

# Guía de actuación para profesionales de la salud ante hijas e hijos víctimas de la violencia de género







Un registro bibliográfico de esta obra puede consultarse  
en el catálogo de la Biblioteca General del Gobierno Vasco:  
<https://www.katalogoak.euskadi.eus/katalogobateratua>

**EDICIÓN**

1ª, enero 2024

**TIRADA**

1.000 ejemplares

©

Administración de la Comunidad Autónoma del País Vasco  
Departamento de Salud

**INTERNET**

[www.euskadi.eus](http://www.euskadi.eus)

**EDITA**

Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia  
Servicio Central de Publicaciones del Gobierno Vasco  
C/ Donostia/San Sebastian 1, 01010 Vitoria-Gasteiz

**DIRECCIÓN, COORDINACIÓN Y ELABORACIÓN**

Departamento de Salud, Gobierno Vasco

**ISBN**

978 84 457 3749 1

**IMPRESIÓN**

GRÁFICAS DOSBI, SL

**DEPÓSITO LEGAL**

LG G 183-2024

**PORTADA E ILUSTRACIONES**

Goizargi Elkarte. Asociación sin ánimo de lucro de mujeres víctimas y  
sobrevivientes de violencia de género de Vitoria-Gasteiz.

Dibujos realizados por sus hijos e hijas.





## Autoría

**Ana Bustinduy Bascaran.** Osakidetza. Dirección General de Osakidetza. Subdirectora de Coordinación de Atención Hospitalaria.

**Maite Paino Ortuzar.** Osakidetza. Dirección General de Osakidetza. Subdirección de Coordinación de Atención Hospitalaria.

**María Sol Díaz González.** Osakidetza. Unidad docente multiprofesional de Atención Familiar y Comunitaria de Bizkaia. OSI Bilbao Basurto.

**María José Goñi Agudo.** Osakidetza. OSI Donostialdea. Trabajadora social. Dirección de Atención Integrada.

**Izaskun Elortegi Kaiero.** Osakidetza. Psiquiatría. Red Salud Mental Bizkaia.

**Ainhoa Zabaleta Rueda.** Osakidetza. OSI Donostialdea. Pediatra del Centro de Salud Pasai San Pedro.

**Leire Ascargorta Eriz.** Osakidetza. OSI Barrualde-Galdakao. Matrona. Centro de Salud Matiena.

**Maximiano Gutiérrez Jodra.** Osakidetza. OSI Araba. Médico de Atención Primaria. Centro de Salud Zabalzana.

## Revisión externa

**José Luis Quintas Díez.** Viceconsejero de Salud. Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

**José Antonio de la Rica Giménez.** Director de Atención Sociosanitaria. Departamento de Salud del Gobierno Vasco.

**Miguel Sánchez Fernández.** Director de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitarias. Departamento Salud del Gobierno Vasco.

**Roberto Abad García.** Osakidetza. OSI Bilbao-Basurto. Subdirección de Enfermería del Hospital Universitario Basurto.

**Karmele Díez Saez.** Osakidetza. OSI Bilbao-Basurto. Pediatría del Hospital Universitario Basurto.

**Ana Estévez Gutiérrez.** Universidad de Deusto. Departamento de Psicología.

**M. Teresa Madrid Conde.** Osakidetza. Dirección General de Osakidetza. Subdirección Calidad.

**Sorne Mirari Etxebarria Arrien.** Emakunde – Instituto Vasco de la Mujer.

**Iratxe Pérez Urdiales.** Universidad de la UPV/EHU. Profesora enfermería, Facultad de Medicina y Enfermería.

**Cristina Vaahamonde García.** Osakidetza. OSI Bilbao-Basurto. Enfermera especialista en pediatría.

**Patxi Leturia.** Jefe de Servicio de Inclusión Social y Atención a Mujeres Víctimas de Violencia Machista - Departamento de Políticas Sociales de la Diputación de Gipuzkoa.

**Pilar Ibazeta Quintana.** Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián. Jefa de Servicio de Prevención, Infancia y Familia.

**Ana Txurruka Etxezarreta.** Agente de igualdad. Ayuntamiento Donostia.

**Amaia Arbeloa Miranda.** Osakidetza. OSI Barakaldo-Sestao. Pediatría del CS Zuazo.

**Aiora Arrizabalaga Van Remoortere.** Osakidetza. OSI Donostialdea. Pediatría del Centro de Salud Lasarte.

**Nerea Echeverría Hernando.** Osakidetza. OSI Donostialdea. Pediatría del Centro de Salud Urnieta.

**Maialen Koro Berridi Agirre.** Osakidetza. Unidad Docente Gipuzkoa. Médica Atención Primaria.

**Francisco Javier Rey Bravo.** Osakidetza. OSI Donostialdea. Matrona del Centro de Salud Pasai San Pedro.

**Amaia Sáenz de Ormijana Hernández.** Osakidetza. OSI Araba. Responsable Atención Sociosanitario.

**Maialen Pan Ugarte.** Osakidetza. Dirección General de Osakidetza. Subdirección de Coordinación de Atención Hospitalaria.

## Agradecimiento

A Goizargi Elkarte por los dibujos realizado por sus hijos e hijas. Asociación sin ánimo de lucro de mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia de género de Vitoria-Gasteiz.





## Presentación

---

Como ya se recoge en la “Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi” publicada en 2019, la violencia ejercida contra las mujeres es uno de los principales y más graves problemas de salud pública a escala mundial, tal como lo refrenda la propia Organización Mundial de la Salud. Así también lo entiende el Gobierno Vasco, incorporando transversalmente en todas sus políticas el fomento de la cultura de igualdad y la lucha por la discriminación de género.

Muchas de estas mujeres en situación de violencia de género, tiene hijos e hijas que también sufren esta violencia, con importantes consecuencias para su salud y para un desarrollo pleno. Pero, además de esta consideración de facto, jurídicamente también tienen la consideración de **víctimas directas de violencia de género** los hijos e hijas de las mujeres que la sufren. Con esta nueva “*Guía de actuación para profesionales de la salud ante hijas e hijos víctimas de la violencia de género*” buscamos profundizar en una intervención más integral y conjunta contra la violencia de mujeres y de sus hijos e hijas.

El Departamento de Salud y Osakidetza se comprometen a que el Sistema Sanitario Vasco actúe de una forma más global sobre este tipo de violencia en cualquiera de sus formas, cuando se ejerza sobre mujeres adultas y/o personas menores, formando parte activa en la Estrategia Vasca contra la violencia hacia la infancia y la adolescencia 2022/25.

Esta Guía plantea, en el marco de su alcance, **qué** tipo de violencia sufren las personas menores que crecen en contextos familiares donde la violencia contra la madre está presente y recoge aspectos como la “violencia vicaria”, a veces presente en estos casos.

También explica **por qué** es importante que desde nuestros servicios sanitarios activemos una detección precoz y **cómo** se deben plantear recomendaciones para la intervención y el acompañamiento.

Desde hace tiempo, día a día, en Osakidetza vemos incrementado el número de casos nuevos identificados de violencia de género en mujeres. Muchas de éstas tienen hijos e hijas menores cuyos servicios de pediatría son los que, en ocasiones, identifican la situación de violencia que sufren sus madres. Por eso, quiero destacar la necesidad de un abordaje colaborativo, multinivel, multiprofesional en Osakidetza. Pero el reto es mayor, se hace imprescindible un equipo interinstitucional más amplio, por la protección legal que ampara a las personas menores.

Por lo tanto, el propósito de esta guía es aportar a los y las profesionales de la salud de Osakidetza tanto las recomendaciones como el conocimiento que permitan seguir mejorando la actuación propia y la colaborativa con el fin de mejorar la atención integral a estas víctimas.

Su elaboración es fruto de un intenso proceso participativo de profesionales del sistema sanitario vasco conjuntamente con profesionales expertos y expertas.

Aprovecho esta presentación, para transmitir mi felicitación por el trabajo realizado y a animaros a una divulgación que permita un cambio de la práctica diaria, y contribuya a una mayor visibilización de las personas menores en situación de violencia de género.

**Gotzone Sagardui Goikoetxea**

Consejera de Salud



# 01

## ● Introducción

<b>1.INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>18</b>
1.1. DERECHOS DE NIÑAS Y NIÑOS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO. MARCO NORMATIVO Y ESTRATÉGICO.....	20
1.1.1. Normativa.....	23
1.2. ASPECTOS CONCEPTUALES.....	24
1.2.1. Qué entendemos por personas menores víctimas de VG.....	24
1.2.2. Violencia vicaria.....	27
1.3. MAGNITUD DEL PROBLEMA. EPIDEMIOLOGÍA.....	28
1.4. MITOS.....	31
1.5. CONSTRUCTOS TEÓRICOS EN LA VIOLENCIA.....	32
1.5.1. Círculo interactivo de la violencia familiar.....	32
1.5.2. Modelo ecológico para la comprensión de la violencia de género en personas menores.....	33
1.5.3. El ciclo de violencia en personas menores en situación VG.....	35
1.5.4. Rueda de poder y control.....	36
1.5.5. Teoría del apego.....	38
1.5.5.1. Marentalidad.....	39
1.6. CONSECUENCIAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO EN LAS HIJAS E HIJOS.....	41
1.6.1. Etapa prenatal.....	42
1.6.2. Infancia y adolescencia.....	45
1.6.3. Edad adulta.....	47
1.6.4. Otras consecuencias.....	47

## 2. PROCESOS DE ACTUACIÓN CON LOS NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN SITUACIÓN DE VIOLENCIA DE GÉNERO..... 50

2.1. PREVENCIÓN PRIMARIA.....	53
2.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA. BÚSQUEDA ACTIVA DE CASOS.....	58
2.2.1. Indicadores de sospecha.....	59
2.2.2. Preguntar: la entrevista clínica para la detección de maltrato.....	60
2.3. PREVENCIÓN TERCIARIA.....	65
2.3.1. Actuación inicial básica.....	65
2.3.1.1. Escucha y acogida. Protección a niños, niñas y adolescentes.....	66
2.3.1.2. Valoración del riesgo y actuación.....	68
2.3.1.3. Registro en la historia clínica.....	70
2.3.1.4. Continuidad de la atención y derivación.....	70
2.3.2. Actuación de apoyo y seguimiento.....	71
2.3.2.1. Evaluación de situaciones de riesgo y medidas de seguridad.....	72
2.3.2.2. Plan individualizado de atención.....	72
2.3.2.3. Coordinación interna sanitaria.....	75
2.3.2.4. Coordinación sociosanitaria.....	75
2.3.2.5. Registro.....	76
2.3.2.6. Relación de los y las profesionales con los padres.....	77
2.4. NOT TO DO. QUÉ NO HACER EN LA CONSULTA.....	78
2.5. ALGORITMO DE ACTUACIÓN.....	79

# ● Procesos de actuación

# 02

<b>3. ANEXOS Y GLOSARIO .....</b>	<b><u>82</u></b>
3.1. ANEXOS.....	<u>82</u>
3.1. 1. Anexo 1. Normativa .....	<u>82</u>
3.1. 2. Anexo 2. Tipos de comportamiento en personas menores en situaciones de violencia .....	<u>86</u>
3.1. 3. Anexo 3. Indicadores de sospecha .....	<u>88</u>
3.1. 4. Anexo 4. Situaciones de riesgo .....	<u>93</u>
3.1. 5. Anexo 5. Escala de predicción de violencia grave contra la pareja o expareja.....	<u>95</u>
3.1. 6. Anexo 6. Plan de seguridad .....	<u>96</u>
3.1. 7. Anexo 7. Algunas recomendaciones para las mujeres en situación de VG con sus hijos e hijas.....	<u>97</u>
3.1. 8. Anexo 8. Entender a las mujeres que enfrentan violencia .....	<u>98</u>
3.1. 9. Anexo 9. Cómo actuar con NNA .....	<u>99</u>
3.1. 10. Anexo 10. Guía Faro violencia de género - en hijos e hijas - códigos..	<u>101</u>
3.1. 11. Anexo 11. Medidas de seguridad respecto a la historia clínica.....	<u>107</u>
3.1. 12. Anexo 12. Recursos .....	<u>108</u>
3.1. 12.1. Recursos específicos por territorios.....	<u>108</u>
A) Araba.....	<u>108</u>
B) Bizkaia.....	<u>109</u>
C) Gipuzkoa .....	<u>110</u>
D) Otros recursos .....	<u>111</u>



## Anexos y glosario

# 03

3.2. GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	113
3.2.1. Patria potestad.....	113
3.2.2. Guarda y custodia.....	113
3.2.3. Régimen de visitas.....	114
3.2.4. Orden de protección (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género).....	115









# 1. Introducción

El objetivo de esta Guía es complementar a la “Guía de Actuación para profesionales de la Salud ante la Violencia de Género y las Agresiones Sexuales en Euskadi”, por lo que en este apartado se desarrollará específicamente cómo garantizar la atención y la protección de los hijos e hijas menores de edad víctimas de violencia de género. Se entiende por persona menor de edad a toda persona desde su nacimiento hasta los 18 años (Convención de los Derechos de los Niños, 1989).

“Cualquier forma de violencia ejercida sobre un menor es injustificable, entre ellas es singularmente atroz la violencia que sufren quienes viven y crecen en un entorno familiar donde está presente la violencia de género. Esta forma de violencia afecta de muchas formas, en primer lugar, condicionado su bienestar y su desarrollo. En segundo lugar, causándoles serios problemas de salud. En tercer lugar, convirtiéndolos en instrumento para ejercer dominio y violencia sobre la mujer. Y, finalmente, favoreciendo la transmisión intergeneracional de estas conductas sobre la mujer por parte de sus parejas o exparejas”<sup>1</sup>.

Las hijas y los hijos de las mujeres en situación de violencia de género viven de forma prolongada situaciones de violencia y abuso de poder, experiencias que puede marcar su desarrollo, comportamientos y valores en la edad adulta.

El reconocimiento por la legislación vigente de los hijos e hijas como víctimas directas posibilita que se implementen medidas directas de prevención, asistencia y protección, aunque todavía en nuestro entorno existen dificultades para ofrecer una atención coordinada y eficaz en este sentido. La situación de las hijas e hijos víctimas de la violencia de género se encuentra en la zona de confluencia de dos ámbitos normativos: la violencia de género y la protección de los niños y las niñas contra la violencia<sup>2</sup>.

En relación con la violencia hacia niños, niñas y adolescentes (NNA), la Estrategia vasca contra la Violencia hacia la Infancia y la Adolescencia recoge dos elementos centrales que hay que tener muy presentes a la hora de entender el problema<sup>3</sup>:

1. La relación de dependencia en la que se encuentran las personas menores, en relación a las personas adultas. Debido a su etapa de madurez, además, pueden carecer de herramientas adecuadas para afrontar situaciones de riesgo y violencia.
2. Las relaciones entre personas adultas y personas menores de edad se caracterizan por el adultocentrismo, es decir, la asimetría de poder con prevalencia de la persona adulta sobre la persona menor de edad.

---

<sup>1</sup> Ley Orgánica 8/2015 de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y adolescencia.

<sup>2</sup> Save the Children (2011). “En la violencia de género no hay una sola víctima. Atención a los hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género”. Disponible en [https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia\\_de\\_genero\\_victima.pdf](https://www.savethechildren.es/sites/default/files/imce/docs/violencia_de_genero_victima.pdf)

<sup>3</sup> Estrategia Vasca contra la violencia hacia la infancia y la adolescencia (2022). Eusko Jaurlaritzaren Argitalpen Zerbitzu Nagusia.

Además, hay que considerar otro elemento macrosocial que en interacción con los dos anteriores puede contribuir a aumentar el riesgo de discriminación y violencia, que es el enfoque interseccional. Este enfoque hace referencia a la situación en la cual una característica personal o social interactúa con otros grupos de características creando una situación única de desigualdad. La interseccionalidad no apunta a la sumatoria de formas de exclusión, sino a la manera en que en una misma persona o grupo social concurren diferentes factores que retroalimentan desigualdades y discriminaciones de diversas causas: género, origen nacional, orientación sexual, raza, entorno rural...

La violencia contra las niñas, niños y adolescentes es una violación de derechos humanos que además conlleva costos humanos, sociales y económicos enormes. Las investigaciones realizadas hasta la fecha han ayudado a visibilizar las consecuencias perjudiciales y duraderas que tiene sobre el bienestar, la salud y la seguridad de las personas menores de edad y también, el impacto sobre el rendimiento académico o la productividad y, en definitiva, sobre el desarrollo de las sociedades y países. “Una prevención adecuada y a tiempo de la violencia contra la infancia permite atender una multitud de problemas que, a largo plazo, suponen una importante carga social y económica”<sup>4</sup>.

