeres y sus familias. Por ello es conveniente contemplar que en las intervenciones a lo largo del mismo va a estar presente el clima general que inspira y sostiene la acción sanitaria global contra la VG. Por ello, el trabajo a favor del fomento del buentrato y la promoción de estilos relacionales saludables y basados en el respeto son objetivos y principios incluidos en todas las acciones para evaluar e intervenir con los y las menores impactados por la VG. Aunque en este protocolo se ha centrado la atención en esa evaluación y atención específica al impacto de la VG, el horizonte del **buentrato** traspasa el conjunto de la atención asistencial, impregnándola y estableciendo conexiones. No se debe olvidar que desde el sistema sanitario la mirada ha de ir dirigida también a la **promoción**, por lo tanto, esta dimensión del buentrato y rechazo a la VG debe estar incorporada en el conjunto de la actividad sanitaria en relación con la atención al embarazo, infancia, adolescencia y juventud.
- Aunque este protocolo va dirigido a la atención a los y las menores afectados por VG de manera directa y sus familias, es conveniente incorporar una **mirada comunitaria** en la atención sanitaria a este grave problema de salud pública. Por ello, en los proyectos de educación para la salud grupales o en las actividades comunitarias es relevante incorporar el **fomento del buentrato, la igualdad y rechazo de todo tipo de violencia** en las relaciones. Incluir un abordaje comunitario en esta área aporta indudables beneficios directos e indirectos a las familias afectadas por la VG, puesto que genera en el entorno social y comunitario (incluido el espacio educativo) un ambiente que ayuda en la recuperación más rápida de las consecuencias de la VG, al romper con procesos de victimización y favorecer el apoyo y respaldo a las víctimas.

5. Actuación sanitaria

• Registro:

- La actividad profesional desarrollada en el marco de este protocolo debe registrarse en la Historia Clínica de cada menor o en la de su madre cuando esté embarazada. La evaluación del impacto y el diseño de la intervención se realizará en el Formulario de evaluación del impacto y abordaje de la VG en menores, así como en otros documentos clínicos cuando sea necesario. Es relevante que se recoja la información lo más completa posible.
- Esta actividad debe registrarse garantizando las condiciones de seguridad y confidencialidad de cada menor y su madre o cuidadora, tal y como se recoge en el apartado de Aspectos éticos y legales.
- Deben utilizarse los códigos específicos en las clasificaciones CIAP y CIE en relación a la violencia de género.

6

Coordinación



6. Coordinación

Como se ha venido constatando en páginas anteriores, la coordinación es un eje esencial para el buen desarrollo de los objetivos de este protocolo. Esta coordinación ha de ser tanto **interna** dentro de los diferentes niveles y estructuras del sistema sanitario, como **externa**, formando parte esencial como medida de protección contemplada en los derechos de la infancia.

El conjunto de los sistemas de intervención, apoyo y protección han de trabajar con la flexibilidad necesaria para adaptarse a las circunstancias de cada caso y no a la inversa

Bajo el principio de **atención centrada en la persona**, es relevante recordar que tanto los y las menores, como sus madres, son el centro de nuestra atención y que el conjunto de los sistemas de intervención, apoyo y protección han de trabajar con la flexibilidad necesaria para adaptarse a las circunstancias de cada caso y no a la inversa. Esto es necesario tanto por motivos de eficacia y eficiencia como, sobre todo, por motivos éticos y deontológicos, ya recogidos en la parte de principios que inspiran este protocolo. En un reciente estudio realizado a profesionales que intervienen con menores víctimas de VG (Federación de Mujeres Progresistas, 2023), el 82% de las y los profesionales participantes en dicho estudio manifiestan que para mejorar la intervención con menores víctimas de VG se necesita **mayor coordinación entre recursos y servicios**.

COORDINACIÓN INTERNA

Dentro del sistema sanitario se hace preciso revisar los canales y prácticas de comunicación interna entre los diferentes niveles de atención (primaria, hospitalaria, salud mental) para garantizar:

- La **continuidad asistencial**.
- La **atención a todos los casos** de VG que se detecten que puedan estar impactando en menores o a fetos, en el caso de mujeres embarazadas.
- La **no duplicidad** de intervenciones bien sea para conseguir información o para prestar una atención. Por ello es imprescindible registrar la información en los Formularios correspondientes, que estén accesibles al conjunto del personal que los vaya a necesitar.
- Que exista un/a **profesional de referencia** para cada caso, para facilitar la coordinación y la eficiencia.
- La actuación con **unidad de criterios** basada en la evidencia científica, evitando contradicciones en la intervención con la familia.
- La **no revictimización** de los y las menores y sus madres/cuidadoras.

Al objeto de evaluar los canales y medios de coordinación internos, se hace preciso establecer un sistema de evaluación de la misma, impulsado por el equipo técnico responsable de la implementación de este Protocolo, tal y como se recoge en el Capítulo 8 de este protocolo.

6. Coordinación

COORDINACIÓN EXTERNA

Como se ha visto, la evaluación e intervención global sobre el impacto que la VG genera en los y las menores precisa del trabajo conjunto entre el sistema sanitario y otros sistemas de protección y bienestar social: **servicios sociales, educación, justicia, cuerpos y fuerzas de seguridad, igualdad...** Con este conjunto de entidades es necesario articular un sistema de coordinación a dos niveles:

- 1.- Uno para la **atención individualizada** de cada caso.
 - 2.- Otro para la **atención global** al fenómeno del impacto de la VG en menores.
- 1.- En relación a la **coordinación individualizada** de cada caso se destacan algunos elementos importantes:
- Ha de estar sustentada en el **bien superior de cada menor y las necesidades de su madre/cuidadora y familia.**
 - Cada sistema ha de facilitar los **medios y recursos** propios que tiene en la materia para ponerlos a disposición de un plan global de intervención integrado. Esto se ha de hacer con la mayor rapidez y flexibilidad posible, atendiendo de la manera más eficiente las necesidades de cada caso.
 - El **intercambio de información** entre cada entidad ha de estar basado en la conjugación de varios principios: el interés superior de cada menor, la facilitación y agilidad de los procesos y el respeto a la confidencialidad. Este intercambio ha de ser fluido y recíproco, de tal manera que el conjunto de profesionales y agentes intervinientes dispongan de toda la información necesaria para desarrollar eficazmente su actuación.
 - Es recomendable nombrar **profesionales de referencia** para cada caso en cada una de las instituciones intervinientes con cada uno. Estas y estos profesionales serán las figuras que tendrán toda la información de la intervención que se esté realizando con cada caso en cada institución y son las figuras de enlace con el resto de instituciones. En todos los casos es necesario que haya una comunicación durante el seguimiento por parte de los servicios sociales, educadora/es, tutora/es y equipos de pediatría y personal de trabajo social del centro de salud, ya que, de lo contrario, se corre el riesgo de infravaloración de las consecuencias de la VG en menores. Por parte del sistema sanitario, esta función de coordinación desde el sistema sanitario con el resto de sistemas de protección es competencia del personal de **trabajo social** sanitario.