## POR QUÉ Y PARA QUÉ ESTA GUÍA

- Recoge distintos marcos normativos y recomendaciones del ámbito internacional, estatal, autonómico y foral, tanto en materia de violencia machista contra las mujeres como en materia de protección a las personas menores de edad.
- Con este documento se busca conseguir que los diferentes servicios de Osakidetza ofrezcan una respuesta alineada y coherente con unos mismos principios y valores.
- Ofrece pautas concretas en relación con los procesos básicos de la intervención. Define cuales son los ámbitos de exploración específicos cuando hay niños, niñas o adolescentes que viven en contextos de violencia machista, señalando algunas herramientas y técnicas que han demostrado ser útiles para realizar esa exploración.
- Pretende ser un documento vivo, flexible y adaptable, en constante revisión e incorporación de nuevas recomendaciones.
- Contribuir a que las personas profesionales del sistema vasco de salud estén más y mejor preparadas para: prevenir la VG; también para detectar con mayor precocidad e intervenir tempranamente sobre las situaciones de violencia; para ofrecer una atención integral y mayor protección y reparar los daños causados; para avanzar hacia la consolidación de la colaboración y cooperación de un entramado institucional que conozca más y mejor la realidad, que mejore de forma permanente y brinde una atención de calidad.

---

<sup>4</sup> Estrategia Vasca contra la violencia hacia la infancia y adolescencia (2022-2025).

Hemos abordado la fase del plan de acción proponiendo tipos de intervenciones que consideramos necesarias en la actuación conjunta con los servicios sociales responsables de la protección a la infancia en nuestro entorno, pero somos conscientes de que este apartado puede tener un desarrollo mucho más amplio y exhaustivo y habrá que profundizar en él en un futuro.

## **1.1. Derechos de niñas y niños víctimas de la violencia de género. Marco normativo y estratégico**

**"No hay causa que merezca más alta prioridad que la protección y el desarrollo de la infancia, de quien depende la supervivencia, la estabilidad y el progreso de todas las naciones y, de hecho, de la civilización humana"**  
(Plan de Acción de la Cumbre Mundial a favor de la Infancia, 1990).

*"Toda/o niña y niño tiene el derecho a crecer en un hogar seguro y cálido que les permita sentirse protegidos y queridos por las figuras de cuidado principales. Las niñas y los niños necesitan sentir que hay personas adultas que los escuchen, les crean y les protejan, principalmente aquellos que los cuidan, pero también cualquier otro adulto con el que traten (otros/otras parientes, profesorado, trabajadores/trabajadoras sociales, profesionales del ámbito sanitario... etc.)"*<sup>5</sup>. Sin embargo, la violencia contra la infancia es una de las vulneraciones de derechos humanos más frecuentes en todo el mundo.

El bienestar de las personas menores se logra a partir del apoyo social de toda la comunidad, padres y madres. Este bienestar está basado en el principio de corresponsabilidad por el que el conjunto de la sociedad tenemos alguna responsabilidad en la garantía de los derechos de cualquier NNA. Cuando los padres o las madres no pueden garantizar unos cuidados básicos, son las instituciones las que tienen que vigilar que estos se lleven a cabo, tal y como se recoge en la LO 8/2015, el interés superior de la persona menor debe prevalecer, sin vulnerarse el derecho a una vida libre de violencia.

Como se señala desde el Plan de Acción Mundial de la OMS para fortalecer la salud y dar respuestas del sistema a la violencia contra las mujeres y NNA, es necesario asegurar que los sistemas de protección infantil colaboren con los servicios para mujeres sobrevivientes y certificar que las personas menores reciban servicios adecuados para su edad.

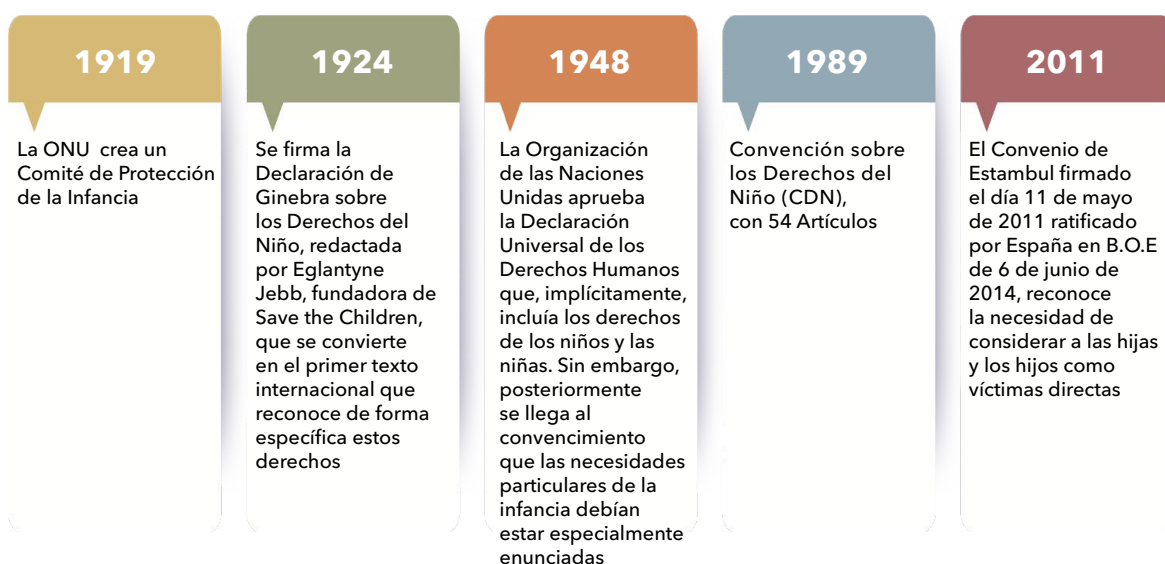
Desde Save the Children se hace hincapié en la descoordinación existente entre los recursos actuales de las mujeres y los de atención a NNA.

---

<sup>5</sup> Meniños, F. (2011). Adolescentes y familias en conflicto. Terapia familiar centrada en la alianza terapéutica. Manual de tratamiento.

Recursos que tendrían que contemplar no solo las necesidades específicas de las mujeres, sino que sean espacios desde donde atender también a sus hijos e hijas y ofrecer el apoyo psicosocial específico para personas menores adaptado a sus características y necesidades, sin tratarles como objetos de protección, y sí como sujetos de derechos.

## Hitos más importantes en el reconocimiento internacional de los derechos de niños y niñas



Reconociendo estos derechos<sup>6</sup> la persona menor, por ende, **es sujeto de derechos**, lo que significa que tiene opinión y no sólo es destinatario pasivo de las decisiones de las personas adultas, sean sus cuidadores/as o profesionales. La LO 8/2021 de Protección Integral a la Infancia y a la Adolescencia frente a la violencia en su art 11 hace referencia a que los poderes públicos garantizarán que las niñas, niños y adolescentes sean oídos y escuchados con todas las garantías y sin límite de edad, asegurando, en todo caso, que este proceso sea universalmente accesible en todos los procedimientos administrativos, judiciales o de otra índole relacionados con la acreditación de la violencia y la reparación de las víctimas. El derecho de NNA a ser oídos sólo podrá restringirse, y siempre de manera motivada, cuando sea contrario a su interés superior.

Según esta norma, también tienen derecho a la información sobre las decisiones tomadas por las personas adultas. Esta información tiene que ser comprensible para su edad y capacidad.

<sup>6</sup> Barudy, J. y Dantagnan, M. (2011). *La fiesta mágica y realista de la resiliencia infantil*. Editorial Gedisa.

El siguiente cuadro recoge los principios de la Convención de Derechos del Niño (CDN).

## Convención de los Derechos del Niño (1989)

Los cuatro principios sobre los que se establece la Convención son la no discriminación, la primacía del interés superior de menor, la participación infantil y la garantía de la supervivencia y pleno desarrollo.

### 01 NO DISCRIMINACIÓN

Todo NNA debe poder disfrutar y ver garantizados sus derechos sin discriminación alguna. No debe haber discriminación en las leyes ni en el diseño e implementación de políticas públicas y supone que han de recibir una atención directa en aquellas situaciones en las que se vulneren sus derechos.

### 02 INTERÉS SUPERIOR

El ambiente familiar es el ideal para el desarrollo y bienestar de NNA. Ante situaciones de violencia de género se quiebra esta asunción y esto marca el inicio de la intervención de las autoridades administrativas y judiciales cuya actuación debe centrarse en identificar de manera particular, atendiendo a cada niño o niña de manera individual, en qué consiste su interés superior y adoptar todas las medidas necesarias para su actuación.

### 03 PARTICIPACIÓN

Derecho de la persona menor a ser escuchada. Una de las consecuencias habituales de la violencia de género es la puesta en marcha de procedimientos administrativos y procesos judiciales donde se determinen las medidas de protección adecuadas para la víctima. Se deben adoptar todas las medidas necesarias para satisfacer el derecho de las personas menores a ser escuchados/as y a que su opinión sea tomada en cuenta, siempre que sea posible, para la determinación de su interés superior, adaptando los mecanismos y procesos judiciales a sus necesidades atendiendo siempre a su nivel de madurez y circunstancias particulares.

### 04 DERECHO A LA VIDA, LA SUPERVIVENCIA Y EL DESARROLLO

Teniendo en cuenta que la situación de violencia de género repercute en el desarrollo integral de las personas menores, los Estados tendrán que hacer cuanto esté en sus manos para su protección y ofrecerles una atención específica, tomando medidas positivas para apoyar su recuperación y evitando, al mismo tiempo, la estigmatización por causa de la violencia de la que han sido víctimas.

## 1.1.1. Normativa

Un paradigma que supone transitar de una perspectiva de necesidades a una perspectiva de derechos supone también un cambio de actitud hacia NNA. Concretamente, los principios fundamentales o pilares que adopta la Estrategia Vasca contra la Violencia hacia la Infancia y la Adolescencia coinciden con los recogidos en la CDN.

Consiste en reconocerles como personas con derecho a una individualidad y a la autodeterminación y como sujetos activos que intervienen en su propio desarrollo. Ir más allá de satisfacer necesidades básicas, incidiendo en la transformación de las causas estructurales de las necesidades, desigualdades y vulneraciones de derechos.

Además, se adoptan otros principios de carácter más general que pueden considerarse enfoques transversales, que son todos aquellos aspectos a tener en cuenta en el trabajo con NNA: reparación, prevención de la victimización secundaria, diversidad e interseccionalidad y perspectiva de género.

### REPARACIÓN

Incluye la restitución de derechos desde el empoderamiento de las víctimas-supervivientes y también, la reparación social pública, atendiendo al principio de verdad, reconociendo la violencia hacia la infancia y adolescencia como una vulneración de derechos humanos.

### PREVENCIÓN DE LA VICTIMIZACIÓN SECUNDARIA

Las actuaciones guiadas por este principio deben evitar los procesos de victimización secundaria, diseñando actuaciones coordinadas, evitando diligencias repetitivas, agilidad y especialización, brindando atención libre de estereotipos y sin ejercer discriminación directa o indirecta, que añaden más sufrimiento a sus experiencias traumáticas.

### DIVERSIDAD E INTERSECCIONALIDAD

En una sociedad inclusiva la diversidad se percibe como un valor y una oportunidad, nunca como una amenaza. Es imprescindible actuar teniendo en cuenta el contexto social y cultural en el que viven, considerando todos los factores que concurren su identidad. El concepto interseccionalidad, al que se hace referencia en la introducción, fue acuñado para visibilizar las múltiples categorías sociales que confluyen en una persona o colectivo y cómo estas impactan en el acceso a derechos y oportunidades<sup>7</sup>.

### PERSPECTIVA DE GÉNERO

Incorporar la perspectiva de género permite el respeto y acompañamiento en la construcción de las identidades y subjetividades de las personas menores, promoviendo el despliegue de sus potencialidades y el desarrollo de sus capacidades.

<sup>7</sup> Crenshaw, K. (1989). Interseccionalidad.

## 1.2. Aspectos conceptuales

Existen diferentes formas de violencia contra NNA y como se ha mencionado, en esta guía nos centraremos en las actuaciones sobre los hijos e hijas menores de edad de aquellas mujeres adultas que sufren violencia por parte de sus parejas o exparejas (violencia de género) y a quienes la legislación vigente también considera víctimas.

Hablamos de entornos en los que está presente la violencia de género contra sus madres y donde estos hijos e hijas son víctimas directas por las consecuencias dañinas que esta exposición tiene sobre ellos y ellas, como se recoge en la siguiente imagen.



### 1.2.1. Qué entendemos por personas menores víctimas de VG

Estas niñas, niños y adolescentes han recibido varios nombres en la medida que fueron haciéndose visibles gracias a la investigación, al movimiento feminista y a la denuncia social. Ejemplos de ellos, eran las denominaciones “hijos de las mujeres maltratadas”, “niños testigos” o “niños expuestos a”. Todas estas definiciones intentaban dar a conocer el tema y lo enfocaban desde diversos ángulos. Sin embargo, no lograban llamar al problema de una forma clara que no dejara dudas ni lugar a interpretaciones. Decir “hijos de las



mujeres maltratadas” pone a estos niños y niñas como meros acompañantes de la madre, decir “testigos” o “expuestos” nos habla de que presencian algo, pero que no necesariamente tiene un impacto sobre ellos.

Actualmente la definición que se establece es: Persona menor que vive en una familia donde la madre es maltratada, lo que significa sufrir situaciones de opresión y control y en un modelo de relación basada en el abuso de poder y la desigualdad<sup>8</sup>.

La normativa ha ido introduciendo cambios en este sentido, como pasar de considerar a las personas menores de meros testigos a calificarlas como víctimas directas, ofreciendo con ello una respuesta de mayor protección y seguridad.

La Directiva 2012/29/UE del Parlamento Europeo y del Consejo de 25 de octubre de 2012 hace mención a la necesidad de protección y apoyo a mujeres víctimas de VG, así como a sus hijos e hijas, refiriéndose a la elevada victimización secundaria, de intimidación o represalias ligadas a este tipo de violencia.

En la ley 1/2004 se recogía que la situación de violencia contra las mujeres afecta también a los y las menores como víctimas indirectas. Se contempla así, que las personas menores también son víctimas de discriminación dentro de las relaciones de poder. Pero no fue hasta el año 2015 cuando se les reconoce como víctimas directas de esa violencia a través de la Ley Orgánica 8/2015, de 22 julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y a la adolescencia, que introdujo cambios en la ley orgánica 1/2004.

La Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, aprobada recientemente, suscribe su consideración de víctimas y contempla obligaciones de la administración para poner al alcance de los niños, niñas y adolescentes mecanismos preventivos para evitarles situaciones de violencia de género.

Se consideran, por lo tanto, menores víctimas de violencia de género en su ámbito familiar a todas las hijas e hijos que viven en un hogar donde su padre o la pareja de su madre es violento con la mujer, independientemente de que el maltratador ejerza otras formas de maltrato infantil, algo que sucede también en un alto porcentaje, como ponen de manifiesto los informes de Save the Children<sup>9</sup>.

<sup>8</sup> Ohlson, C. (2010). Children Who Witness Domestic Violence. Recuperado de: <https://pace.coe.int/en/files/12356/html>

<sup>9</sup> Save the Children (2006). Atención a niños y niñas víctimas de la violencia de género. Informe estatal.

Se incluyen también la violencia a la que se ven expuestas durante el régimen de visitas en los casos en los que la pareja no convive.

Las personas menores de edad se ven afectadas de muchas formas:

- Condicionando su bienestar y su desarrollo.
- Causándoles serios problemas de salud.
- Convirtiéndolos en instrumento para ejercer dominio y violencia sobre la mujer.
- Favoreciendo la transmisión intergeneracional de estas conductas violentas sobre la mujer por parte de sus parejas o exparejas<sup>10</sup>.

## **EL PROBLEMA DE LA TRANSMISIÓN GENERACIONAL DE LA VIOLENCIA**

Hay que considerar el efecto de la estructura patriarcal de nuestra sociedad, desde donde se construyen relaciones de poder desigual entre mujeres y hombres. Esto ha generado un modelo de familia que asume como norma de funcionamiento la obediencia y un papel de sumisión de la mujer de la pareja y de los hijos e hijas, lo que conlleva tolerar ciertas formas de violencia ejercidas por el hombre que se van naturalizando. Por esto, es relevante destacar que cuando las víctimas se socializan en esta ideología es más difícil que puedan rebelarse frente a la violencia.

Las encuestas de población en muchos países sugieren que las normas sociales que aprueban la violencia y la dinámica del poder patriarcal, se correlacionan con un mayor riesgo de VG<sup>11</sup>. Así, en los hogares, esta estructura familiar patriarcal crea un ambiente que normaliza la violencia.

La violencia machista tiene un impacto directo en la socialización de la niña o del niño, que su vez, pueden reproducir estereotipos de género como la sumisión y pasividad en niñas y el poder y los privilegios para los niños, usando éstos la violencia para la resolución de los conflictos<sup>12</sup>. Las niñas se pueden identificar con el rol materno (sumisión, pasividad, obediencia) y los niños con el rol paterno, asumiendo posiciones de poder y privilegio. Por tanto, se considera un factor de riesgo haber vivido violencia en la infancia, ya que los y las menores se definen también a partir de lo que observan a su alrededor.

---

<sup>10</sup> Fernández, I. G. (2019). Perspectiva feminista en la jurisprudencia reciente del Tribunal Constitucional de España. *Revista Aranzadi Doctrinal*, (11).

<sup>11</sup> Namy, S., Carlson, C., O'Hara, K., Nakuti, J., Bukuluki, P., Lwanyaaga, J., ... & Michau, L. (2017). Towards a feminist understanding of intersecting violence against women and children in the family. *Social Science & Medicine*, 184.

<sup>12</sup> Sepúlveda García de la Torre, A. (2006). La violencia de género como causa de maltrato infantil. *Cuadernos de medicina forense*, (43-44).

Como señala Lorente<sup>13</sup> *“el factor de riesgo más importante para ejercer violencia es haberla vivido durante la infancia”*. Estas NNA aprenden que es legítimo hacer uso de la violencia para resolver conflictos. Hay evidencias que constatan que al crecer en una atmósfera de violencia donde confrontan esa realidad, esas conductas se van aprendiendo.

Una intervención temprana es decisiva en la prevención y necesaria para cortar con el ciclo de la violencia y su posible transmisión generacional. Aunque no se haya podido establecer como causa-efecto, sí que se ha identificado como factor predictor.

## 1.2.2. Violencia vicaria

Esta violencia se define como aquella que se dirige contra la mujer, aunque se ejerce de forma directa sobre los hijos y las hijas. Se trata de una violencia secundaria sobre los mismos. Este concepto fue acuñado por Sonia Vaccaro<sup>14</sup>.

Este tipo de violencia se recoge ya en la Ley Orgánica 8/2021, de protección integral a la infancia y a la adolescencia frente a la violencia, y se define como *“la violencia que con el objetivo de causar perjuicio o daño a las mujeres se ejerce sobre sus familiares o allegados menores de edad”*. Considera la *“violencia vicaria”* como una forma de violencia de género y contempla conjuntamente la recuperación de la persona menor de edad y de la madre.

El Pacto de Estado contra la Violencia de Género define la **violencia vicaria** o violencia *“por interpósita persona”* como *“el daño más extremo que puede ejercer el maltratador hacia una mujer: dañar y/o incluso asesinar a los hijos/as”*.

Podemos concluir, como apunta Vaccaro:

*“Los asesinatos de niñas y niños pueden y deben prevenirse y extremar las actuaciones para que no sucedan. No sirve de nada ninguna acción tras la muerte de criaturas vulnerables que no pudieron ni elegir ni ponerse a salvo de las manos de su asesino. Nada puede resarcir el dolor de esas mujeres, nada hará retornar a sus hijas e hijos. UN maltratador NO es un buen padre, y mientras se privilegien sus derechos sobre los de las víctimas, no se podrá impartir justicia”*.

---

<sup>13</sup> Lorente Acosta, M. (1999). Agresión a la mujer. Maltrato violación y acoso. España: Comares. (2004). El rompecabezas: Anatomía del maltratador. Barcelona: Ares y Mares.

<sup>14</sup> Vaccaro, S. E. (2019). ¿Qué es la Violencia Vicaria? *Página Oficial Sonia Vaccaro* <https://www.soniavaccaro.com/post/violencia-vicaria>

## 1.3. Magnitud del problema. Epidemiología

Desde diferentes organizaciones tanto a nivel internacional como nacional se intenta conocer las dimensiones de este problema. Sin embargo, las diferentes definiciones existentes entrañan inconvenientes para medirla. La diferencia de registro en los diferentes países conduce a cifras imprecisas. Los datos de casos reales, como se indica desde la OMS, son muy variables dependiendo del país y del método de investigación utilizado<sup>15</sup>. Además, la necesidad de contar con datos desagregados por sexo entraña aún dificultades<sup>16,17</sup>, como señalan diferentes organismos.

Se hace todavía más difícil el registro en ciertos grupos de personas menores que presentan mayor vulnerabilidad, lo que conlleva a plantearse que, si estos grupos son invisibles en el registro de datos, probablemente lo serán en la planificación de actuaciones.

### ALGUNAS APROXIMACIONES

#### • **Ámbito Internacional**

Según el estudio realizado por el Secretariado General de las Naciones Unidas, se establece la estrecha relación entre la violencia contra la mujer y el posible abuso sobre los hijos e hijas de la pareja.

Los niños y niñas pueden sufrir los efectos de la exposición a la violencia de género y a la vez pueden sufrir otra categoría de abusos por parte del agresor. Existe una estrecha relación entre la violencia contra las mujeres y la violencia contra las niñas y los niños<sup>18</sup>. Entre las víctimas de maltrato infantil, en un 40% de casos concurre violencia de género en el hogar.

#### • **Ámbito Nacional**

La Macro Encuesta<sup>19</sup> de Violencia de Género realizada en el año 2019 recoge que muchas de las mujeres que sufren violencia de género son madres y, consecuentemente, el número de NNA también víctimas es muy elevado.

---

<sup>15</sup> World Health Organization. (2015). *Investing in children: the European child maltreatment prevention action plan 2015–2020* (No. WHO/EURO: 2015-4315-44078-62167). World Health Organization. Regional Office for Europe.

<sup>16</sup> ONU, A. G. (1979). Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer. *Resolución, 34*, 180.

<sup>17</sup> NACIONES UNIDAS, (1995): Informe de la IV Conferencia Mundial sobre las Mujeres, Pekín.

<sup>18</sup> Krug, E. G., Mercy, J. A., Dahlberg, L. L., & Zwi, A. B. (2002). The world report on violence and health. *The lancet*, 360(9339).

<sup>19</sup> MINISTERIO A, B. (2019). Macroencuesta de Violencia contra la Mujer 2019.



El **39,4%** de las mujeres que han sufrido violencia física, sexual o psicológica de alguna pareja tienen hijos o hijas menores de edad.

El **46,1%** de las mujeres víctimas dicen que en su hogar hay algún menor de edad (hijo o hija de ellas u otro menor).

También señala que el **54,1%** de los hijos e hijas presenciaron o escucharon alguna de las situaciones de violencia sufridas por sus madres.

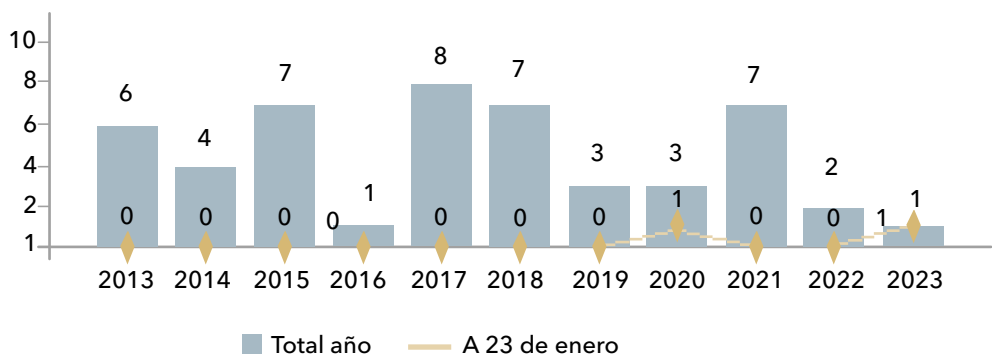
En el **89,6%** de los casos los hijos o hijas eran menores.

El **51,7%** de quienes tenían hijos o hijas menores que presenciaron o escucharon la violencia contra la madre, afirma que estos hijos o hijas sufrieron violencia a manos de la pareja violenta.

Entre el 1 de enero de 2013, primer año del que se dispone de información, y el 9 de marzo de 2023, se han confirmado 49 casos de menores asesinados por violencia de género<sup>20</sup>.

Tabla 1: Nº de menores víctimas mortales 2013-2023

TOTAL MENORES VÍCTIMAS MORTALES 2013-2023: 49



Fuente: Gobierno de España. Ministerio de Igualdad. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. (Actualización junio 2023).

El estudio llevado a cabo por María José Díaz- Aguado (2020) en el que han participado 10.465 menores entre 14 y 18 años se señala que uno de cada cuatro personas menores (24,7%) ha estado expuesto a VG contra la madre. Las situaciones más frecuentes (un 14,3%), son las de violencia psicológica: "insultar o ridiculizar" y "hacer sentir miedo".

<sup>20</sup> Boletín Estadístico Mensual Enero 2021 | Centro Virtual sobre Violencia de Género ([violenciagenero.org](http://violenciagenero.org)).

Además, se señala que tres de cada cuatro menores expuestos a esta violencia han vivido también maltrato directo por parte del hombre que maltrató a la madre. Se recoge también que las chicas muestran una mayor sensibilidad para reconocer la VG y a los chicos les resulta más difícil<sup>21</sup>.

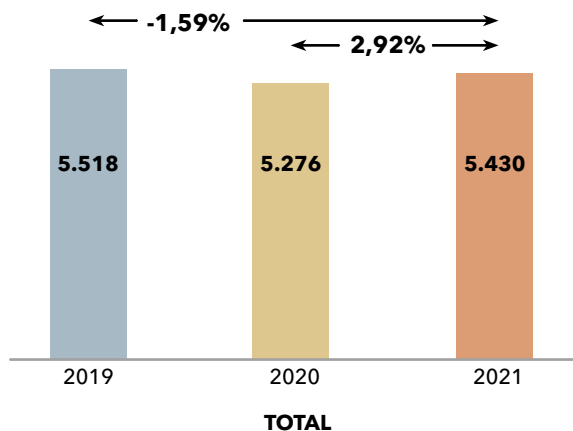
### • Euskadi

Como destaca el informe de violencia contra las mujeres. C.A. de Euskadi (Noviembre 2022) del Eustat<sup>22</sup>, la violencia machista aumenta en 2021 tras el descenso de 2020 y el número de victimizaciones llega a los 5.430 casos.

En 2020, con las restricciones derivadas de la situación de emergencia sanitaria, se produjo una disminución general de la actividad delictiva y en ese contexto hubo una disminución de los casos de violencia machista.

En 2021, en un contexto también condicionado por la situación de excepcionalidad, se observa un aumento claro y los “Delitos contra la libertad sexual” (cometidos por autores fuera del ámbito familiar) son los que más aumentan de tal modo que superan el número de casos que hubo en 2019.

**Tabla 2: Victimizaciones (nº de casos) de violencia contra las mujeres en la CAE**



Fuente: Departamento de Seguridad. Estadística de violencia de género.

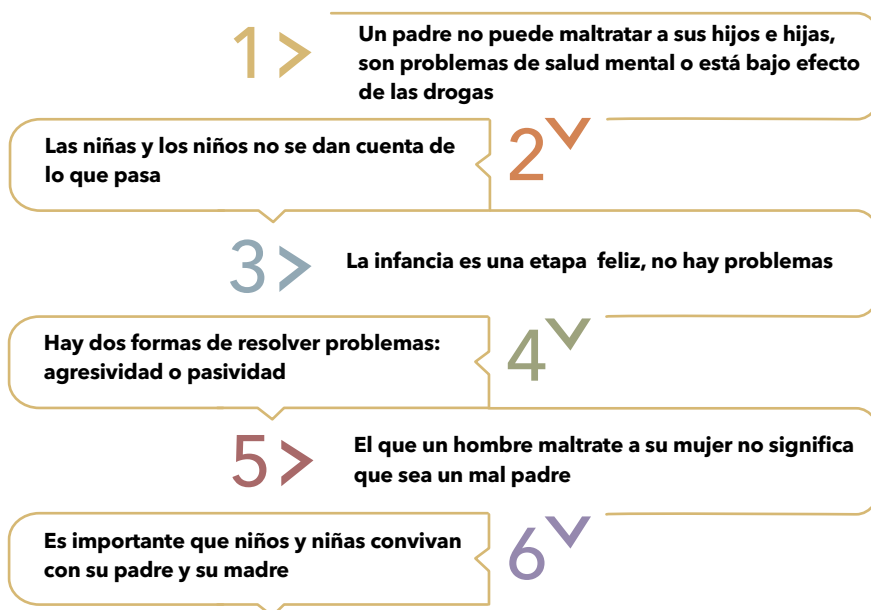
Cuando detectamos situaciones de violencia de género en las mujeres, es importante la identificación de los hijos e hijas menores que conviven en el mismo domicilio ya que el sistema sanitario tiene que identificar a estas NNA como víctimas directas y, por tanto, dar cobertura a la atención y acompañamiento también desde pediatría. De aquí la importancia de la inclusión de datos sobre niños y niñas víctimas de violencia de género en los sistemas de recogida de información dentro de Osakidetza.

<sup>21</sup> Díaz-Aguado, M. J., Martínez Arias, R., & Martín Babarro, J. (2020). Menores y violencia de género. Madrid: Ministerio de Igualdad.

<sup>22</sup> Departamento de Seguridad. Estadística de violencia contra las mujeres.

## 1.4. Mitos

Cómo se aborda en la Guía<sup>23</sup> de actuación ante la violencia de género y las agresiones sexuales, las creencias y los estereotipos se basan en ideas sexistas y patriarcales cuyo objetivo es minimizar el problema. Mediante estos mitos, se consigue normalizar la desigualdad, eliminando la sensación de gravedad, lo que dificulta la intervención ya que, al no detectarse el problema, se hace más difícil intervenir sobre él. Entre los mitos que podemos ver en la violencia de género, en relación con NNA se encuentran:



Hay que señalar el mito del Síndrome de Alienación Parental (SAP). El SAP es un constructo psico-jurídico que aparece en las disputas judiciales por la custodia de las hijas y los hijos con posterioridad, normalmente, a la aparición de denuncias por violencia machista, tanto por violencia sexual intrafamiliar como por violencia de género contra las niñas y los niños y/o sus madres. Señala que las mujeres “instrumentalizan” a sus hijos o hijas en contra del padre y propone como una solución apartarlos de sus madres para conservar a toda costa la relación con el padre.

La Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y adolescencia frente a la violencia, hace mención explícita al SAP en el art 11 “Los poderes públicos tomarán las medidas necesarias para impedir que planteamientos teóricos o criterios sin aval científico que presuman interferencia o manipulación adulta, como el llamado síndrome de alienación parental, puedan ser tomados en consideración”, y en el art 26 “En ningún caso las actuaciones para promover la crianza positiva deben ser utilizadas con otros objetivos en caso de conflicto entre progenitores, separaciones o divorcios, ni para la imposición de la custodia compartida no acordada. Tampoco debe ser relacionada con situaciones sin aval científico como el síndrome de alienación parental”.

<sup>23</sup> Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi. Departamento de Salud. Gobierno Vasco.

Así mismo, desde la Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN), se pronunciaron sobre su uso clínico, determinando que “se debe a que da una respuesta simple (y simplista) a un grave problema que preocupa y satura los juzgados de familia, facilitando argumentos pseudo-psicológicos o pseudo-científicos a los abogados de aquellos progenitores litigantes por la custodia de sus hijos”, alertando del riesgo de que el referido constructo se infiltre en los sistemas de diagnóstico internacionales. Tanto la CIE -10 como el DSM-V han rechazado su inclusión. La utilización del SAP supone la lucha de poder por la custodia de los hijos y las hijas. Es importante señalar que la OMS rechaza esta entidad.

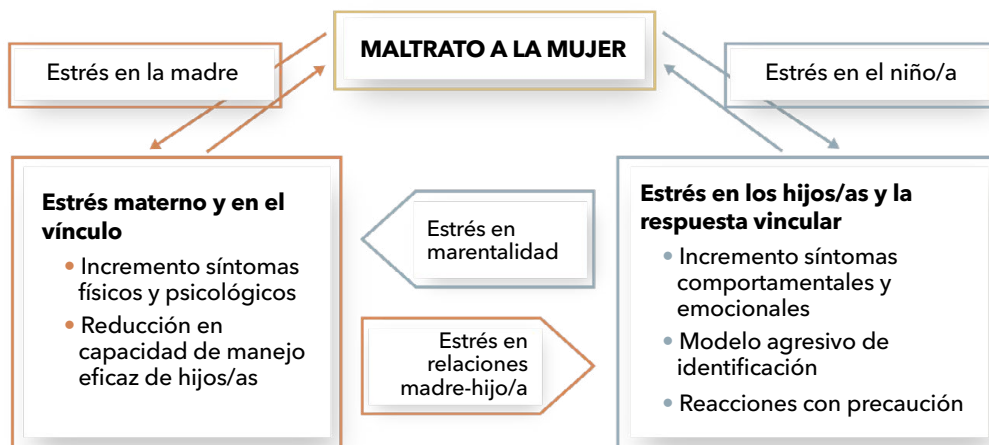
## 1.5. Constructos teóricos en la violencia

### 1.5.1. Círculo interactivo de la violencia familiar

Pedreira Massa describe el círculo interactivo<sup>24</sup> de la violencia familiar apoyándose en los estudios de Paul Breitner (1990) y Thomas Wolfe (1995), que recogen que la violencia familiar surge con la violencia de género. Las consecuencias que tiene la violencia de género en la mujer pueden condicionar los cuidados o su capacidad para proteger y cuidar a sus hijas e hijos. La vulnerabilidad de la mujer y su afectación emocional puede repercutir en las personas menores, afectar a la relación materno-filiar y a su desarrollo.

Desde la teoría del aprendizaje social se explica cómo se aprenden y transmiten las pautas de agresión de unos contextos a otros, y cómo se aprenden conductas violentas desde la observación de modelos violentos.