6. Coordinación

2.- En relación a la **atención global al impacto de la VG en menores**, parece recomendable establecer un **espacio de coordinación estable interinstitucional** donde se evalúen las necesidades e intervenciones y se realicen propuestas de mejora a varios niveles (tanto al interior de cada institución, como en el conjunto de la acción de la administración pública) y en varias direcciones: promoción de relaciones basadas en el buentrato, respeto e igualdad, prevención, evaluación y dotación de recursos, establecimiento de programas de sensibilización e intervención, formación de profesionales, investigación...

Por otra parte, es necesaria una **intervención con enfoque comunitario** que incorpore tanto en la parte de evaluación como en la de intervención a entidades, recursos y agentes del entorno social y comunitario de las familias afectadas: tejido asociativo, entidades del ámbito deportivo, religioso, de infancia y juventud, de ocio y tiempo libre, vecinal, ... Y ello para fomentar un **trabajo en red**, con objetivos y recursos compartidos, avanzando hacia una cultura y relaciones basadas en el rechazo activo de toda forma de violencia, en el respeto y fomento de relaciones de cuidado mutuo y buentrato. Una intervención comunitaria tendiente a fortalecer los factores de protección frente a la violencia y a minimizar los de riesgo.

7

Formación, evaluación e investigación



7. Formación, evaluación e investigación

Para el buen desarrollo de este protocolo es necesario contemplar además otros aspectos relevantes que ayuden a la eficacia del mismo. Dentro de ellos destacan los relativos a la conexión del mismo con las acciones y estrategias para la formación del personal así como la evaluación.

7.1. FORMACIÓN

Como se ha señalado en la parte inicial de este protocolo, es imprescindible avanzar en la formación específica en esta materia en el conjunto del personal sanitario, especialmente en el área de pediatría. Es necesario dotar al personal de una formación mínima suficiente para realizar la atención a este grupo de menores y sus madres con la calidad que requieren. Para ello es preciso articular un programa de formación continua a corto y medio plazo destinado al personal sanitario y sociosanitario que interviene en este ámbito.

Este programa ha de estar basado en los **criterios consensuados por la Comisión contra la Violencia de Género del Consejo Interterritorial de Salud en materia de VG**, de tal manera que se logre un avance tanto en las actitudes, conocimientos y habilidades profesionales para ejercer una actuación profesional eficaz acorde con la evidencia científica disponible en cada momento.

Para ello, tras la aprobación de este protocolo, es necesario organizar un sistema de **difusión y formación** del mismo al conjunto del personal al que concierne de manera directa:

- Personal de **Atención Primaria**: pediatría, enfermería, trabajo social, matronería, medicina de familia.
- Personal de **Atención Hospitalaria**: pediatría, ginecología y obstetricia, matronería, enfermería, trabajo social, medicina de urgencias.
- Personal de la red de **Salud Mental**: psiquiatría, psicología, enfermería y trabajo social.

Esta formación ha de ser **continua**, es decir, sostenida en el tiempo, suficiente para avanzar hacia una atención profesional y evaluada. Ha de centrarse en los aspectos concretos para mejorar la competencia profesional para evaluar el impacto de la VG en menores y la intervención para recuperar del daño, pero también la parte de promoción del buen trato y prevención de la VG, como elementos indispensables para un abordaje global del problema de salud.

7.2. EVALUACIÓN E INVESTIGACIÓN

El conjunto de las actuaciones de este protocolo está sujeto a un proceso de evaluación de la eficacia del mismo para el logro de los objetivos que se plantea. De hecho, este protocolo es el primero en la materia, por eso se considera conveniente que la evaluación pueda ser concebida como parte de un proceso dinámico de investigación/acción/investigación para ir incorporando en la intervención asistencial las mejoras derivadas de dicho proceso de evaluación.

Para ello será necesario establecer **indicadores periódicos de evaluación** que midan, además de otros que se puedan establecer:

7. Formación, evaluación e investigación

- El **número de menores atendidos y mujeres embarazadas con VG** en relación a los y las afectados por la VG.
- El número de menores y mujeres embarazadas con VG que han sido **detectados en la atención hospitalaria y han sido remitidos y remitidas** con éxito (garantizando la continuidad asistencial) a la atención primaria para el seguimiento y abordaje.
- El número de **menores que han superado el impacto** que la VG en su familia les ha ocasionado.
- La **satisfacción expresada** por la atención tanto por los y las menores como por sus madres/cuidadoras/entornos.
- Las **estructuras/procesos de coordinación** establecidos, tanto dentro del sistema sanitario como con otros sistemas de protección social (servicios sociales, educativos, de justicia, igualdad...) y otras entidades sociales y del entorno comunitario.
- Los cursos y procesos de **formación** desarrollados para el **personal**.
- Las actividades de **promoción y prevención** desarrolladas en el entorno comunitario para sensibilizar y realizar educación para la salud.

Por otro lado, en el abordaje del impacto de la VG en menores todavía se está en situación incipiente y se hace precisa mayor **investigación** y evaluación de los programas y medidas desarrollados hasta ahora. No obstante, sí se pueden constatar algunas limitaciones que parece preciso señalar para procurar corregir.

Por una parte, parece oportuno desarrollar algún tipo de **evaluación** acerca de los **recursos comunes y especializados** disponibles para el abordaje del impacto de la VG en mujeres embarazadas y menores, tanto en el ámbito sanitario como en el social, educativo, justicia, cuerpos y fuerzas de seguridad,... Analizar en qué medida contribuyen a atender a toda la población que los necesita, si hay edades sin la cobertura suficiente, si hay espacios territoriales en la comunidad autónoma con difícil acceso a los servicios, si es necesario establecer un sistema de prioridad en la atención... También parece conveniente evaluar el funcionamiento y estructura de las redes de **coordinación**, tanto en el interior del sistema sanitario como con el resto de sistemas, para detectar limitaciones y proponer mejoras hacia el trabajo en red e integrado entre el conjunto de organismos y entidades vinculadas. No menos importante es poder conocer con rigor la experiencia sentida y la evaluación que realizan tanto las mujeres como sus menores de la atención recibida, sanitaria y en el resto de entidades.

Para este tipo de evaluación más profunda, pueden fomentarse algunas investigaciones desde el sistema sanitario, dentro del espíritu de mejora y adaptación continua con el que nace este protocolo.