Figura 1: Círculo interactivo violencia familiar



Fuente: Sepúlveda (2006). La violencia de Género como causa de maltrato infantil. Cuad. Ed. Forense.

<sup>24</sup> Massa, J. L. P. (2020). Dificultades y dilemas en el peritaje de niños en los procesos de divorcio parental. Familia. Revista de Ciencia y Orientación familiar, (58), 117-132.



Los niños y las niñas que se socializan en creencias y valores machistas, esto es, en contextos en los que existen desigualdades entre hombres y mujeres, pueden aprender comportamientos de maltrato para la resolución de sus conflictos futuros<sup>25</sup>.

## 1.5.2. Modelo ecológico para la comprensión de la violencia de género en personas menores

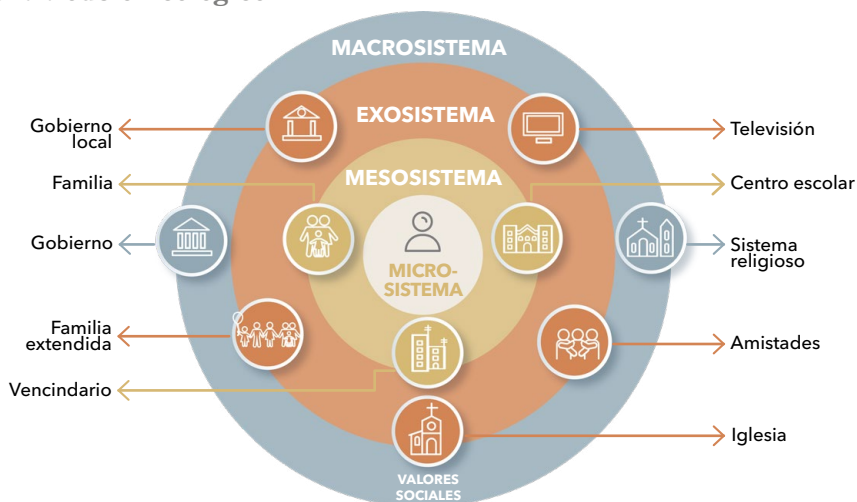
Nos basamos también en este marco, ya mencionado en la guía de actuación general, para entender la violencia de género desde el modelo planteado por Bronfenbrenner (1979). Más tarde Belsky (1993), explicaría cómo la influencia de los contextos como el contexto social y cultural y la familia influyen y explican el maltrato y el abandono infantil<sup>26</sup>.

El modelo ecológico, según la OMS, es el modelo más utilizado para entender la violencia, identificando la violencia como resultado de factores que operan en 4 niveles: individual, relacional, comunidad y sociedad. Trabajar con sinergias en todos los niveles es esencial para ofrecer apoyo y recursos.

La Estrategia Vasca contra la violencia hacia la infancia y la adolescencia 2022-25, adopta como referencia fundamental este “modelo ecológico” para intentar comprender la naturaleza multicausal de la violencia hacia NNA, ya que ayuda a identificar los innumerables factores que influyen en la violencia y a comprender cómo interactúan.

Este modelo distingue diferentes niveles que se ordenan en función de la cercanía que guardan con la persona: el individual (factores biológicos y de historia personal); el relacional (familia, amistades, pareja); el contexto comunitario (escuelas, lugares de trabajo, vecindario...); y la estructura de la sociedad (valores y normas sociales y culturales...).

Figura 2: Modelo Ecológico



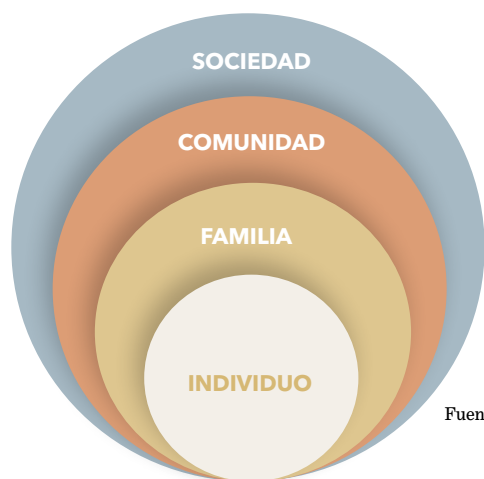
Fuente: Estrategia vasca contra la violencia hacia la infancia y la adolescencia 2022 – 2025.

<sup>25</sup> Bandura, A. (1975). Análisis del aprendizaje social de la agresión. *Emilio Ribes Iñesta y Albert Bandura (recop.), Modificación de conducta: análisis de la agresión y la delincuencia. México, Trillas.*

<sup>26</sup> Bronfenbrenner, U. (1994). Ecological models of human development. *International encyclopedia of education.*

En este modelo ecológico, algunos autores propusieron los **factores potenciadores** y los **factores protectores** que ocurren en todos los niveles de la ecología, es decir, desde el microsistema al macrosistema. Se consideran factores potenciadores, aquellos que incrementan la probabilidad de maltrato, y factores protectores o compensatorios aquellos que reducen el riesgo de maltrato. Así cuando ocurre el maltrato, los factores potenciadores sobrepasan a los factores compensatorios. Es decir, a partir de este modelo ecológico se pueden estudiar las causas y consecuencias del maltrato infantil, así como los mecanismos de riesgo y factores protectores implicados<sup>27</sup>.

**Figura 3: Factores de riesgo y factores de protección desde el modelo ecológico**



Fuente: Cicchetti, y Rizley, 1981; Belsky 1983.



<sup>27</sup> Cicchetti, D., & Lynch, M. (1993). Toward an ecological/transactional model of community violence and child maltreatment: Consequences for children's development. *Psychiatry*, 56.

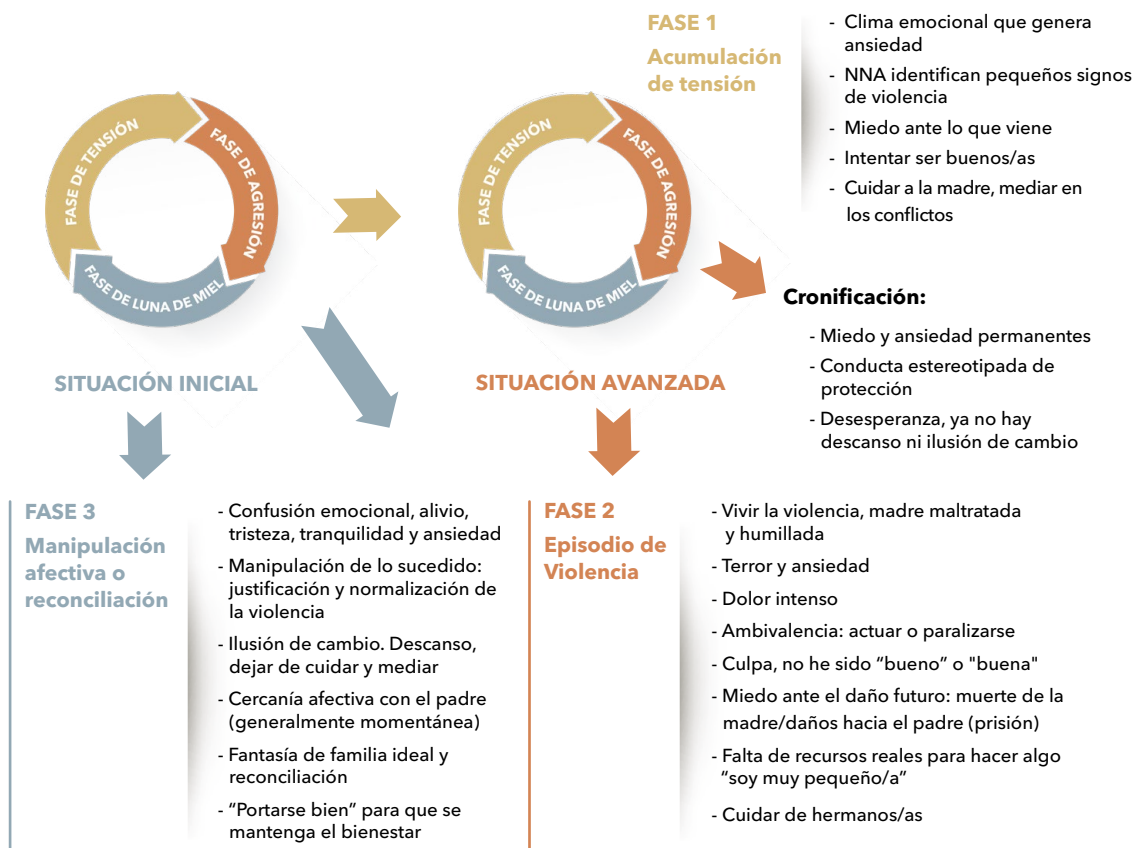
### 1.5.3. El ciclo de violencia en personas menores en situación VG

Leonore Walker (1979) acuñó la teoría del ciclo de la violencia, según la cual existen tres fases:

1. Acumulación de tensión, a la que se le acompaña un incremento de peligro.
2. Explosión-estallido de violencia o fase aguda de agresión.
3. Calma, reconciliación o “luna de miel”, donde existe un arrepentimiento cariñoso por parte del maltratador.

Esta teoría señala cómo, durante la fase de tensión y agresión, las NNA perciben el clima emocional que se instala en una relación<sup>28</sup>. El ciclo se va repitiendo, cronificando la situación, con los hijos e hijas viviendo en una situación de terror, en la que no son sólo espectadores, sino que van a experimentar posicionamientos según el momento del ciclo de la violencia que está viviendo la madre, y posicionándose de manera diferente según las etapas, de manera que pueden sentir culpa, rabia, empatía<sup>29</sup>.

Figura 4: Ciclo de violencia



Fuente: Modificado de Walker, L. 1979 y Lizana, R 2012.

<sup>28</sup> Walker, L. (1979). The Battered Woman. New York: Harper and Row.

<sup>29</sup> Holden, G.W. (2003). Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse: Terminology and Taxonomy. Clinical Child and Family Psychology Review 6, 151-160.

A continuación, se explican las diferentes fases del ciclo de la violencia, enfocando los estadios en los que también se pueden encontrar los hijos y las hijas:

- **Fase de tensión:** Durante esta fase NNA perciben el clima emocional entre el padre y la madre, pueden vivir un ambiente de miedo, angustia o terror. Se intensifican los insultos, humillaciones, que pueden llevar a la madre a estados de ansiedad y depresión. Perciben todas estas situaciones<sup>30</sup> desde muy corta edad, situándose en un estado de hipervigilancia y alerta, para identificar los signos hacia la fase de agresión<sup>31</sup>. En esta fase los maltratadores pueden amenazar a la mujer con llevarse a los y las menores, en caso de que la mujer quiera irse o denunciar.
- **Estallido violencia o fase de agresión:** Durante esta fase pueden presenciar la violencia que se ejerce contra la madre o también percibirlo con los gritos, rotura de objetos a la que pueden estar directamente expuestos.  
  
En esta fase suelen tratar de atraerse la atención tanto del padre como de la madre, incluso proteger a hermanos/as menores o cuidar a la madre.
- **Fase de perdón o luna de miel:** En la que el agresor pide perdón, pero culpabilizando a la madre, por lo que NNA puede encontrarse en un estado de confusión. En esta fase el agresor suele adoptar conductas de afectividad hacia la mujer y esto puede confundir a NNA, al pensar que la situación va a cambiar. Sin embargo, vuelven a descubrir que el ciclo de la violencia se repite, hasta su cronificación.

#### 1.5.4. Rueda de poder y control

El Modelo de Duluth descarta las teorías que intentaban patologizar la conducta de los hombres que ejercían violencia contra la mujer y ponía en el centro, como origen de estas violencias, el deseo de poder y el control. Sugiere que los maltratadores quieren mantener el dominio sobre su pareja mediante el abuso psicológico, control de las actividades, del tiempo o del movimiento, de manera que la violencia física es un último recurso<sup>32</sup>.

En investigaciones llevadas a cabo, se evidencia que las personas menores son conscientes de estas conductas controladoras por parte de los padres maltratadores<sup>33</sup>.

A su vez, muchas veces se les utiliza como instrumentos para controlar a la mujer, o se les involucra con el fin de dañar a la mujer tanto física como emocionalmente incluso para obtener información sobre ella. En este estudio también se encuentran

---

<sup>30</sup> Lizana Zamudio, R. (2015). Problemas psicológicos en niños y niñas víctimas de la violencia de género en la pareja estudio de casos en madres y sus hijos e hijas que asisten a programas de ayuda especializada. Universitat Autònoma de Barcelona.

<sup>31</sup> Lizana Zamudio, R. (2015). Problemas psicológicos en niños y niñas víctimas de la violencia de género en la pareja estudio de casos en madres y sus hijos e hijas que asisten a programas de ayuda especializada. Universitat Autònoma de Barcelona.

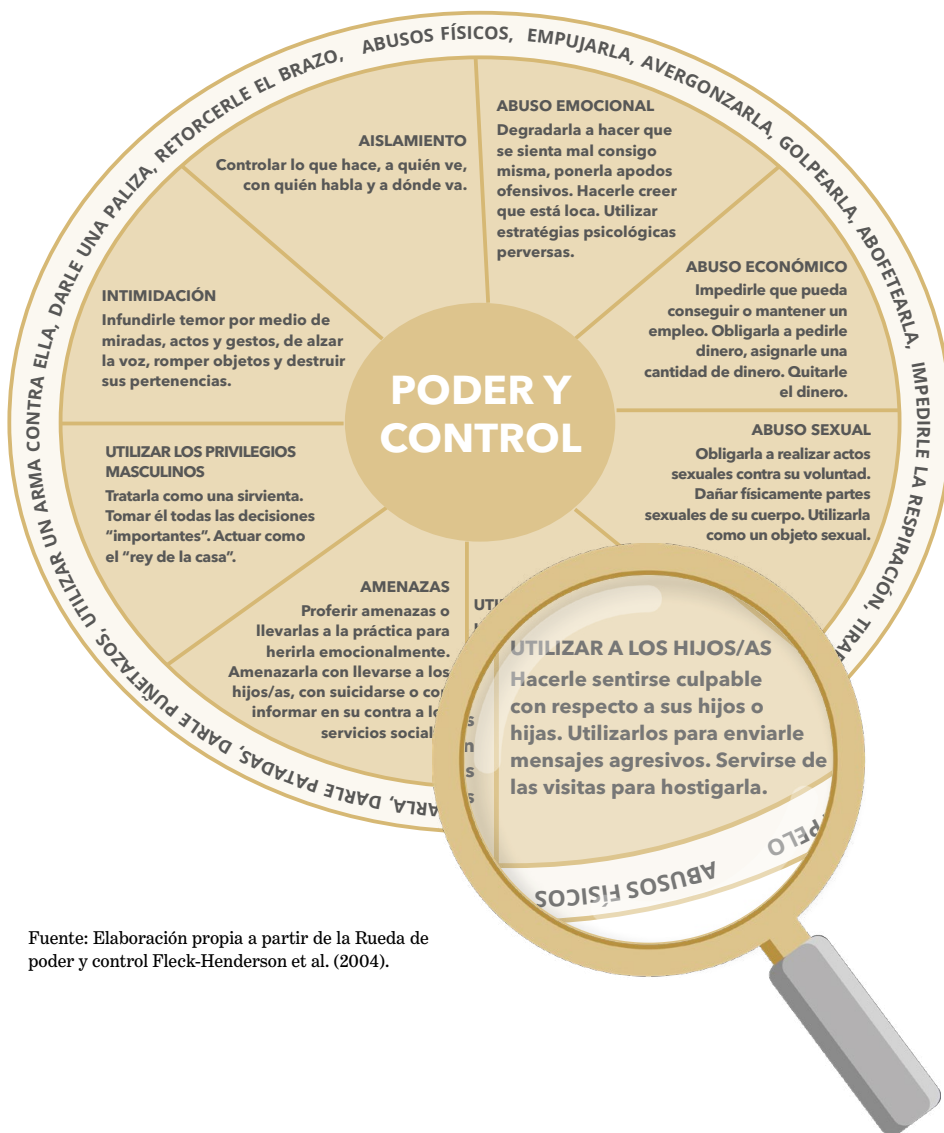
<sup>32</sup> Westmarland, N., & Kelly, L. (2013). Why extending measurements of 'successes in domestic violence perpetrator programs matters for social work. *British Journal of Social Work*, 43(6), 1092-1110.

<sup>33</sup> Callaghan, J., & Alexander, J. (2015). Understanding agency and resistance strategies (UNARS): children's experiences of domestic violence.

ejemplos de maltratadores que alientan a los niños y las niñas a golpear a su madre o a llevar a cabo acciones de aislamiento, chantaje, vigilancia y acecho<sup>34</sup>.

El padre maltratador también intentará minar la autoridad de la madre alentando a las hijas e hijos a cuestionarla. Intentarán dañar el respeto por su madre, lo que dificultará el que haya rutinas en el día a día, un círculo en el que la madre comienza a sentir que las relaciones con sus hijas e hijos son estresantes, infelices y que están fuera de control<sup>35</sup>. Así el modelo de poder y control, combinado con el modelo ecológico desde una perspectiva de género son elementos trascendentales para entender no solo la violencia hacia la mujer sino también a sus hijos e hijas.

Figura 5: Rueda de poder y control



Fuente: Elaboración propia a partir de la Rueda de poder y control Fleck-Henderson et al. (2004).

<sup>34</sup> Gill, A., Radford, L., Barter, C., Gilchrist, E., Hester, M., Phipps, A., ... & Rummery, K. (2012). *Violence against women: Current theory and practice in domestic abuse, sexual violence and exploitation*. Jessica Kingsley Publishers.

<sup>35</sup> Bancroft, L., & Silverman, J. G. (2002). Assessing risk to children from batterers. Available at Violence Against Women website. [http://www.vawnet.org/assoc\\_files\\_vawnet/risktochildren.pdf](http://www.vawnet.org/assoc_files_vawnet/risktochildren.pdf).

### 1.5.5. Teoría del apego

El vínculo que establece la persona menor con sus progenitores o figuras de referencia es fundamental para entender también sus comportamientos y actitudes. En situaciones de violencia de género se dan circunstancias que no facilitan un apego sano y seguro debido a los constantes conflictos que se producen y que alteran la seguridad.

Bowlby distingue entre<sup>36</sup>:

- Concepto de apego cuando el niño o la niña está dispuesta a buscar la proximidad y el contacto.
- Conducta de apego es una forma de comportamiento que tiene como resultado el logro o la conservación de la proximidad con otra persona a la que considera mejor capacitada para enfrentarse al mundo.

Los tipos<sup>37,38,39</sup> de apego que se pueden establecer son:

- a) Apego seguro:** se sienten a gusto con la madre.
- b) Apego evitativo:** evitan o ignoran a la madre.
- c) Apego ambivalente:** comparten características de los dos anteriores estilos.
- d) Vínculo desorganizado:** se caracteriza por una relación amenazante en la que las personas cuidadoras tienen un comportamiento impredecible con las hijas y los hijos.

Uno de los factores de protección más importantes es la existencia de un vínculo o apego seguro con la madre u otras personas que se ocupen de la persona menor<sup>40</sup>. Si las figuras de apego son figuras de apoyo y de protección, desarrollarán un modelo relacional confiado y seguro. En situaciones de violencia de género, en cambio, se dan circunstancias que no facilitan un apego sano y seguro. Se ha encontrado que hasta el 50% de las criaturas en una muestra de madres que habían sido víctimas de violencia de género desarrollaban posteriormente “vínculos desorganizados”.

En una relación sana entre el padre y el hijo o hija, es necesario que éste pueda brindarle seguridad y apoyo a su autonomía y autoestima. Además, un buen vínculo padre e hijo o hija debe brindar apoyo y sostén a las funciones de la

---

<sup>36</sup> Bowlby, J. (1989). The role of attachment in personality development and psychopathology.

<sup>37</sup> McLeod, S., & Bowlby, J. (2008). Mary Ainsworth. *Retrieved May, 4, 2014*.

<sup>38</sup> Gayá-Ballester, C., & Molero-Mañes, R., y Gil-Llario, M. (2014). Desorganización del apego y el trastorno traumático del desarrollo (TTD). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3 (1).

<sup>39</sup> Main, M., & Solomon, J. (1990). Procedures for identifying infants as disorganized/disoriented during the Ainsworth Strange Situation. *Attachment in the preschool years: Theory, research, and interventio*.

<sup>40</sup> Guerrero, R. (2023). Educación emocional y apego. Sentir Editorial.

madre, de manera que exista confianza y acuerdo en las normas y límites que contengan afectivamente el desarrollo de la persona menor. En situaciones de violencia de género el hombre pone en práctica estrategias de manipulación, culpabilización y sometimiento hacia el resto de integrantes de la familia, pone en duda el criterio de la mujer delante de sus hijas e hijos, de manera que se muestran inconsistencias entre ambos progenitores ante las personas menores.

En la infancia las estrategias de afrontamiento son limitadas y necesitan la protección de las personas adultas ante actuaciones de daño, como es el estrés.

Así las personas menores que han sufrido VG no han podido organizarse para responder de una forma regular y característica en la relación con sus personas cuidadoras. Estos niños y niñas cuando crecen, pueden no poseer la suficiente seguridad afectiva como para desarrollar estrategias consistentes para afrontar el estrés o cualquier situación adversa<sup>41</sup>. Así los diferentes estilos que se desarrollarán en la infancia, se pueden mantener en la edad adulta. Las relaciones vinculares juegan un importante papel en el despliegue de la red social que posteriormente desarrollará cada menor en diferentes ámbitos (escuela, familia, comunidad,...)<sup>42</sup>.

#### 1.5.5.1. MARENTALIDAD

La violencia ejercida hacia las mujeres perjudica a la **marentalidad**, entendida ésta como el vínculo afectivo entre la madre y sus hijas e hijos, de tal manera que el maltratador puede intentar interferir en este vínculo responsabilizándola de ser mala madre, y de infringir daños a sus hijos e hijas<sup>43</sup>.

La VG, tiene repercusiones en el rol materno, ya que implica la merma de las habilidades marentales. El rol de cuidadora puede dañarse por el maltrato recibido con consecuencias como el estrés, ansiedad, depresión, etc. y esto puede repercutir a la hora de que la mujer pueda poner límites a las necesidades de sus hijos e hijas, o no satisfacerlas adecuadamente por el impacto de la violencia machista<sup>44</sup>.

A menudo las mujeres tienen un intenso sentimiento de culpa cuando se dan cuenta del impacto que la violencia tiene en sus hijas e hijos. Además, el sentimiento de vergüenza, miedo o la percepción de sentirse juzgadas, puede obstaculizar la solicitud de ayuda a los servicios sociales, a su entorno o sus profesionales de la salud<sup>45</sup>.

---

<sup>41</sup> Carrasco, M., & González, J. (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, 4(2), 7-38.

<sup>42</sup> Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2022). Enhancing the “broaden-and-build” cycle of attachment security as a means of overcoming prejudice, discrimination, and racism. *Attachment & Human Development*, 24(3), 260-273.

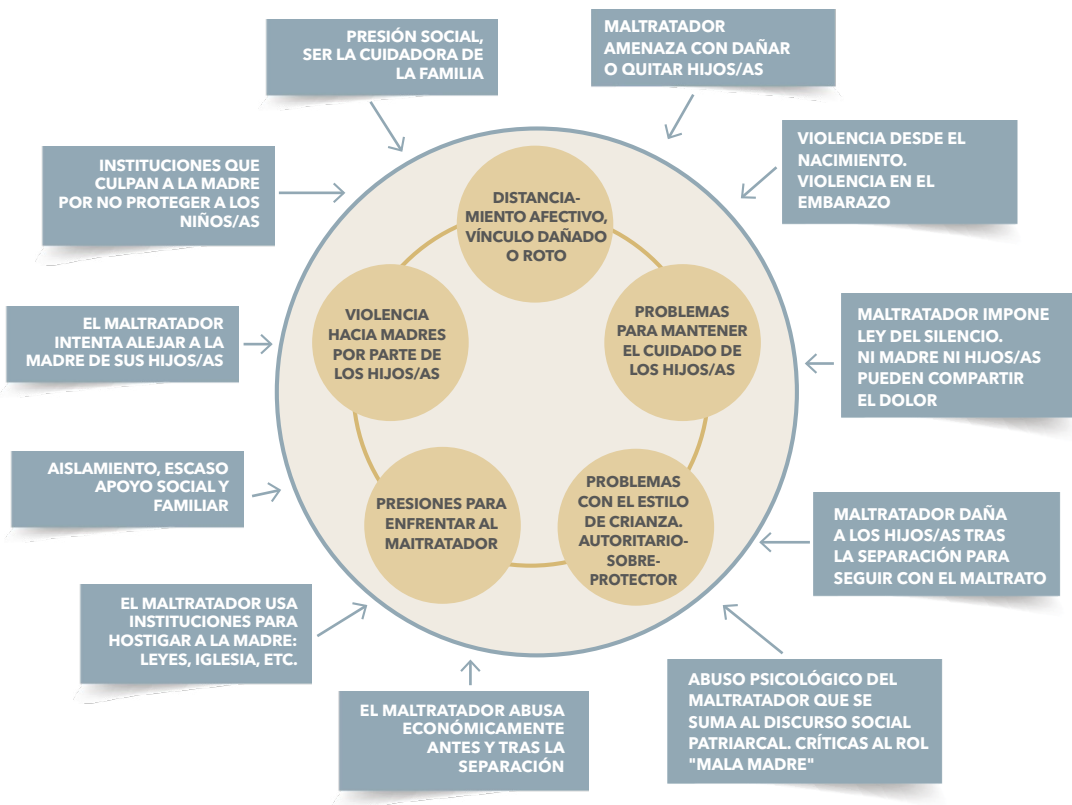
<sup>43</sup> Lizana, R. (2012). *A mí también me duele. Niños y niñas víctimas de la violencia de género en la pareja*. Barcelona: Gedisa. (170-187).

<sup>44</sup> Holt, S., Buckley, H., & Whelan, S. (2008). The impact of exposure to domestic violence on children and young people: A review of the literature. *Child abuse & neglect*, 32(8), 797-810.

<sup>45</sup> Plaza, M., & Espinosa, L. M. C. (2015). El impacto de la violencia de género en la maternidad: entrevistas en profundidad para reflexionar sobre las consecuencias y la intervención. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*.

Las madres pueden perder la confianza en sí mismas; se pueden aislar e iniciar o aumentar conductas de riesgo como son el consumo de alcohol, uso abusivo de medicamentos, otras sustancias adictivas... Este problema se puede ver incrementado cuando no exista una independencia económica que pueda ayudar a la mujer a romper con el maltratador, ya que la capacidad de resiliencia se va mermando<sup>46</sup>.

Es por ello importante identificar junto con la mujer, las dificultades que tienen en el ejercicio del rol parental, y establecer estrategias que den la oportunidad a la madre de salir de la violencia y de iniciar un proceso de recuperación de habilidades, así como respecto a la crianza.



Fuente: Adaptado de Lizana.

De todo ello se desprende que al proteger<sup>47</sup> los derechos de las mujeres víctimas de VG estamos protegiendo a su vez los derechos de sus hijos e hijas, y que la intervención debe ser conjunta requiriendo de acciones específicas adaptadas a las necesidades infantiles.

<sup>46</sup> Barudy, J., Dantagnan, M., Comas, E., & Vergara, M. (2014). *La inteligencia maternal* (Vol. 100619). Editorial Gedisa.

<sup>47</sup> de Manuel Vicente, C. Ampliando nuestra mirada hacia los hijos y las hijas expuestos a la violencia de género.



## 1.6. Consecuencias de la violencia de género en las hijas e hijos

A finales de las décadas de los 80 aparecieron publicaciones y se iniciaron investigaciones acerca de los efectos perjudiciales en la salud y desarrollo de las personas menores que vivían en hogares donde había violencia de género. Sin embargo, el abordaje de las consecuencias que la exposición a esta violencia tiene sobre ha tardado en considerarse prioritario. Las consecuencias de la VG para los hijos y las hijas son amplias, como se desarrolla a lo largo de esta guía: secuelas físicas, problemas psico-emocionales, síntomas depresivos, síndrome de estrés postraumático, y de comportamiento<sup>48</sup>.

En nuestro entorno la repercusión de la VG en las NNA ha sido invisibilizada, centrándose las investigaciones y recursos principalmente en las mujeres víctimas. Una muestra de esto es que no se recogían en las estadísticas.

La macroencuesta sobre violencia de género, elaborada por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, incorporó por primera vez la pregunta sobre la existencia de hijos e hijas expuestos a VG en el año 2011. En el año 2013 dicho Ministerio incorporó en los datos estadísticos sobre violencia de género las víctimas mortales menores de edad.

Como señalan los informes realizados en el año 2006 y 2011 por Save the Children, “En la violencia de género no hay una sola víctima”, sino que hay que atender también a los niños y niñas víctimas de la violencia de género, ya que la exposición a ésta en el hogar tiene un impacto negativo en su bienestar y desarrollo y supone además una transgresión de sus derechos. Poniendo en evidencia el déficit en los recursos en la atención a NNA víctimas de violencia de género.

Holden<sup>49</sup> desarrolla una clasificación con diferentes formas de exposición a la violencia.



<sup>48</sup> Ayllon, E., Orjuela, L. y Román, Y. (coords.) (2011). *En la violencia no hay una sola víctima. Atención a los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género*. Madrid: Procrea. Save the children.

<sup>49</sup> Holden, G.W. (2003). Children Exposed to Domestic Violence and Child Abuse: Terminology and Taxonomy. *Clinical Child and Family Psychology Review* 6, 151-160.

**Tabla 3: Exposición a la violencia de género de hijos e hijas**

<b>EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO DE HIJOS E HIJAS</b>	
<b>TIPO DE EXPOSICIÓN</b>	<b>DEFINICIÓN</b>
<b>PERINATAL</b>	Violencia física o psicológica hacia la mujer durante el embarazo
<b>INTERVENCIÓN</b>	Intenta hacer o decir algo para proteger a la víctima
<b>VICTIMIZACIÓN</b>	Es objeto de violencia psicológica o física en una agresión a la madre
<b>PARTICIPACIÓN</b>	Obedece al agresor, vigilando, insultando a la madre
<b>SER TESTIGO PRESENCIAL</b>	Ve directamente las agresiones físicas y verbales
<b>ESCUCHA</b>	Escucha las discusiones y peleas, por ejemplo desde otra habitación
<b>OBSERVACIÓN DE CONSECUENCIAS INMEDIATAS A LA AGRESIÓN</b>	Ve moratones y heridas, objetos y mobiliario rotos, presencia de extraños (sanitarios, policía, etc.), reacciones emocionales intensas en adultos
<b>SUFRE LAS SECUELAS</b>	Derivadas de la afectación emocional o física de la madre
<b>ESCUCHAR SOBRE LO SUCEDIDO</b>	Oye conversaciones entre adultos
<b>DESCONOCIMIENTO</b>	No conoce lo que ha ocurrido porque sucede en su ausencia o lejos de la residencia familiar

Fuente: Holden Holden, G. W. (2003). Children exposed to domestic violence and child abuse: Terminology and taxonomy. Clinical child and family psychology review, 6.

### 1.6.1. Etapa prenatal

Todo embarazo en una mujer que sufre malos tratos se considera de alto riesgo por suponer un aumento de la morbimortalidad materna y perinatal. La violencia en mujeres embarazadas puede suponer graves consecuencias para el desarrollo del feto y para la criatura recién nacida, además de las consecuencias físicas y psicológicas para la madre. Debemos tener en cuenta que la gestación, como cualquier cambio vital, suele ser un momento clave para el inicio de una situación de violencia de género o para que ésta se haga más manifiesta.

Desde el punto de vista de los y las profesionales sanitarios es importante saber que el embarazo puede ser un momento propicio para sensibilizar y detectar posibles situaciones de maltrato, dado que la violencia puede aumentar y, además, las mujeres tienen un seguimiento de salud más constante, tanto para

ellas como para el feto. De ahí que la atención a la preconcepción, embarazo, parto y puerperio se considere una oportunidad única, pues posiblemente sea el momento vital donde más contacto tiene una mujer sin patologías con el sistema sanitario, por lo que es importante crear en las consultas de matrona y obstetricia espacios donde la mujer se pueda expresar con confianza y se sienta segura<sup>50</sup>.

Las repercusiones de la violencia ejercida contra la gestante y el feto son variadas, ya que dependen del momento de gestación, tipo de maltrato, frecuencia y tiempo de exposición. La violencia de género durante el embarazo se ha asociado a un aumento del riesgo de aborto espontáneo, muerte perinatal, parto pretérmino y bajo peso al nacer.

Las consecuencias de sufrir violencia de género durante el embarazo pueden ser<sup>51</sup>:

- **Directas:** derivadas de los mecanismos directamente relacionados con un trauma en el abdomen de la mujer embarazada o relacionadas con traumatismos o violencia sexual (pe: desprendimiento de placenta, contracciones uterinas, rotura prematura de membranas, infecciones genitourinarias, corioamnionitis).
- **Indirectas:** derivadas de los problemas de salud y los comportamientos que pueden tener las mujeres embarazadas que sufren violencia de género tanto por violencia física, sexual o psicológica<sup>52</sup>.

## 1. Cambios comportamentales de la mujer

- Adopción de hábitos no saludables. Consumo de sustancias tóxicas: alcohol, tabaco y drogas.
- Nutrición inadecuada y poca ganancia ponderal durante la gestación.
- Puede haber una hiperfrecuentación de consultas o un control prenatal inadecuado. Inicio tardío del control de la gestación y mal control del mismo. El hecho de que la mujer no acuda a las consultas o inicie los cuidados prenatales más tarde de lo establecido pone en riesgo la salud del feto y puede provocar complicaciones en el embarazo.

Puede que la mujer tenga dificultades para salir de casa porque se lo impida el agresor. En otras ocasiones es la víctima la que no acude a las revisiones para ocultar lesiones debidas a la situación de violencia.