8

Aspectos éticos y legales



8. Aspectos éticos y legales

La atención a personas afectadas por la VG implica habitualmente algunos dilemas éticos y legales para conciliar derechos y mandatos que a veces pueden entrar en colisión. Si a ello se añade la peculiaridad de la atención a menores, la situación puede alcanzar mayor complejidad. Se recogen a continuación algunas referencias legales y éticas que van a enmarcar las actuaciones profesionales sanitarias.

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), aprobada en 1989, constituye el marco legal para promover los derechos de la infancia (derecho a la vida y al desarrollo, prioridad de los intereses de los niños/as, derecho a la protección y a la participación). El enfoque de derechos de la infancia supone la asunción de la obligación moral y legal de los Estados para brindar protección y ayuda a lo/as NNA, a quienes se reconoce como sujetos de derechos, con capacidad para exigirlos y como participantes activos de su ejercicio; deben ser tratado/as como titulares de derechos y no solo como objeto de protección.

La atención a las víctimas de violencia, especialmente cuando son menores, conlleva un **compromiso moral, además de legal y profesional**: compaginar una posición técnica y basada en el marco de derechos con una ética del cuidado, que implica una mirada sensible a las relaciones interpersonales, a los vínculos afectivos, así como a las dimensiones socio-culturales. Desde el sistema sanitario, la atención a la violencia en NNA ha de estar basada en el reconocimiento de su dignidad, autonomía y derecho a la protección, promoviendo el buentrato y el reconocimiento del despliegue progresivo de su madurez.

Por otra parte, es necesario incorporar a este marco los 4 principios básicos de la bioética (Escudero y Lorda, 2011): **beneficencia, autonomía, no maleficencia y justicia**. Estos alientan en el conjunto de las actuaciones sanitarias con NNA afectados por la VG a:

- Evitar la victimización secundaria.
- Fomentar el apoyo positivo a la parentalidad y la recuperación del proyecto vital de las y los NNA y sus madres o cuidadoras.
- Impulsar la prevención primaria y la detección precoz.
- Promover la consideración de NNA como sujetos de derechos y su autonomía progresiva inherente a su desarrollo evolutivo y psicosocial.
- Fomentar su capacidad de comprensión y consentimiento en la toma de decisiones de acuerdo a su grado de madurez, para lo que hay que adecuar la información que se les brinda en cada momento.
- Respetar su privacidad y confidencialidad.
- Decidir en base al interés superior del menor (ISM) y no según intereses y valores que lo contravengan.³

³ Aquí cabe contemplar el caso hipotético en que el ISM pudiera oponerse al interés de la madre, situación altamente excepcional puesto que los intereses de la madre y NNA suelen confluir, tal y como se recoge en este protocolo.

8. Aspectos éticos y legales

Desde el punto de vista legal, destaca la prevalencia del principio rector del interés superior del menor, recogido en el artículo 2 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de Protección Jurídica del Menor, de modificación parcial del Código Civil:

“1. Todo menor tiene derecho a que su interés superior sea valorado y considerado como primordial en todas las acciones y decisiones que le conciernan, tanto en el ámbito público como privado. En la aplicación de la presente ley y demás normas que le afecten, así como en las medidas concernientes a los menores que adopten las instituciones, públicas o privadas, los Tribunales, o los órganos legislativos primará el interés superior de los mismos sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir (...).

4. En caso de concurrir cualquier otro interés legítimo junto al interés superior del menor deberán priorizarse las medidas que, respondiendo a este interés, respeten también los otros intereses legítimos presentes.

En caso de que no puedan respetarse todos los intereses legítimos concurrentes, deberá primar el interés superior del menor sobre cualquier otro interés legítimo que pudiera concurrir”.

La **evaluación y la determinación del ISM** son dos pasos que deben seguirse cuando hay que tomar una decisión que afecte a NNA. La evaluación implica valorar y sopesar todos los elementos necesarios para tomar una decisión en una determinada situación para un/a NNA. Incumbe a la persona responsable de la toma de decisiones (en este caso, personal sanitario y sociosanitario).

La **evaluación ha de ser individual** y ha de reflejarse con toda su extensión en la Historia Clínica. En esta evaluación hay una serie de elementos a considerar. Entre ellos destacan: opinión, deseos y sentimientos del/la NNA, su identidad, la preservación del entorno familiar y mantenimiento de las relaciones familiares y su integración social, su cuidado, protección y seguridad, sus necesidades básicas, sus posibles situaciones de vulnerabilidad.

Respetar siempre su dignidad, intimidad y derecho a la participación, confidencialidad y asegurando su protección a través de la valoración de la seguridad

El énfasis en la prevalencia del ISM también está establecido por el **Comité de los Derechos del Niño (2013)** en su Observación general Nº 14 (2013) debiéndose respetar siempre su dignidad, intimidad y derecho a la participación, confidencialidad y asegurando su protección a través de la valoración de la seguridad. En el caso de NNA con discapacidad se asegurará, además, la accesibilidad de todo el proceso.

8. Aspectos éticos y legales

Por otra parte, la LOVIPI, recoge en su Artículo 3. punto e, el reto de **evitar la victimización secundaria** con la actuación profesional “derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser oídos, escuchados y a que sus opiniones sean tenidas en cuenta debidamente en contextos de violencia contra ellos, asegurando su protección y evitando su victimización secundaria”. En su Artículo 4, donde desarrolla los principios y criterios generales para interpretar el ISM señala, entre otros, la necesidad de promover la **integralidad de las actuaciones**, desde la coordinación y cooperación, la importancia de capacitar a los y las profesionales que atienden a NNA, la conveniencia de fomentar la autonomía y participación de los y las NNA, la importancia de la individualización de las medidas según las necesidades específicas de cada niño, niña o adolescente víctima de violencia así como la evaluación y determinación formal del interés superior del menor en todas las decisiones que afecten a una persona menor de edad.

Derecho de los niños, niñas y adolescentes a ser oídos/as, escuchados/as y a que sus opiniones sean tenidas en cuenta debidamente en contextos de violencia contra ellos/as, asegurando su protección y evitando su victimización secundaria

Además, según lo recogido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, la toma de decisiones es un derecho que no viene limitado por la edad de forma estricta, sino por la capacidad de comprender intelectual y emocionalmente el alcance de una intervención (artículo 9.3.c).

Por lo tanto, el personal sanitario y sociosanitario que necesite el **consentimiento de una persona entre 12 años y antes de haber cumplido los 16 años** debe tener en cuenta su decisión, salvo que entienda, de forma justificada, que no es capaz de comprender su alcance. Límite que no debe entenderse de forma rígida, de manera que las personas menores de 12 años deben ser también oídas y escuchadas, con el objetivo de respetar sus opiniones y deseos en la medida en que sea posible. Por encima de 16 años, y hasta los 18, la capacidad de prestar consentimiento es asimilable a la de una persona mayor de edad.