---

<sup>50</sup> Benito, A., & Nuin, B. (2017). Guía del embarazo, preconcepción, parto y puerperio saludable. San Sebastián: Vitoria-Gasteiz.

<sup>51</sup> Juez, M. C. V., Aguilar, Á. C., & de las Heras, S. M. Guía de actuación ante la violencia de género durante el embarazo.

<sup>52</sup> Pastor-Moreno, G., Rui-Pérez, I., Henares-Montiel, J., Escribà-Agüir, V., Higuera-Callejón, C., & Ricci-Cabello, I. (2020). Intimate partner violence and perinatal health: a systematic review. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology*, 127(5).

## 2. Consecuencias psicológicas

- La depresión prenatal y postparto se identifican como la alteración mental más común tras sufrir violencia de género en el embarazo, que puede llegar a ser muy grave. La mujer puede llegar incluso a tener pensamientos obsesivos e ideas vinculadas con la lesión de su propio hijo/hija, ya que puede considerar el embarazo como la causa del maltrato.
- Otras de las alteraciones y trastornos de conducta más frecuentemente reportados es el trastorno de estrés postraumático (TEPT). Cuando el TEPT está asociado a la violencia de género, las mujeres pueden percibir la maternidad como una amenaza para su integridad física y los procedimientos ginecológicos frecuentemente reactivan la sintomatología.
- Estrés, angustia, baja autoestima, ideas de inutilidad, agotamiento psíquico, trastornos del sueño, irritabilidad y labilidad emocional son otras de las repercusiones psicológicas que puede manifestar también la víctima de violencia de género. Además los niveles elevados de estrés en torno al embarazo, conllevan desregulaciones del sistema nervioso autónomo y del eje hipotálamo-pituitario-adrenal<sup>53, 54</sup>. Hay muchos estudios y líneas de investigación que relacionan el estrés materno, la ansiedad y la depresión con la alteración en el desarrollo y en la estructura del cerebro en formación.

Tras el parto puede además verse afectada la calidad de la relación madre-bebé. Algunos estudios relacionan la experiencia de haber vivido violencia de género durante el embarazo con una peor percepción de la maternidad y aún mayor riesgo de desarrollar un apego inseguro<sup>55</sup>.

Las mujeres que sufren violencia de género tienen más probabilidad de no iniciar lactancia materna, mayor tasa de abandono de la lactancia antes de las cuatro semanas y menor duración de la lactancia materna exclusiva<sup>56</sup>.

---

<sup>53</sup> Wu, Y., Lu, Y. C., Jacobs, M., Pradhan, S., Kapse, K., Zhao, L. & Limperopoulos, C. (2020). Association of prenatal maternal psychological distress with fetal brain growth, metabolism, and cortical maturation. *JAMA Network Open*, 3(1).

<sup>54</sup> Glover, V. (2021). The effects of maternal prenatal stress on fetal and child development—An evolutionary perspective. *The Oxford Handbook of Evolutionary Psychology and Parenting*, 189.

<sup>55</sup> Huth-Bocks, A. C., Levendosky, A. A., Theran, S. A., & Bogat, G. A. (2004). The impact of domestic violence on mothers' prenatal representations of their infants. *Infant Mental Health Journal: Official Publication of the World Association for Infant Mental Health*, 25(2), 79-98.

<sup>56</sup> Donovan, B. M., Spracklen, C. N., Schweizer, M. L., Ryckman, K. K., & Saftlas, A. F. (2016). Intimate partner violence during pregnancy and the risk for adverse infant outcomes: a systematic review and meta-analysis. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynecology*, 123(8), 1289-1299.

## 1.6.2. Infancia y adolescencia

La presencia de experiencias adversas en la infancia, como es la exposición a la violencia de género, desencadena un estrés crónico<sup>57</sup>.

Las consecuencias funcionales de los cambios estructurales en el SNC a consecuencia del estrés, son precursoras de las dificultades posteriores en la atención, el comportamiento impulsivo y aspectos del funcionamiento ejecutivo, en la capacidad lingüística y cognitiva, en habilidades socioemocionales y en cómo afrontan y se adaptan a los problemas de su entorno.

La violencia de género afecta directamente, además, a las pautas de crianza porque el propio sufrimiento de las madres puede dificultar su disponibilidad emocional<sup>58</sup>. La depresión y la baja autoestima que se genera en la mujer víctima de violencia de género pueden restar seguridad y asertividad en las tareas de crianza. Dentro de un contexto familiar en el que se producen situaciones de violencia de género se desarrollan diferentes mecanismos que dañan la relación materno-filial<sup>59</sup>.

Las pautas de crianza de las madres en situación de maltrato pueden ser muy cambiantes según la ausencia o presencia de la pareja. Cuando los estilos de crianza son contradictorios, la sintomatología de los niños y niñas es más aguda<sup>60</sup>.

El sentimiento de seguridad de un niño o niña, depende de la seguridad de su vínculo con sus figuras de apego tempranas y la calidad de estas relaciones sirve como modelo de relación en su vida adulta. Los NNA víctimas de violencia de género pueden responder a la ira del adulto con alto grado de estrés y a la vez tienden a ser más agresivos que sus iguales, como se señala desde Save the Children.

Los efectos que provoca la exposición a este tipo de violencia dependen de diversas variables, es la consecuencia de distintos factores de riesgo y factores de protección que pueden estar relacionadas con:

- Características de la violencia: tipología, intensidad, cronicidad.
- Características de la persona menor: edad, etapa de desarrollo en que se produce, vulnerabilidad, grado de exposición.
- Relación de la persona menor con la víctima y con el agresor.
- Presencia de otros factores estresantes en la familia que agraven la situación, como precariedad económica, consumo de tóxicos, exclusión social...
- Factores de protección como el apoyo que ejerza la figura materna, el entorno familiar y la red social sobre el niño o la niña.

---

<sup>57</sup> Shonkoff, J. P., Garner, A. S., Committee on Psychosocial Aspects of Child and Family Health, Committee on Early Childhood, Adoption, and Dependent Care, and Section on Developmental and Behavioral Pediatrics, Siegel, B. S., Dobbins, M. I., Earls, M. F., ... & Wood, D. L. (2012). The lifelong effects of early childhood adversity and toxic stress. *Pediatrics*, *129*(1), e232-e246.

<sup>58</sup> Marques-Feixa, L., Palma-Gudiel, H., Romero, S., Moya-Higueras, J., Rapado-Castro, M., Castro-Quintas, Á., ... & Fañanás, L. (2023). Childhood maltreatment disrupts HPA-axis activity under basal and stress conditions in a dose-response relationship in children and adolescents. *Psychological medicine*, *53*(3).

<sup>59</sup> Levendosky, A. A., Bogat, G. A., Huth-Bocks, A. C., Rosenblum, K., & von Eye, A. (2011). The effects of domestic violence on the stability of attachment from infancy to preschool. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, *40*(3), 398-410.

<sup>60</sup> López, L., Perdiges, A., Plaza, M., & Belmar, M. (2006). Manual de atención a los niños y niñas víctimas de violencia de género en el ámbito familiar. *Save the children, Madrid*.

**Tabla 4: Efectos de la exposición a la violencia de género**

<b>EFFECTOS DE LA EXPOSICIÓN A LA VIOLENCIA DE GÉNERO</b>
<b>LACTANTES Y NIÑOS PEQUEÑOS</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Dificultades para dormir</li><li>• Problemas en la alimentación</li><li>• Llanto excesivo</li><li>• Trastorno del vínculo</li><li>• Retraso en el desarrollo psicomotor</li></ul>
<b>PRESCOLARES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Problemas de conducta</li><li>• Comportamiento agresivo</li><li>• Ansiedad de separación, miedos</li><li>• Comportamientos regresivos: enuresis/encopresis, chuparse el dedo</li><li>• Alteraciones del sueño terrores nocturnos, pesadillas, miedo a dormir solo</li><li>• Síntomas de estrés postraumático</li></ul>
<b>ESCOLARES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Problemas de atención. Hiperactividad</li><li>• Problemas emocionales, sentimientos de vergüenza y culpa, baja autoestima, pobres habilidades sociales</li><li>• Problemas de conducta</li><li>• Bullying/comportamiento agresivo</li><li>• Rendimiento escolar deficiente</li><li>• Quejas somáticas (dolor abdominal, cefalea)</li><li>• Parentalización de los niños y niñas:<ul style="list-style-type: none"><li>- Asumir roles parentales y protectores hacia los hermanos menores</li><li>- Asumir roles parentales de protección con la madre</li></ul></li></ul>
<b>ADOLESCENTES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Consumo problemático de alcohol, consumo de sustancias ilegales</li><li>• Abandono escolar</li><li>• Incapacidad para relacionarse, baja autoestima</li><li>• Depresión y ansiedad o trastorno de estrés postraumático</li><li>• Conductas violentas</li><li>• Desórdenes alimentarios, comportamiento suicida y daño auto infligido</li><li>• Promiscuidad sexual, ITS, embarazo adolescente</li><li>• Parentalización de los y las adolescentes</li></ul>
<b>GENERALES</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Muerte por homicidio o como consecuencia de interponerse entre la mujer y el agresor</li><li>• Daños y lesiones</li><li>• Mayor tolerancia a la violencia como respuesta a los conflictos</li></ul>

Fuente: Intimate partner violence: Childhood exposure. UpToDate: Feb 2021 y Save the children España: 2011.

Muchas personas menores en esta situación intentan dar poca importancia a la violencia a la que están o han estado expuestas como un modo de protegerse del dolor que ello les causa. Los sentimientos y pensamientos acerca de la experiencia pueden llegar a ser fragmentados y desorganizados y tener dificultad para darle un sentido o explicación a lo que ocurre.

### 1.6.3. Edad adulta

El estrés relacionado con esas experiencias adversas está asociado con un mayor riesgo de enfermedades crónicas en la edad adulta como enfermedad cardiovascular, diabetes, obesidad o cáncer. El mecanismo que explica estos resultados es la adopción de factores de riesgo vinculados con el comportamiento, tales como el tabaquismo, consumo perjudicial del alcohol, etc. pero también por mecanismos fisiológicos (desregulación del sistema nervioso autónomo, respuesta inflamatoria)<sup>61</sup>.

### 1.6.4. Otras consecuencias

#### HIJOS E HIJAS DE MUJERES ASESINADAS

El duelo posterior a la muerte de la madre es muy complejo, en términos de entender e integrar lo sucedido<sup>62</sup>. Se trata de una situación traumática severa que causa daños profundos que permanecen en el tiempo. Los huérfanos y huérfanas quedan en una situación de especial vulnerabilidad. Aparte de la ruptura traumática del fundamental vínculo afectivo con su madre, a veces han sido testigos del suceso o se han quedado a solas con el cuerpo de la madre, y en ocasiones también son testigos del suicidio del agresor.

Como consecuencia de estas situaciones, presentarán más tendencia a precisar asistencia médica bien de manera urgente o reglada por una mayor predisposición a padecer: estrés postraumático, alteración en el control de esfínteres, alteración de la conducta o sueño, sentimientos de ira, rabia, fenómenos de flashback, o disociaciones<sup>63</sup>.

Su situación social también puede cambiar (domicilio, colegio, amistades) y esto puede dificultar la adaptación a su nueva etapa.

---

<sup>61</sup> The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D et al. Lancet Public Health 2017; 2: e356-66.

<sup>62</sup> Zamudio, R. L. (2012). *A mí también me duele: Niños y niñas víctimas de la violencia de género en la pareja*. Editorial Gedisa.

<sup>63</sup> Gancedo Baranda A, editor (2021). Manual para la atención a situaciones de Maltrato Infantil. Madrid: Editorial Grupo 2 Comunicación Médica.







## 2. Procesos de actuación con los niños, niñas y adolescentes en situación de violencia de género

La relación de confianza existente entre el personal sanitario y paciente, nos sitúa en una posición privilegiada para:

- La prevención de la VG y sus consecuencias.
- La detección de situaciones de violencia.
- La ayuda a las mujeres y sus hijos e hijas a disminuir el impacto de la violencia.

Todas las mujeres y NNA en algún momento de su vida, accederán a un centro sanitario para ser atendidas, sea por enfermedad sea en programas preventivos de salud como es el embarazo o el Programa de Salud Infantil... Además debido al impacto que la violencia tiene en sus vidas, algunas de estas NNA y mujeres acudirán con mayor frecuencia a los servicios sanitarios, como consecuencia de la situación que viven.

En muchas ocasiones, los servicios de salud serán el primer contacto con los servicios de atención a las víctimas de VG. En este sentido es la Atención Primaria un lugar privilegiado para detectar y acompañar este tipo de procesos, siempre que se den las condiciones de longitudinalidad necesaria. Pero no podemos olvidar que cualquier contexto asistencial (atención urgente, consulta externa hospitalaria, consulta de salud mental u hospitalización) puede ser una oportunidad para poner encima de la mesa un problema que afecta sobremanera a la salud de las mujeres y sus hijos e hijas.

Por tanto, cualquier profesional de salud tiene un papel relevante a la hora de acoger y facilitar la entrada en el circuito de atención, recuperación y reparación de las violencias machistas. La práctica sanitaria es una oportunidad para hacer visible la violencia machista y revertir la tendencia a invisibilizarla y naturalizarla.

A pesar de esto, el infradiagnóstico en el sistema sanitario es una constante y, aunque ha ido aumentando la identificación en este espacio, los datos, como alerta la OMS, son bajos. Entre las causas que podemos argumentar está que los diferentes estudios a nivel internacional no han dado la suficiente atención a los hijos e hijas, pasando desapercibidas u olvidadas las consecuencias que la violencia contra la mujer tiene en en la infancia<sup>64</sup>.

---

<sup>64</sup> González García, N. (2019). El rol de los profesionales sanitarios en la visibilización de la violencia de género: un estudio en atención primaria y especializada.

Al infradiagnóstico se suma que en muchos casos la detección se realiza con una importante demora. Ante esta situación es necesario implementar medidas que favorezcan una intervención temprana, para lo que se requiere:

- a) La formación de todo el personal de salud al margen de la categoría o ámbito profesional al que pertenezca. La habilidad de cada profesional para detectar y dar una respuesta adecuada puede ayudar a cambiar la situación de NNA y sus madres, aun siendo conscientes de que es difícil abordar este problema de salud ya que las víctimas no suelen hablar espontáneamente<sup>65</sup>.
- b) Sensibilización en cuanto a que la VG no tiene consecuencias exclusivamente en la mujer, sino que afecta a toda la familia e incluye a las personas menores que conviven en esta situación. Las y los profesionales sanitarios debemos, por lo tanto, tener una visión global que integre a toda la familia, asegurando que tanto los y las NNA como la mujer reciban una atención adecuada. Las mujeres víctimas y sobrevivientes necesitan espacios de recuperación y reparación como mujeres, pero también como madres, y la rehabilitación de los vínculos con sus hijos e hijas.

En la CAE, el Departamento de Salud y Osakidetza presentaron en junio de 2019 la “Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi”. El objetivo de esta guía es sensibilizar al personal de salud implicándoles en la detección precoz de casos de VG en nuestro contexto y establecer una herramienta de trabajo que contribuya a homogeneizar los criterios de intervención profesional desde el ámbito sanitario. Ofrece estrategias comunes, conocimiento, orientaciones y recursos para que los y las profesionales de la salud ofrezcan una atención integrada a las mujeres que sufren este problema y puedan, así, enfrentarlo. La elaboración de la presente guía complementa la anterior con el objetivo de mejorar la prevención, la detección y la atención a los hijos e hijas de las mujeres que sufren violencia de género.

Tratar a NNA víctimas de VG como un tipo más de maltrato infantil sin abordarlo junto a la violencia sufrida por la madre, es un error. Hasta ahora la mayoría de las investigaciones e intervenciones se han centrado en las mujeres y en hijos e hijas por separado. Sin embargo, se sabe que la VG puede tener como consecuencia el incremento de otros tipos de violencia.

En los sistemas de atención a las mujeres e hijos e hijas, este vínculo no siempre se ha traducido en un modelo de atención integral. Es preciso establecer elementos de relación eficaces entre el abordaje de la VG y de la Protección a la Infancia desde todos los ámbitos institucionales.

---

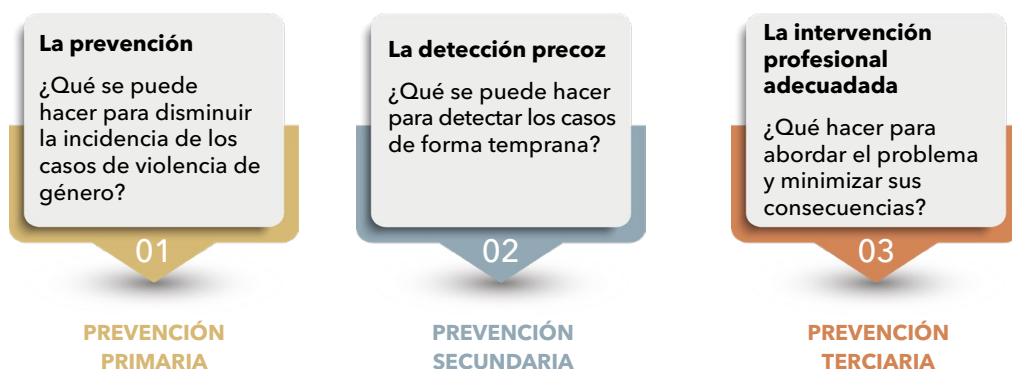
<sup>65</sup> Blanco Prieto, P., & Ruiz-Jarabo, C. (2002). La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud. *Asociación para la defensa de la sanidad pública de Madrid*.

Para avanzar en el proceso de recuperación, NNA necesitan el acompañamiento de una persona adulta con la que mantengan un estrecho vínculo afectivo y que, en este ámbito, implica validar nuevamente la figura de la mujer que ejerce como madre.

La protección de las personas menores debe ir, por lo tanto, unida a la protección y empoderamiento de la mujer. Las mujeres víctimas de violencia de género necesitan espacios de recuperación como mujeres y como madres y la rehabilitación de los vínculos con sus hijas e hijos. Este rol activo de ayuda y apoyo a las otras víctimas (personas menores) es muy importante para una mujer que ha perdido la sensación de control de su propia vida.

Por lo tanto, el reto del abordaje de este problema pasa por una intervención global, interdisciplinar e interinstitucional, que considere a los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia de género como titulares de derechos y no solo como sujetos de protección.

Tal y como se recoge en la Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi, en este contexto hay que considerar al sistema de salud fundamental en tres niveles de actuación:



El conjunto de profesionales de la salud está implicado en poder colaborar en estos tres niveles de actuación, tanto en el ámbito de la Atención Primaria como en Salud Mental y Atención Hospitalaria.

De la intervención en estos tres niveles de actuación trata este apartado de la presente guía.

### La prevención

¿Qué se puede hacer para disminuir la incidencia de los casos de violencia de género?

01

## 2.1. Prevención primaria

La prevención primaria se refiere a las estrategias de prevención y promoción de la salud para reducir la aparición de nuevos casos, así como las actitudes y conductas sexistas en la población.

### ¿Qué se puede hacer para disminuir la incidencia de los casos de violencia de género?

La VG es un problema social y de salud pública de causa multifactorial que requiere crear conciencia en el conjunto de la sociedad. La prevención primaria de esta violencia de fuerte arraigo social, basada en la jerarquía hombre-mujer, es un reto social, y los valores en torno a la igualdad y empoderamiento progresivo de las mujeres constituyen, por tanto, la meta hacia la que la prevención primaria debe mirar. La naturalización y normalización de la violencia como una forma más de relación y de control en nuestra sociedad, dificulta la detección y abordaje de las violencias de baja intensidad, leves y cotidianas<sup>66</sup>.

a) Desde el sistema de salud debemos colaborar en este doble reto social: la eliminación de actitudes sexistas y la no aceptación de la normalización de la violencia.

- **Eliminación de las actitudes sexistas:** La violencia hacia las mujeres es estructural porque el orden social está basado en el privilegio masculino. A este orden social se le llama patriarcado o dominación masculina y se traduce en diversas formas de desigualdad de género y que en su extremo se expresa en formas de maltrato, abuso y violencia hacia las mujeres.

Es indispensable trabajar por la igualdad real de mujeres y hombres para construir una sociedad libre de violencia sexista. El objetivo 5 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) fijados en la Agenda 2030 menciona que es necesario conseguir la igualdad entre los géneros, no sólo como derecho humano fundamental, sino como base necesaria para lograr un mundo pacífico, próspero y sostenible.

- **La no aceptación de la normalización y naturalización de la violencia en nuestra sociedad.** El uso de la violencia está aceptado como una forma más de control, en especial el uso de la violencia de “baja intensidad”.

En lo que respecta con la violencia específica hacia NNA hay dos elementos centrales que cabe tener muy presentes: por un lado, la dependencia física, emocional y social de las personas menores de edad y, por otro, la desigualdad de poder existente entre el binomio persona adulta/persona menor, basado en el sistema adultocentrista de nuestra sociedad<sup>67</sup>.

<sup>66</sup> García, N. G. (2019). *El rol de los profesionales sanitarios en la visibilización de la violencia de género: un estudio en atención primaria y especializada* (Doctoral dissertation, Universidad de Oviedo).

<sup>67</sup> Idem. Estrategia Vasca de Infancia

La erradicación de este problema pasa por conseguir un cambio social profundo que transforme las estructuras que sustentan esta violencia. Cambio que pasa por promover la Cultura de Buen Trato en la sociedad que asegure modelos de convivencia basados en los derechos humanos, la igualdad de género y la no violencia.

En este sentido, el abordaje preventivo de la violencia precisa de actuaciones con perspectiva de género, feminista y de los derechos de la infancia y adolescencia tanto a nivel individual, como a nivel relacional (familia, amistades, pareja...), en el contexto comunitario y en la estructura de la sociedad (valores y normas sociales y culturales...), como propone el Modelo Ecológico citado anteriormente.

**b) Ejes de intervención desde el modelo ecológico.**

**Figura 7: Factores asociados a la violencia de género. Modelo Ecológico**



Los y las profesionales de salud deberíamos formarnos para poder colaborar en la prevención primaria de la VG. Asimismo, tal y como se recoge en estudios, este personal es en el que más confían las mujeres y es recomendable que sepa formular preguntas sobre VG en los diferentes niveles mencionados<sup>68</sup>:

- a) **La consulta individual/familiar:** en las consultas a demanda y las de diferentes programas preventivos podemos identificar situaciones de especial vulnerabilidad y contribuir a cambios de actitudes, promover estilos de crianza favorables, educación afectiva sexual...
- b) **Actividades grupales de educación para la salud:** en los grupos de preparto y postparto, de lactancia materna, educación sexual y afectiva en centros escolares... pueden abordarse temas como el buen trato en la pareja, las relaciones igualitarias, la sexualidad y la violencia.
- c) y d) **Intervención comunitaria/social:** desde un modelo de intervención donde se establecen vínculos entre diferentes entidades sociales, instituciones y las comunidades la actuación de los servicios de salud, principalmente desde atención primaria.

Tiene **tres ejes básicos:**

1. Colaborar con otros agentes comunitarios, sobre las consecuencias que tiene en la salud la violencia contra las mujeres, en la infancia y el papel que desempeña el personal de salud.
2. Participar en diferentes acciones que ponen en marcha otras instituciones y entidades sociales, especialmente relacionadas con las situaciones de especial vulnerabilidad.
3. Colaborar con actuaciones en el ámbito escolar para favorecer modelos coeducativos como forma de prevención contra la violencia machista.

### Los aspectos a abordar:

Dentro de los aspectos relevantes en el abordaje comunitario en esta población podríamos destacar:

1. **Identificar** a los niños y las niñas y las familias en situación de especial vulnerabilidad o que necesitan apoyo. Hay que contemplar las situaciones de especial vulnerabilidad de mujeres que sufren VG descritas en la “Guía de atención de profesionales de la salud ante la VG y las agresiones sexuales en Euskadi” y las situaciones de vulnerabilidad en la que niños, niñas y adolescentes pueden encontrarse.

<sup>68</sup> Rodríguez-Blanes, G. M., Vives-Cases, C., Miralles-Bueno, J. J., San Sebastián, M., & Goicolea, I. (2017). Detección de violencia del compañero íntimo en atención primaria de salud y sus factores asociados. *Gaceta Sanitaria*, 31, 410-415.

Entre dichas situaciones destacan:

- a. Tener una discapacidad.
- b. Tener de cero a tres años.
- c. El origen racial, étnico o nacional diverso.
- d. Una situación de desventaja económica.
- e. El pertenecer al colectivo LGTBI, tener una orientación o identidad de género diversa.
- f. La experiencia migratoria, ser solicitante o beneficiario/a de protección internacional o temporal.
- g. Carecer de cuidados parentales o estar en riesgo de perderlos (las causas de vulnerabilidad citadas están mencionadas en el Artículo 2.3.b de la LOPJM y en el Artículo 5.4 de la LOPIVI).

**2. Intervenir** sobre los estilos de crianza con el objetivo de promover el buen trato y el ejercicio de la crianza positiva. En las actividades de educación para la salud de las sesiones de preparto y de postparto, en los talleres de lactancia materna... pueden abordarse temas como el buen trato en la pareja, la sexualidad, la igualdad y la violencia de género.

**3. Educación Afectivo- Sexual a NNA:** intervención en consulta y en el medio educativo.

Desarrollar un modelo de educación afectivo sexual urge en una sociedad en la que el acceso a internet desde edades muy tempranas está suponiendo que la pornografía y las redes sociales están sirviendo como vía para aprender sobre sexualidad. Esto está teniendo un impacto en las creencias, prejuicios y expectativas en las relaciones sexuales y suponen una influencia que no fomenta la igualdad. La intervención necesita ir orientada a fomentar un modelo afectivo-sexual basado en valores como: Igualdad, Diversidad y los buenos tratos (respeto, empatía, responsabilidad), contribuyendo a contrarrestar el imaginario sexual que presenta la pornografía actual<sup>69</sup>. Se estima que en la CAE un 90,4% de chicos y un 51,4% de chicas reconoce visitar páginas de contenidos sexuales, como se identifica en el informe “Desinformación Sexual de Save the Children-Anexo Euskadi”. El consumo de la pornografía comienza, de media, a los 12 años; una pornografía que los propios jóvenes identifican como violenta. Sin una educación sexual integral desde edades tempranas, construyen su imaginario sexual en base a modelos irreales y prácticas violentas, marcados por el sexismo y aislados de la parte afectiva.

---

<sup>69</sup> Fernández, D. F., Suárez, M. R., & Beltrán, I. G. (2021). Materiales para la educación sexual en espacios no formales: el Consejo de la Mecedá d'Asturies. *Magister*, 11-16.



Se trata de ofrecer a NNA conocimientos y herramientas que les permitan reconocer y detectar la violencia más normalizada en sus relaciones afectivo-sexuales y que les ayuden a reconocerse como agresores y como víctimas, entendiendo que la violencia sexual no es un problema individual, sino cultural y social.

La sensibilización ante las múltiples formas de violencia sexual contra la infancia, la educación de NNA para su autoprotección y la adecuada formación de profesionales que trabajan desde distintos ámbitos con menores de 18 años para la detección temprana de estas situaciones, son los ejes vertebradores de las intervenciones en este sentido. Es importante conocer también los síntomas y los comportamientos asociados con la violencia de género en parejas de adolescentes.

Como parte del trabajo del personal de salud (medicina, enfermería, matronas, trabajo social...) la educación afectivo-sexual requiere:

- La introducción de la perspectiva de género e interseccional en cualquiera de las actividades.
- La promoción de la autoestima. Intervenir desde una perspectiva igualitaria e inclusiva, favoreciendo el buen trato, el autoconocimiento, la capacitación en valores y habilidades para la vida, fomentando la capacidad de decisión de la persona menor y el concepto del consentimiento<sup>70</sup>.

En las consultas de pediatría en el marco del Programa de Salud Infantil se debe abordar el desarrollo sexual saludable y asesorar sobre cómo prevenir la violencia sexual.

#### **4. La incorporación de los hombres como objetivo específico como señala Luis Bonino:**

*“Es necesario dirigirse a todo el colectivo masculino, en tanto todos los hombres, de una u otra manera, por acción, omisión, complicidad, o indiferencia, son parte del problema de la existencia de la violencia de género, y, por tanto, tienen que ser parte de la solución. Entre las intervenciones con hombres, las de prevención primaria que procuran implicarlos en la igualdad de género y en la lucha contra la violencia de género cobran un lugar especial: el desarrollo de nuevas masculinidades o forma de entender su rol”<sup>71</sup>.*

---

<sup>70</sup> de la Cruz Martín-Romo, C. (2021). La sexualidad del adolescente con discapacidad en consulta.

<sup>71</sup> Bonino Méndez, L. (2008). Hombres y violencia de género: Más allá de los maltratadores y de los factores de riesgo. *Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales.*

**La detección precoz**

¿Qué se puede hacer  
para detectar los casos  
de forma temprana?

02

## 2.2. Prevención secundaria. Búsqueda activa de casos

La prevención secundaria se refiere a estrategias dirigidas a hacer un diagnóstico precoz e iniciar intervenciones de manera temprana en casos de violencia de género.

### ¿Qué se puede hacer para detectar los casos de forma temprana?

La estrategia recomendada es la búsqueda activa de casos para aumentar la detección, por lo que es clave la sensibilización y formación del personal de salud que posibilite contemplar la violencia como un factor presente en las consultas, con atención especialmente a los grupos más vulnerables.

Se sabe que el diagnóstico precoz de violencia de género en los servicios sanitarios disminuye la morbilidad y mortalidad que se asocian a la violencia<sup>72</sup>.

Cuando una mujer esté viviendo una relación de maltrato, y en el caso de que tenga hijas e hijos en edad de asistencia pediátrica, es importante la coordinación entre profesionales que atienden a la mujer y quienes atienden a sus hijos e hijas. Esto favorece una valoración global y seguimiento de la repercusión del impacto de la violencia.

Experimentar violencia en la infancia temprana aumenta, además, el riesgo de victimización posterior y la acumulación de experiencias violentas. Esto refuerza la importancia de reconocer y prevenir la violencia contra los niños y niñas tan temprano como sea posible<sup>73</sup>. La exposición a la violencia se considera como un factor precursor de otros tipos de maltrato infantil y su identificación o la intervención sobre una mujer que está experimentando una situación de maltrato por parte de su pareja o expareja, se valora como un medio eficaz para prevenir el abuso y negligencia sobre las niñas y los niños<sup>74</sup>.

**La detección precoz** es la llave para facilitar una intervención temprana que pueda reducir daños. En toda situación de violencia existen una serie de signos, señales, indicios, indicadores actitudes o comportamientos que pueden pasar desapercibidos si no se tiene la formación adecuada para identificarlos y que pueden orientar sobre una posible situación de violencia.

Esta identificación puede ser resultado de la observación directa de profesionales, por la información que ofrecen terceras personas o porque la mujer o NNA lo verbalizan.

<sup>72</sup> Berkowitz, C. D. (2004). Domestic violence: a pediatric concern. *Pediatrics in review*, 25(9), 306-311.

<sup>73</sup> Tarragona Oriols, M. J. (2016). *Historia de victimización materna y su impacto sobre la salud mental de los menores en entornos de violencia de pareja*. Universitat Autònoma de Barcelona.

<sup>74</sup> Czalbowski, S. (2011). Hijos e hijas de las mujeres víctimas de violencia de género: ¿qué pasa con los hijos y las hijas? Las víctimas invisibles de la violencia de género. *In Perspectivas de la violencia de género* (pp. 201-220).

La detección precoz se fundamenta en:

- a) Saber reconocer indicadores de sospecha de violencia. Anexo 3.
- b) Preguntar en esos casos: la entrevista clínica para la detección de maltrato.

### 2.2.1. Indicadores de sospecha

Los indicadores de una posible situación de VG los podemos detectar en los hijos e hijas, en la mujer, en la relación de pareja o expareja y en el comportamiento en relación a la crianza. Los indicadores de sospecha se enumeran en el anexo 3.

#### a) En los hijos e hijas

Los síntomas que se presentan pueden ser muy generales o inespecíficos. Dentro de los factores estresantes que pueden causarlos, debemos considerar que la persona menor esté expuesta a VG como una posibilidad. Es decir, cuando presenta problemas funcionales, emocionales o de conducta debemos pensar también en una posible situación de violencia de género. A su vez deberemos indagar sobre otros procesos que causan malestar en las personas menores, como pueden ser procesos de divorcio, abusos sexuales, consumo de drogas o alcohol, bullying, acoso, depresión u otros motivos.

#### b) En la mujer

Tal y como se recoge en la “Guía para profesionales de la salud ante la VG y las agresiones sexuales en Euskadi” en el marco de las consultas/servicios en las que es atendida la mujer-madre víctima de VG hay que tener en cuenta que existen situaciones que incrementan la sospecha en las que hay que mantener una actitud especialmente de búsqueda.

#### c) Observación en la relación de la pareja

Observar la relación y la manera de comunicarse de la pareja en la consulta también nos puede hacer sospechar: los hombres especialmente dominantes<sup>75</sup>, en particular los que contestan a todas las preguntas y no desean dejar a la mujer a solas con las y los profesionales sanitarios, o quienes hacen comentarios para descalificar a las madres o su capacidad para la crianza, nos deben poner en alerta<sup>75</sup>.

#### d) De comportamiento en relación a la crianza

La frecuentación a las consultas, el grado de adherencia a los tratamientos pautados o la conducta de los progenitores en las consultas nos pueden hacer sospechar.

---

<sup>75</sup> Berkowitz, C. D. (2004). Domestic violence: a pediatric concern. *Pediatrics in review*, 25(9), 306-311.

## 2.2.2. Preguntar: la entrevista clínica para la detección de maltrato

Salvo excepciones (fundamentalmente el grado de madurez de NNA), es preferible no hacer una entrevista de búsqueda activa de violencia de género a la persona menor de edad sino a la madre. La bibliografía consultada<sup>76, 77, 78</sup> señala que se debe orientar a evitar la repetición del relato por parte de las víctimas y que la entrevista se debe realizar por profesionales con formación específica en VG en personas menores para evitar una victimización secundaria.