Pueden mantenerse entrevistas a solas con menores de cualquier edad si se estima oportuno por parte del personal sanitario o sociosanitario. En la intervención sanitaria directa con los y las menores, sobre todo en la fase de entrevistas para el diagnóstico, pero también en la fase de intervención, pueden producirse situaciones en las que menores con suficiente madurez (en principio a partir de 12 años, pero también podrían darse casos en menores de menos de

8. Aspectos éticos y legales

12 años) manifiesten al personal sanitario y sociosanitario que nos van a informar de vivencias y sentimientos en relación con la situación de violencia de género que vive su madre y/o cuidadora principal y nos van a pedir que no se lo digamos a ellas (porque no quieren preocuparlas, hacerles más daño o por otros motivos) y nos van a pedir que no se la traslademos. En base a la legislación vigente y al ISM el personal sanitario puede ocultar dicha información sensible a sus progenitores.

El conjunto de mandatos legales y éticos recogidos hasta aquí **son referencia a la hora de adoptar decisiones sanitarias** especialmente en relación a dos temas:

- La confidencialidad de la información en la Historia Clínica y la restricción de la misma al agresor y a otras personas.
- La notificación de la situación de maltrato de los NNA afectada/os por la VG en sus familias.

Derecho a la intimidad de la persona menor de edad y sus personas cuidadoras. Confidencialidad y protección de datos.

La protección de los datos procedentes de la actividad sanitaria con los NNA es equivalente a la de cualquier otra persona, con la salvedad de que su acceso vendrá condicionado por las condiciones de autonomía personal derivadas de la edad. Esta protección incluye la denegación de dichos datos personales a progenitores en los casos en que el facilitarlos perjudique al interés superior del menor.

La LOPIVI establece de forma expresa que “los registros [...] quedarán incorporados en su historia clínica y su protección estará a lo dispuesto en el artículo 16.3 de esta ley (que establece la obligación de comunicar las infracciones a la protección de datos)”.

La **información y registro de actividad** en relación a la evaluación e intervención del impacto que la VG genera en NNA (incluido el Formulario de Evaluación y Abordaje del Impacto de la VG en cada menor) no debe figurar en los informes y documentos que se elaboran de forma automática para constancia de la atención asistencial (ni en la APP), ya que afecta a la seguridad del y la menor y de las y los profesionales del ámbito sanitario. Para ello, quedará registrada bajo sistemas de confidencialidad suficiente, protegida a través de módulos de especial custodia, que impidan el acceso tanto al agresor como a su entorno.

Por otra parte, desde el sistema sanitario no se facilitará **ninguna información ni oral ni escrita al agresor, sus representantes o personas allegadas** por los mismos motivos.

A veces se suscitan problemas (contactos no queridos y malentendidos con el agresor) en relación con los **teléfonos de contacto** de cada menor que aparecen registrados en la Historia Clínica y/o Ficha administrativa de cada uno/a. Para evitarlos, cuando exista el diagnóstico de VG contra una mujer con menores a su cargo, en cada Historia Clínica de cada menor, tanto en

8. Aspectos éticos y legales

la parte de datos administrativos y de localización como en las anotaciones y observaciones de cada paciente, se señalará cuál/es son los teléfonos de su madre y/o cuidadora y cuál/es los del padre para poder distinguirlos bien. Existen varios soportes administrativos en la Historia Clínica para cada persona, diferentes en primaria y hospitalaria. Para evitar confusiones y problemas se recomienda que siempre que una mujer tenga diagnóstico de VG y menores a su cargo, se compruebe que todos los teléfonos de contacto que figuran en la Historia Clínica de cada menor especifican a quién corresponden o, si no puede ponerse nombre, que el 1º que figure sea el de la mujer. También es conveniente comprobar la **dirección postal** de cada menor, porque en ocasiones les llegan citas vía correo postal. Para todas estas gestiones se puede contar con la colaboración del personal de trabajo social sanitario.

En relación con la **información** del/a menor y su madre y/o cuidadora que sea preciso **compartir o recabar** con otros sistemas de protección social y/o seguridad, se seguirán los siguientes criterios:

- **Recabar información:** Cuando sea necesario coordinarse con otros sistemas de bienestar (servicios sociales, educativos,...) o con otras entidades del entorno comunitario o especializadas (entidades sociales o de infancia y juventud o especializadas en atención a la VG por ejemplo) que estén realizando una intervención con la familia, o con cuerpos y fuerzas de seguridad (CCFFSS) para obtener información de la situación de cada menor y coordinarse (para ampliar el estudio o para cualquier otra necesidad) no es necesario pedir el consentimiento a las personas que cuiden a los y las menores (madres o cuidadoras principales). No obstante, es conveniente informarles de estas actuaciones, dentro del trabajo conjunto con la mujer que se está desarrollando.



8. Aspectos éticos y legales

- **Compartir información clínica de carácter personal:** si en el transcurso de la coordinación (u otra función asistencial) con las anteriores entidades fuera preciso trasladar información clínica de carácter personal se solicitará el consentimiento informado por escrito a la madre y/o cuidadora principal⁴ y/o al o la menor en caso de que tuviera edad y capacidad de madurez suficiente para ello y se guardará en la Historia Clínica, tal y como exige la ley de Autonomía del paciente sobre todo en los artículos 16 y 18.3. No obstante esta normativa hay que conciliarla con el principio y normativa que respalda el ISM, que puede permitir excepciones si así fuera necesario, en cuyo caso habrá que hacerlas constar en la Historia Clínica.

Cuando se trate de datos sensibles y que puedan perjudicar, no se pueden facilitar a cualquiera. Ni siquiera a sus representantes legales.

La edad de consentimiento de datos de un/a menor son los 14 años, según la Ley de Protección de datos y 16 según la ley de Autonomía del paciente con las excepciones recogidas en el artículo 9.

Las imágenes y vídeos pueden suponer una prueba complementaria importante en las situaciones de violencia contra NNA. En los casos en los que existan lesiones físicas es recomendable su toma

Obtención de fotografías:

Las imágenes y vídeos pueden suponer una prueba complementaria importante en las situaciones de violencia contra NNA. En los casos en los que existan lesiones físicas es recomendable su toma. Si esta toma se realiza por parte del personal sanitario es necesario recabar el consentimiento por escrito (del/a menor o persona que le represente), explicando además cómo y por qué se tomarán las fotografías, del objeto de cada toma y de las lesiones o evidencias que se pretenden fijar. Se expondrá también que **las imágenes podrían ser mostradas en un procedimiento judicial**, en caso de ser requerido para ello y que incluso la parte contraria tendrá acceso a ellas. Se deben adoptar medidas que impidan la identificación (cubrir el rostro, los ojos, etc.).

Hay ocasiones en las que por diferentes motivos las fotografías no pueden realizarse por parte de personal sanitario como en los casos en que las o los menores sienten pudor o temor a una exploración por parte de profesionales o son lesiones agudas y no es accesible en ese momento

⁴ En el caso de que la VG se produzca contra la cuidadora principal, guardadora de hecho de ese o esa menor, es conveniente pedirle el consentimiento a ella ya que ejerce la función parental y de guarda. También es conveniente solicitarlo a la progenitora si se cumplen estas condiciones: si es accesible porque resida en el país, si tiene contacto con el/la menor y si hay confianza en que colaborará.

8. Aspectos éticos y legales

La atención por parte del personal sanitario que tiene vínculo con el o la menor –fines de semana, zonas rurales de difícil acceso y comunicación– y es preferible esperar a ser atendido por su profesional de referencia u otros motivos. En ese caso, las madres o cuidadoras principales (u otras personas de confianza de esa o ese menor) **pueden tomar dichas fotografías y/o vídeos y mostrarlas al personal sanitario** lo antes posible porque pueden ayudar como prueba indiciaria y para que sean adjuntadas en la Historia Clínica de cada menor.

Notificación de la situación de maltrato

La LOPIVI establece “el deber de comunicación cualificado”, que tienen las personas que por razón de su cargo, profesión, oficio o actividad tengan encomendada la asistencia, el cuidado, la enseñanza o la protección de NNA y, en el ejercicio de estas hayan tenido conocimiento de una situación de violencia ejercida sobre éstos. En esta definición se incluye el ámbito sanitario y se establece también la obligación de comunicación a los servicios sociales competentes.

La notificación se hará cuando haya concluido el Diagnóstico Global Integrado, dentro del Plan de Intervención

Además, cuando dicha violencia pudiera comprometer la salud o la seguridad del NNA se debe comunicar inmediatamente a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad (FFCCSS) y/o al Juzgado de Guardia o Ministerio Fiscal. En los casos de violencia de género o doméstica hay que contactar primero con el Juzgado de Guardia. Fiscalía de Menores es la primera opción en caso de agresión entre menores.

El/la profesional sanitario/a responsable de su asistencia podrá consultar también con Fiscalía cualquier duda que se pueda generar.

Teléfonos y extensiones de contacto:

- Juzgado de Guardia:

Teléfono: 941 239551 (ext. 39554).

Fax: 941296374.

- Fiscalía de Menores:

Teléfonos: 941 296416 (ext. 32673) en horario laboral (mañanas de lunes a viernes) y 609350963 (Fiscalía de Guardia) durante las tardes, noches y festivos.

Fax: 941 296417.

8. Aspectos éticos y legales

- ¿A quién notificar?

En todos los casos de sospecha o evidencia de violencia se debe notificar a servicios sociales competentes. Como norma general, si el riesgo de desprotección es leve o moderado se comunicará a los Servicios Sociales Comunitarios y si es grave a Protección de Menores. Además, se debe notificar a otros estamentos como Juzgado (a través del parte de lesiones), Fiscalía o FFCCSS en los casos urgentes, con lesiones o en los que la salud o la seguridad del NNA se encuentre amenazada.

El Juzgado de Guardia, tras recibir la notificación del centro sanitario, podrá requerir la intervención del Instituto Riojano de Medicina Legal si las circunstancias lo requieren.

- ¿Quién notifica?

El o la profesional del ámbito sanitario que atienda al NNA. En caso de que se precise derivación desde AP a AH la notificación será realizada en este ámbito, teniendo en cuenta que se puede notificar desde varios ámbitos.

Se recuerda que en todos los casos en los que se detecte VG en el ámbito hospitalario (ya sea en la madre o el impacto que esta VG produce en su embarazo o en sus menores a su cargo) el personal hospitalario deberá informar de la situación al personal de trabajo social sanitario hospitalario para garantizar la continuidad asistencial con la atención primaria.

- ¿Cuándo notificar?

Teniendo en cuenta los criterios, objetivos, actuación sanitaria y el marco ético y legal de este Protocolo, salvo situaciones de gravedad, esta notificación a los servicios sociales comunitarios

se realizará dentro del Plan de Intervención individualizado realizado para cada menor, cuando haya concluido el Diagnóstico Global Integrado de cada menor. Esta notificación además se realizará dentro del marco de actuaciones coordinadas a desplegar con cada menor y su familia en dicho Plan de Intervención.

De esta manera, los efectos secundarios de dicha notificación y la posible revictimización secundaria que pudiera producirse serán considerados e incorporados de manera integrada con el resto de actuaciones al objeto de evitar daño o perjuicio adicional.

En los casos en que se presenten criterios de urgencia, la comunicación se hará de forma inmediata al juzgado de guardia, mediante el Parte de Lesiones y utilizando la vía telefónica preferentemente y dando traslado a las FFCCSS competentes para su conocimiento y adopción de las medidas de seguridad en caso de que haya riesgo para el NNA, así como a los servicios sociales competentes.

8. Aspectos éticos y legales

Consentimiento del agresor para procurar tratamientos terapéuticos a NNA

Con frecuencia, dentro del proceso de intervención con NNA para tratar los efectos del impacto de la VG, es frecuente que tengan que ser atendidos en entidades especializadas en la intervención frente a ese impacto al objeto de procurar su recuperación y la minimización de dicho impacto. En este caso, no es necesario contar con el consentimiento del agresor. El artículo 156 del Código Civil, modificado por la Ley 8/2021 de 2 de junio, establece al respecto las condiciones en las que debe hacerse:

“Dictada una sentencia condenatoria y mientras no se extinga la responsabilidad penal o iniciado un procedimiento penal contra uno de los progenitores por atentar contra la vida, la integridad física, la libertad, la integridad moral o la libertad e indemnidad sexual de los hijos o hijas comunes menores de edad, o por atentar contra el otro progenitor, bastará el consentimiento de este para la atención y asistencia psicológica de los hijos e hijas menores de edad, debiendo el primero ser informado previamente. **Lo anterior será igualmente aplicable, aunque no se haya interpuesto denuncia previa, cuando la mujer esté recibiendo asistencia en un servicio especializado de violencia de género, siempre que medie informe emitido por dicho servicio que acredite dicha situación.** Si la asistencia hubiera de prestarse a los hijos e hijas mayores de dieciséis años se precisará en todo caso el consentimiento expreso de estos”.

Otras consideraciones

- En las situaciones de **mujeres embarazadas** afectadas por la VG, cuando se estime que esta situación de VG puede poner en grave peligro al nasciturus, también se puede solicitar la colaboración del Ministerio Fiscal.
- La **mediación familiar** está totalmente contraindicada en todas las situaciones en las que existe diagnóstico o sospecha de violencia de género en una pareja. Por lo tanto, el personal sanitario y sociosanitario no sólo no aconsejara el recurso a la misma sino que procurará que no se realice con las mujeres afectadas por VG o que deje de hacerse en el caso de que se estuviera realizando.
- El **pseudo Síndrome de Alienación Parental** es un falso diagnóstico inventado que no existe en la realidad y cuyo uso está totalmente contraindicado tanto por la evidencia científica como por la legislación y organizaciones profesionales. Sin embargo, formas parecidas al mismo siguen utilizándose por parte de los hombres agresores (y muchas veces por sus abogado/as) para deslegitimar, desautorizar y dañar a las mujeres agredidas y perjudicar su relación con sus menores. Las consecuencias de su uso y refuerzo por parte de cualquier profesional del ámbito sanitario son muy graves, por lo que se insta a no utilizarlo y a mejorar la formación para no revictimizar más a mujeres y menores.

9

Bibliografía



9. Bibliografía

- Ahmadabadi Z, Najman JM, Williams GM, Clavarino AM, d'Abbs P, Abajobir AA. Maternal intimate partner violence victimization and child maltreatment. *Child Abuse & Neglect* 2018; 82:23–33.
- Alcántara V, López Soler C, Castro M, López Juan J. Alteraciones psicológicas en menores expuestos a violencia de género: prevalencia y diferencias de género y edad. *Anales de psicología* 2013; 29 (3): 741–747.
- Amaro, S. Niños víctimas de la violencia. De la sombra del sufrimiento a la genealogía de la resistencia: una nueva teoría científica. Ed Nova Casa. Brasil. 2015.
- Aretio Romero MA. Las supervivientes que salieron del infierno. Factores que ayudan a las mujeres a superar la violencia de género en la pareja heterosexual. (Tesis doctoral) Laparra Navarro, Miguel y Miranda López, M. Jesús (dir.tes). Universidad Pública de Navarra. 2015. Accesible en <https://academica-e.unavarra.es/handle/2454/18436>
- Arredondo Provecho AB, Jiménez Alés R, De la Torre Quiralte M LL, Páez González R, Poch Olivé ML, Gancedo Baranda A. Menores víctimas de violencia de género: ¿se les atiende adecuadamente en el ámbito sanitario? *RevPediatr Aten Primaria* 2023; 25 : 1139–7632 www.pap.es ISSN | 2174–4106 Publicación Open Access
- Atenciano B. Menores expuestos a Violencia contra la Pareja: notas para una Práctica Clínica Basada en la Evidencia. *Clínica y Salud* 2009; 20: 261–272.
- Atenciano B. Desde el embarazo hasta la escuela: impacto de la violencia de género de cero a cinco años de edad. En I. Romero (coord.), *Intervención Psicológica en menores expuestos/as a la violencia de género. Aportes teóricos y clínicos*. Madrid, 2016. P 79–91.
- Bronfenbrenner U. *La ecología del desarrollo humano: experimentos en entornos naturales y diseñados*. Barcelona: Paidós;1987.
- Carracedo Cortiña, S. Menores testigos de violencia entre sus progenitores: repercusiones a nivel psicoemocional. 5. COLECCIÓN: Premio de la Delegación del Gobierno para la Violencia de Género a Tesis Doctorales sobre Violencia de Género. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. 2018.
- Consejería de Salud. Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres. Logroño: Gobierno de La Rioja. 2010.
- Consejería de Salud . Protocolo de actuación sanitaria ante la mutilación genital femenina. Logroño: Gobierno de La Rioja. 2018.
- Consejería de Salud. Estrategia riojana para el buentrato. Logroño: Gobierno de La Rioja. 2023.
- Consejo de Europa. Resolution 1714. Children who witness domestic violence. Council of Europe Parliamentary Assembly. 2010. Accesible en: <https://assembly.coe.int/nw/xml/xref/xref-xml2html-en.asp?fileid=17825&lang=en>
- Convención sobre la Eliminación de todas las formas de Discriminación contra la Mujer aprobado por Naciones Unidas en 1979.
- Convención sobre los Derechos del Niño, 1989.
- Convenio sobre Prevención y Lucha contra la Violencia hacia las Mujeres y la Violencia Doméstica de 11 de mayo de 2011 (Convenio de Estambul).
- Czalbowski, S. Detrás de la pared. Una mirada multidisciplinar acerca de los niños, niñas y adolescentes expuestos a la violencia de género. Bilbao, España: Editorial Desclée de Brouwer. 2015.
- De la Torre Quiralte MLL, Jiménez Alés R, Páez González R, Boukichou Abdelkader N, Gancedo Baranda A, Poch Olivé ML. Problemas sociales: mucha frecuencia, poca formación. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2023;25.

9. Bibliografía

- Declaración y Plataforma de Acción de Beijing de 1995.
- Decreto 108/2007, de 27 de julio, por el que se aprueba el Reglamento sobre intervención de las Administraciones Públicas de La Rioja en la protección y guarda de los menores. 2007.
- Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019. Madrid: Secretaría de Estado de Igualdad y contra la Violencia de Género. Ministerio de Igualdad. 2020.
- Federación de Mujeres Progresistas (2023). Análisis de necesidades de los y las profesionales que intervienen con menores víctimas de violencia de género. Programa “Prevención y protección a menores víctimas de violencia de género”. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Madrid.
- European Union Agency for Fundamental Rights. Violence against women: an EU-wide survey. Luxembourg: Publications Office of the European Union. Belgium. 2014.
- Federación de Mujeres Progresistas. Análisis de necesidades de los y las profesionales que intervienen con menores víctimas de VG. Programa “Prevención y protección a menores víctimas de violencia de género”. 2023.
- Fernández Alonso, M. Carmen. La violencia contra la mujer en la pareja y su impacto en el desarrollo biopsico-social de los hijos e hijas expuestos a estas vivencias. Formación Médica Continuada en Atención Primaria (en prensa, aceptado para su publicación el 30 junio de 2023).
- Fernández Alonso, M^a Carmen y López Rodríguez, Rosa M^a. Violencia de género: situación actual, avances y desafíos pendientes en la respuesta del Sistema Sanitario. Atención Primaria, 2023 <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102767>.
- Fernández P. La otra cara de la violencia machista. 2018. Disponible en <https://www.change.org/l/es/la-otra-cara-de-la-violencia-machista>
- Fernández Montaño P, Pérez Arenas A. Menores expuestos a situaciones de Violencia de Género: la prevención como factor clave. Trabajo Social Hoy 2018; 85: 101-110.
- Gil Arrones, J. Presentación en las Jornadas sobre Violencia de Género en la infancia. Hellín. 2021.
- Gobierno de La Rioja. Protocolo de actuación sanitaria ante la violencia contra las mujeres. 2010.
- Gobierno de La Rioja, Consejería de salud y servicios sociales, dirección general de servicios sociales, servicio de planificación y servicio de acción social: cuaderno divulgativo No. 10, Colección servicios sociales. Programa de trabajo social y apoyo a la dinámica y estructura familiar. La intervención familiar en los servicios sociales comunitarios. La Rioja, España: Consejería de salud y servicios sociales. Dirección general de servicios sociales.
- Gobierno de La Rioja. IV Plan de Salud La Rioja 2030. Logroño, Consejería de Salud. 2022.
- Holden G A. Children exposed to domestic violence and child abuse: terminology and taxonomy. Clinical Child and Family Psychology Review 2003; 6(3): 151-160.
- IV Plan Estratégico Nacional para la Infancia y Adolescencia (2018-2021).
- Junta de Andalucía (2011). Escudero Carretero, María J. y Simón Lorda, P. (coords.) El final de la vida en la infancia y la adolescencia: aspectos éticos y jurídicos en la atención sanitaria. Sevilla: Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Disponible en: <https://www.redpal.es/wp-content/uploads/2018/12/El-final-de-la-vida-en-la-infancia-y-la-adolescencia.pdf>
- Ley Orgánica de 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Ley Orgánica 8/2015 de modificación del Sistema de Protección de la infancia y la adolescencia.
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia.

9. Bibliografía

- Ley 3/2011, de 1 de marzo, de Prevención, Protección y Coordinación Institucional en materia de Violencia en La Rioja.
- Ley 1/2006, de 28 de febrero, de Protección de Menores de La Rioja.
- Ley 41/2022, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.
- López Soler C, Alcántara López M, Castro Sáez M, Martínez Pérez A. Menores expuestos a la violencia de género. Ediciones Pirámide. Madrid, España. 2017.
- Manual de Legislación sobre la Violencia contra la Mujer, Naciones Unidas. 2010.
- Martínez C, Escorial A. Guía sobre la Ley Orgánica de Protección integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia www.plataformadeinfancia.org
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo común para la actuación sanitaria 2012. Madrid: Centro Publicaciones Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2012.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Fichas de víctimas mortales por violencia de género. 2017. <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMujeres/home.htm>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Fichas de menores víctimas mortales 2017. Accesible en: <http://www.violenciagenero.msssi.gob.es/violenciaEnCifras/victimasMortales/fichaMenores/home.htm>
- Nouhaila Khalil G. Algoritmo para la detección de las víctimas colaterales de la violencia doméstica. Trabajo final de Grado Curso académico 2020-2021. Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat. Sant Cugat del Vallès, Junio de 2021.
- Olaya B, Ezepeleta L, de la Osa N, Granero R, Doménech JM. Mental health needs of children exposed to intimate partner violence seeking help from mental health services. *Children and Youth Services. Review*, 2010; 32 (7):1004-1011, ISSN 0190-7409. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.03.028>
- Oram S, Fisher HL, Minnis H, et al. The Lancet Psychiatry Commission on intimate partner violence and mental health: advancing mental health services, research, and policy. *Lancet Psychiatry*. 2022; 9(6):487-524. doi:10.1016/S2215-0366(22)00008-6
- Organización Mundial de la Salud. Recomendaciones de la OMS sobre atención prenatal para una experiencia positiva del embarazo: resumen de orientación. 2016. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/25082>
- Organización Mundial de la Salud, Europa. Determinantes Sociales de la Salud: Los Hechos Probados. Edición española, traducción de la 2ª edición de la OMS. Editado por Richard Wilkinson y Michael Marmot. Ministerio de Sanidad y Consumo; 2006. <https://www.sanidad.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/desigualdadSalud/docs/hechosProbados.pdf>
- Organización Mundial de la Salud y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres. Prevención de la violencia sexual y violencia infligida por la pareja contra las mujeres: qué hacer y cómo obtener evidencias. 2011 Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud.
- Organización de las Naciones Unidas. Manual de Legislación sobre la Violencia contra la Mujer. 2010.
- Organización de las Naciones Unidas (2013). Convención sobre los derechos del niño. Observación general Nº 14 (2013) sobre el derecho del niño a que su interés superior sea una consideración primordial (artículo 3, párrafo 1) disponible en : https://www2.ohchr.org/English/bodies/crc/docs/GC/CRC.C.GC.14_sp.doc
- Pacto de Estado en materia de Violencia de Género octubre de 2017.

9. Bibliografía

- Pérez Candás JI, Grupo de Pediatría Social y Comunitaria AEPap. Programa de identificación del riesgo psicosocial en la infancia y la adolescencia (II). *Form Act Pediatr Aten Prim*. 2022;15(4):153-60.
- Pose Ramos M. Impacto de la violencia de género en el bienestar psicológico de los menores. Tesis Universidad de Comillas. Facultad de Ciencias Humanas y Sociales. Madrid 2020-2021.
- Reyes Cano P. Menores y violencia de género: de invisibles a visibles. *Anales de la Cátedra Francisco Suárez*, 2015; 49: 181-217.
- Rosser Liminana A, Suriá Martínez R, Mateo Pérez MA. Problemas de conducta infantil y competencias parentales en madres en contextos de violencia de género. *Gaceta Sanitaria* 2017; 32(1): 35-40.
<https://doi.org/10.1016/j.gaceta.2017.02.004>
- Rosser Limiñana, A., Suriá Martínez, R., Alcántara López, M., y Castro Sáez, M. (2016). "Hacer visible lo invisible". Buenas prácticas en la intervención con menores expuestos a violencia de género. Alicante: Limencop, 2016. ISBN 978-84-608-6728-9, <http://hdl.handle.net/10045/53951>
- Ruiz- Jarabo Quemada, C. y Blanco Prieto, B. La violencia contra las mujeres, prevención y detección. Madrid, España: Ediciones Díaz de Santos. 2021.
- Save the Children. En la Violencia de Género no hay una sola víctima. 2011.
- Save the Children. Manual de Atención para los niños y niñas víctimas de violencia de violencia de género en el ámbito familiar. 2008.
- Save the Children. Manual de Atención para los niños y niñas víctimas de violencia de violencia de género en el ámbito familiar. 2011.
- Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Protocolo básico de intervención contra el maltrato infantil en el ámbito familiar. Madrid, España: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. 2014.
- Silva EP, Lemos A, Andrade CH, Ludermir AB. Intimate partner violence during pregnancy and behavioral problems in children and adolescents: a meta-analysis. *J Pediatr* 2018; 94 (5):471--482
<https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2018.01.007>
- Valiente Gómez S, Pérez San Pedro R, Carballo Velasco JA Menores expuestos a violencia de género. Detrás del diagnóstico en Jiménez Hernández, Antonio S, Gutiérrez-Sánchez, José David y Díez Casal, Javier Infancia, adolescencia y juventud: aportaciones en un marco conmemorativo. 2015. Granada, GEU, p 177-186.
- Velasco Juez MC. Recomendaciones para detección precoz de la violencia en el embarazo. *Matronas Profesión*, 2008; 9(3):32-7.
- Velasco C, Luna JD, Martín A, Caño A, Martín E. Intimate partner violence against Spanish pregnant women: application of two screening instruments to assess prevalence and associated factors. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2014; 93(10): 1.050-8
<https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra-2014-vaw-survey-at-a-glance-oct14es.pdf>
- Holden GW. Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse: Terminology and Taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review* 2003; 6(3): 151-160.
- McTavish JR, MacGregor JC, Wathen CN, MacMillan HL. Children's exposure to intimate partner violence: an overview. *Int Rev Psychiatry* 2016;28(5):504-518. doi:10.1080/09540261.2016.1205001 <http://dx.doi.org/10.1080/09540261.2016.1205001>
- Wathen CN, Macmillan HL. Children's exposure to intimate partner violence: Impacts and interventions. *Paediatr Child Health*. 2013 Oct;18(8):419-22. PMID: 24426794; PMCID: PMC3887080

DATOS DE INTERÉS PARA EL FORMULARIO DE EVALUACIÓN Y ABORDAJE DEL IMPACTO DE LA VG EN LOS Y LAS MENORES

Este Anexo recoge una relación de los datos e indicadores más relevantes que deberá recoger el Formulario de Evaluación y Abordaje del impacto de la VG en los y las menores disponible en la Historia Clínica de cada menor

• Datos sociodemográficos y convivenciales:

- Padre: cualificación y situación laboral, discapacidad, dependencia, situación económica, nivel de estudios.
- Estado civil de los padres.
- Número de hijo/as comunes y no comunes.
- Otras parejas afectivas de los padres.
- Núcleo de convivencia del/la menor.

Datos complementarios del maltrato hacia la madre, relevantes para la valoración diagnóstica del caso que influye en el impacto hacia él o la menor: relación entre la madre/cuidadora y el agresor, conflictividad, denuncias, maltrato, orden de protección, convivencia entre ambos y otros datos.

- Si el maltratador es el padre biológico del/la menor.
 - Convivencia del/la menor con el maltratador: duración, convivencia actual.
 - Situación legal del/a menor: patria potestad, guarda y custodia, régimen de visitas.
- **Exposición del/a menor al maltrato** hacia la madre: (perinatal, intervención, victimización, participación, escucha, testigo, ignorar...).
 - **Implicación de la o el menor** en los episodios de conflictividad y violencia. Estrategias utilizadas para convivir con la violencia (escape mental, búsqueda de ayuda, mediación, impedir agresiones, disociación, violencia...).
 - **Maltrato directo hacia la o el menor** (físico, emocional/psicológico, negligencia, abuso sexual).
 - **Intensidad, gravedad y frecuencia** de la exposición de la o el menor al maltrato hacia la madre.
 - **Violencia intergeneracional:** agresividad hacia la madre, a sus parejas, mayor tolerancia al maltrato hacia las mujeres.
 - **Indicadores del impacto de la VG en la conducta:** regresiones, irritabilidad, agresividad, hiperactividad, evasión, desobediencia, apatía, impulsividad, baja tolerancia a la frustración, anorexia, bulimia, obsesiones...

ANEXO

- **Indicadores del impacto de la VG en las emociones:** llanto, miedo, terrores nocturnos, fobias, ansiedad, tristeza, preocupaciones, angustia, ira, inestabilidad, depresión, culpabilidad, vergüenza, ideación/intentos suicidio, autolesiones...
- **Indicadores físicos del impacto de la VG:** retraso en el crecimiento y/o e habilidades motoras, bajo peso, problemas de alimentación, problemas del sueño, descontrol de esfínteres, llamar la atención, problemas digestivos, dolor de cabeza, abuso de sustancias, embarazo...
- **Indicadores del impacto de la VG en el área cognitiva:** retraso en el desarrollo del lenguaje, dificultades de comprensión, poca concentración, dificultades de aprendizaje, problemas en el rendimiento escolar, inadaptación personal...
- **Indicadores del impacto social de la VG:** dificultades/problemas en la socialización, reducción de habilidades sociales, establecimiento de relaciones conflictivas, relaciones ambivalentes con la madre, aislamiento y soledad, dependencia, rechazo social, relaciones de pareja conflictivas, celos, abandono escolar, matrimonio/emparejamiento prematuro...
- **Valoración del vínculo materno y paterno:** apego seguro, ansioso o ambivalente, evitativo, desorganizado.
- **Roles de la o el menor hacia la madre:** cuidador, favorito, niño/as perfectos, pacificador, chivo expiatorio, rebelde, animador, confidente...
- **Factores de riesgo:** resolución inadecuada de conflictos en la pareja, otras situaciones de riesgo, patología física o mental en la pareja, proximidad de lo/as menores a la violencia, intensidad y cronicidad de la violencia, implicación de lo/as menores en situaciones conflictivas, cuidados inadecuados por parte de sus progenitores, hábitos y rutinas alterados, existencia de otro tipo de maltrato, características de los/as menores, comportamientos desadaptativos, incapacidad para educar en pautas educativas sanas, situaciones de vulnerabilidad, estilo de vida poco saludable.
- **Factores de protección:** cualidades de los niños/as, existencia de apoyos resilientes, cobertura de sus necesidades, capacidad resiliente de la progenitora, apoyos en la red social, buena comunicación materno filial, apoyo de la familia extensa, cese de la violencia tras la separación, apoyo del grupo de iguales, correcto ejercicio de los roles parentales y marentales, posicionamiento no violento de los progenitores respecto a los hijos en las relaciones conflictivas, existencia de otras figuras de referencia con vínculos sanos que puedan protegerles, cuidarles y apoyarles, apoyos institucionales, correcta formación de los/as profesionales en la materia.
- **Diagnóstico integral.**

• **Plan de intervención:**

- Objetivos, tareas y responsabilidades para cada profesional.
- Criterios comunes para la intervención concreta.
- Quién va a ser el o la profesional de referencia del caso (para el o la menor, la familia y otras instituciones o entidades que puedan intervenir).
- Periodicidad de reuniones de coordinación, traspaso de información.
- Evaluación.

• **Otros servicios intervinientes** (servicios sociales comunitarios, educación, justicia, protección de menores) y otras entidades comunitarias o sociales.

Listado de acrónimos

APP	Aplicación móvil de RiojaSalud
CDN	Convención de los Derechos del Niño
DSS	Determinantes Sociales de la Salud
ISM	Interés Superior del Menor
FFCCSS	Fuerzas y Cuerpos de Seguridad
LOPVI	Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de Protección Integral a la Infancia y la Adolescencia frente a la Violencia
NNA	Niñas, niños y adolescentes
OMS	Organización Mundial de la Salud
TDAH	Trastorno por déficit de atención e hiperactividad
TEPT	Trastorno de estrés postraumático
VG	Violencia de Género