Si las personas profesionales que atienden a NNA sospechan una situación de VG, se recomienda contactar inicialmente con los y las profesionales de referencia de la madre para indagar si se trata de una situación que ya están trabajando, y así evitar revictimizar a la mujer.

Hay que considerar que es posible que para entonces algunas mujeres ya hayan realizado un trabajo interno de cuestionamiento de la relación, incluso tomado decisiones y contactado con servicios de ayuda, por lo que es clave prestar atención al momento del proceso de cambio en que se encuentran (ver modelo de Prochaska y DiClemente en la Guía General) y las ayudas que ya se hayan activado, con el fin de no cometer errores en la intervención. Se acordará con sus profesionales de referencia la continuidad conjunta de la asistencia.

En caso de que no sea una situación conocida por sus profesionales de referencia y ante la sospecha, se deberá concertar una cita con la madre e indagar al respecto.

1. Ante la sospecha se recomienda preguntar a los y las profesionales de la mujer. Informarse sobre el proceso de cambio en el que se encuentra.
2. Concertar una cita a solas con la mujer.

### ¿Cómo iniciar la entrevista con la mujer?

- a) Ante todo, el manejo en consulta de una situación de sospecha exige preguntas precisas de un extremado respeto por la mujer.

<https://www.osakidetza.euskadi.eus/guia-de-actuacion-ante-la-violencia-de-genero-y-las-agresiones-sexuales-en-euskadi/webosk00-procon/es/>

<sup>76</sup> Elorriaga, E. A., & Horno, P. (2022). Pautas de actuación en casos de abuso y explotación sexual de niños, niñas y adolescentes en Euskadi. *Boletín de la Sociedad Vasco-Navarra de pediatría= Euskal Herriko Pediatria Elkartearen aldizkaria*, (123), 47-49.

<sup>77</sup> MacMillan, H. L. (2006). *Child Maltreatment: A "what to Do" Guide for Professionals who Work with Children: Overview Paper*. National Clearinghouse on Family Violence.

<sup>78</sup> Sánchez, L. S. (2015). Resiliencia en violencia de género. Un nuevo enfoque para los/las profesionales sanitarios/as. *Journal of Feminist, Gender and Women Studies*, (1).

- b) Existen modelos de preguntas facilitadoras (ANEXO 3- “Guía de Actuación para profesionales de la Salud ante la Violencia de Género y las Agresiones Sexuales en Euskadi) pero cada profesional debe buscar aquellas con las que se encuentre más cómodo o cómoda y se realice de forma natural.

Como ejemplo pueden servir frases como:

*“La violencia es habitual en la vida de muchas mujeres. Es algo que me preocupa. Suelo preguntar a todas las mujeres y madres que atiendo en la consulta acerca de la violencia en su casa”.*

*“Me preocupa esto que te está pasando/que le está pasando a tu hija/o ¿qué tal van las cosas por casa? ¿qué tal la relación de pareja?”.*

- c) Cuando preguntemos acerca de una posible situación de VG, la confidencialidad y la seguridad de las personas menores y de la mujer deben ser una premisa fundamental. El espacio de consulta debe asegurar la confidencialidad para poder facilitar la expresión lo más libre que se pueda.
- d) Dedicando el tiempo que cada situación precisa. El factor tiempo tiene sus limitaciones en las consultas y se debe gestionar con destreza en cada situación para abordar las cuestiones claves y dejar otras para otro momento o profesional.
- e) Desde un abordaje directo y sin eufemismos que contemple la violencia como un escenario posible abordable en el contexto clínico.
- f) No preguntaremos si hay otro adulto presente, tampoco si hay personas menores. La entrevista se debe realizar, preferentemente, a solas con la madre, (impacto de oír lo que la madre cuenta, o que más tarde transmita inadvertidamente la conversación sobre la violencia de género al agresor). Escuchar el relato de la madre también puede ser un tipo de maltrato contra las personas menores.
- g) No se debe realizar la entrevista a la madre por teléfono ni dejar mensajes en el buzón de voz, para evitar que el agresor o terceras personas lo descubran.
- h) Debemos ser sensibles a la cultura, etnia y convicciones de la mujer, ya que pueden tener una profunda influencia en la disposición de las mismas para abordar y reconocer su condición de víctimas.

## **¿Cómo realizar la entrevista a una persona menor?**

A pesar de que es preferible hacer la entrevista a la madre en caso de sospecha de VG, puede que se valore realizar una entrevista a la persona menor en el contexto de valoración de una situación de desprotección o signos y síntomas de malestar.

En este caso, se debe intentar:

- a) Hacerla a solas, sin el acompañamiento de la persona adulta, para evitar que se sienta cohibida.
- b) Hacer preguntas generales y abiertas que incluyan el colegio, las amistades, la familia e ir dirigiendo las preguntas según su respuesta.  
Por ejemplo:
  - “¿Cómo te encuentras últimamente?”
  - “Últimamente pareces preocupado/a, ¿quieres que hablemos de ello?”
  - “¿Cómo te sientes cuando tu padre y tu madre se enfadan?  
¿Qué sueles hacer?”
- c) La entrevista se realizará en un entorno amigable y de confianza, para que pueda explicarse espontáneamente, respetando sus tiempos de respuesta. Escucharemos atentamente lo que nos cuente evitando expresar nuestros propios puntos de vista o sentimientos.
- d) En ningún caso se deben sugerir las respuestas.
- e) Dejaremos claro que la consulta es un espacio seguro al que puede acudir a hablar, o pedir ayuda siempre que quiera.
- f) En caso de que revele cualquier situación de maltrato o abuso, le haremos saber que ha hecho bien en contarlo.

Como se ha mencionado en otros apartados en los diferentes contextos sanitarios se puede y se debe detectar posibles situaciones de violencia de género. Por su especificidad se hace una mención especial a la atención en el embarazo y atención perinatal y a las consultas de salud mental infanto-juvenil.

## **ATENCIÓN EN EL EMBARAZO Y ATENCIÓN PERINATAL**

Los hallazgos en las investigaciones<sup>79</sup> apuntan a que el embarazo es uno de los momentos claves en los que se inicia o aumenta la violencia de género. Además, ésta no sólo impacta en la salud de la madre sino también en el desarrollo pre y postnatal de sus hijos e hijas.

El seguimiento del embarazo, por lo tanto, debe contemplar la detección de indicadores de sospecha (anexo 3).

El embarazo en una mujer que está sufriendo maltrato, se debe considerar un embarazo de ALTO RIESGO, y hacer el seguimiento correspondiente, tanto físico como psicosocial.

---

<sup>79</sup> Hirigoyen, M. F. (2006). Mujeres maltratadas. Barcelona: Paidós.

La violencia machista puede dificultar además las tareas de crianza posterior por condicionar el estado emocional de la mujer, unido a la sobrecarga a la que se va a ver sujeta. El maltratador en ocasiones va a interponerse y dificultar el establecimiento del vínculo de apego entre la madre y su bebé. En el postparto el maltratador puede intentar restringir la capacidad de la madre para amamantar, ocuparse de la criatura, etc., exigiendo mayor atención a expensas de sus hijas e hijos.

Ejemplos de ello pueden ser:

- **“Estás obsesionada con el niño, ya no tienes tiempo para nada más”.**
- **”No me prestas suficiente atención”.**
- **Llamarla para que cuando está realizando una tarea, haga otra.**

La estancia hospitalaria, la consulta con la matrona tras el parto, los grupos de postparto y lactancia materna, así como las primeras citas de atención pediátrica son espacios que permiten observar y abordar el apego, la vinculación madre o padre/bebé. Los servicios de pediatría también son espacios de oportunidad para la detección precoz de síntomas de depresión postparto, sobre todo en el primer año debido a la frecuentación en la atención<sup>80</sup>.

Aunque como se cita en la Guía general, no existe un claro consenso respecto a la recomendación de hacer un uso universal del cribado (screening) en contextos sanitarios, creemos que ante el especial riesgo que supone el embarazo se debería sistematizar preguntas test en esta etapa.

## CONSULTA SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

Los estudios obtenidos en comparación con el resto de la población apoyan la idea de que NNA en situación de violencia de género presentan una serie de problemas conductuales y emocionales graves como son ansiedad/depresión, retraimiento, quejas somáticas o agresividad. La influencia negativa en la salud mental de las personas menores de edad que esta situación de estrés crónico provoca, desencadena o acelera cualquier tipo de problema psicológico, siendo frecuente la coexistencia de problemas emocionales y de conducta. Estos problemas pueden permanecer a pesar del cese de la convivencia con el agresor.

Los equipos de salud mental infanto-juvenil tienen un importante papel en la detección de situaciones de violencia de género.

---

<sup>80</sup> Chaudron, L. H., Szilagyi, P. G., Kitzman, H. J., Wadkins, H. I., & Conwell, Y. (2004). Detection of postpartum depressive symptoms by screening at well-child visits. *Pediatrics*, 113(3), 551-558.

Se contemplan dos escenarios:

- Paciente ya en seguimiento en el Centro de Salud Mental de Niños, Niñas y Adolescentes (CSMNA): es fundamental tener siempre en cuenta la posibilidad de que exista una situación de violencia en el entorno familiar. Habrá que prestar especial atención ante la aparición de nuevos síntomas, o a un empeoramiento de la patología de base. En los dispositivos de salud mental infanto-juvenil se realiza habitualmente un abordaje integral con la participación activa de la familia, lo que permite un conocimiento profundo de las dinámicas familiares y posibilita la detección de violencia.
- Paciente derivado/a desde otro servicio (por lo general Atención Primaria, pero también llegan casos desde Servicios Sociales, Servicios de Urgencias...) por problemas emocionales o de conducta. Habrá que tener siempre en cuenta la posibilidad de violencia en el entorno familiar como causa de los síntomas, dentro del diagnóstico diferencial.





## 2.3. Prevención terciaria

Se refiere a las acciones encaminadas a dar respuesta y acompañamiento a las víctimas de una situación de VG y garantizar la integridad y seguridad de las personas menores con el fin de reducir secuelas. Las acciones se plantean no solo con las madres víctimas sino también con sus hijos e hijas. A pesar de ello, hay que tener en cuenta que en ocasiones la identificación y la intervención se harán fundamentalmente con la mujer.

### ¿Qué hacer para abordar el problema y minimizar sus consecuencias?

Una vez que el caso ha sido detectado, se establece un protocolo de actuación que permite proceder de una forma estructurada y homogénea para asegurar un proceso de atención adecuado y una minimización de las consecuencias de la violencia, teniendo en cuenta que se deben atender las necesidades de la mujer y de sus hijas e hijos de forma integral.

Se propone una **Actuación Inicial Básica** a desarrollar por el personal de salud que detecta el caso y una **Actuación de Apoyo y Seguimiento**, reservada para profesionales de referencia que pueden hacer una valoración y plan de acción a más largo plazo.

Nuestra actuación deberá adaptarse a las necesidades individuales de cada familia y cambiará dependiendo del riesgo, del malestar que presenten las personas menores, de la conducta del agresor, así como de la fase de cambio en la que esté la mujer<sup>81</sup>.

A lo largo de nuestra intervención debemos tener presente que es importante acompañar a la mujer en su proceso personal pero también es imprescindible contribuir a que tome conciencia del efecto que los malos tratos tienen sobre los y las NNA.

Además, es fundamental una valoración continua de la situación de riesgo en el que se pueden encontrar y de la capacidad de la madre para protegerlos.

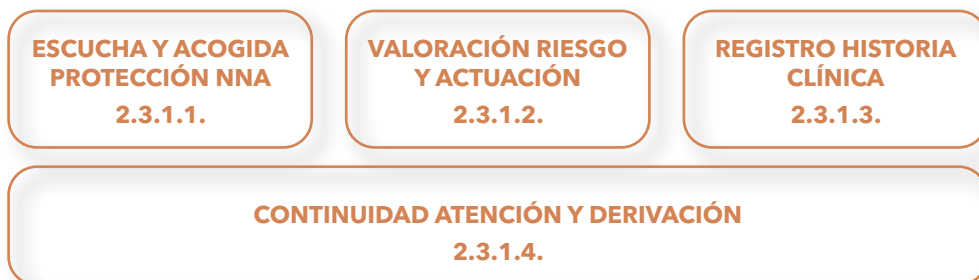
### 2.3.1. Actuación inicial básica

Está diseñada para cualquier profesional que realice la detección de un caso, independientemente del contexto asistencial en que se produzca: urgencias, atención primaria, consulta externa, hospitalización u otro. Pretende sistematizar la intervención y ofrecer un esquema sencillo de actuación.

<sup>81</sup> Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *Journal of consulting and clinical psychology, 51*(3), 390.

Sus ítems pueden ser desarrollados en distinto orden o con la habilidad propia de cada profesional, pero será importante asegurar que todos los ítems han sido atendidos.

La actuación inicial básica incluye:



### **2.3.1.1. ESCUCHA Y ACOGIDA. PROTECCIÓN A NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES**

La escucha activa y empática es, en sí misma, una herramienta terapéutica de primer nivel. Dedicar un tiempo a la escucha en un lugar adecuado, prestando atención a lo que se dice y a cómo se dice.

#### **Atención a la mujer**

En la mayoría de las ocasiones será la mujer la que nos revele la situación, la actuación inicial básica en estos supuestos está descrita de manera más extensa en la Guía de actuación para profesionales de la salud ante la violencia de género y las agresiones sexuales en Euskadi (apartado 3.3.1 pág. 59).

En un primer contacto, se trata de establecer un clima de confianza y un posicionamiento firme contra todo tipo de violencia que desculpabilice a la mujer.

Es fundamental ayudar a la mujer a tomar conciencia de los efectos que tienen las situaciones de violencia de género sobre la infancia. Explicar que las personas menores que viven en estas situaciones son igualmente víctimas de los malos tratos ejercidos contra la madre, estén presentes durante las agresiones o no, simplemente por el hecho de desarrollarse en un ambiente de violencia.

Dicho esto, a la hora de abordar la necesidad de protección de las personas menores hay que valorar si estamos en una actuación urgente con riesgo vital o en una consulta programada en la que podamos abordar este tema con más calma.

#### **Atención a NNA: Escuchar y acoger**

Habrán ocasiones en que sea la persona menor quien nos revele una situación de malestar o violencia. En estos casos se procederá a:

- Escuchar atentamente, sin interrumpir ni juzgar.
- Acoger al NNA.

## 1. Escuchar atentamente, sin interrumpir ni juzgar

Escuchar a los niños, niñas y adolescentes significa:

- Tener en cuenta lo que dice.
- Observar e interpretar lo que expresa y comunica por otros medios que no sean las palabras.
- Contextualizar lo que dice y expresa en su historia de vida y situación actual.
- Tener en cuenta sus necesidades e intereses más allá de la voluntad expresada.

La respuesta de la persona profesional ante la escucha es crucial. Es fundamental mostrar que damos credibilidad a lo que nos está contando. Si siente desconfianza, siente que se le cuestiona, o que está traicionando a su entorno, puede interrumpir el relato y considerar que es mejor no volver a hablar de ello.

Es importante mantener la calma, cuidar nuestro lenguaje no verbal, los gestos, nuestro movimiento corporal y evitar inducir respuestas, hacer críticas o expresar sentimientos o valoraciones propias que puedan dañar a la persona menor.

Se trata de disponer de la mayor información posible sin entrar en el máximo de detalles ya que esta parte corresponde a otros servicios (servicios sociales, policía, juzgado). Se debe evitar la repetición del relato y el impacto emocional que esto tiene en las víctimas (victimización secundaria)<sup>82</sup>.

## 2. Acoger a NNA

En un primer momento de acogida es importante permitir la expresión de emociones que seguramente serán diversas. Hay que recordar que los contextos donde se han desarrollado han podido ser de mucha tensión, y han aprendido diversas respuestas emocionales que son estrategias de adaptación y supervivencia.

Los sentimientos de las personas menores son diversos y ambivalentes. Pueden sentir miedo ante la revelación, ya que se trata de desvelar una situación que afecta a diferentes miembros de la familia y puede aparecer un sentimiento de deslealtad.

Es importante explicarles que han hecho bien en contárnoslo y que nada de lo sucedido es culpa suya. Escuchar esto puede aliviarles. Se debe dedicar un tiempo a acoger sus sentimientos y a preguntar cómo se sienten. Es probable que tenga emociones mezcladas como culpa, enfado, tristeza, miedo, liberación... debemos aclarar que todos estos sentimientos son normales.

---

<sup>82</sup> MacMillan, H. L. (2006). *Child Maltreatment: A "what to Do" Guide for Professionals who Work with Children: Overview Paper*. National Clearinghouse on Family Violence.

Se debe evitar subestimar la situación o, por el contrario, prometer lo que no podamos cumplir. Es mejor no utilizar frases como “ahora que nos lo has contado no volverá a ocurrir”. En su lugar, es preferible usar frases como “gracias por contármelo, ¡has sido muy valiente! Ahora que sé lo que está pasando, voy a intentar ayudarte”. A continuación, se les puede explicar los siguientes pasos que vamos a dar, incluido la coordinación con el resto de profesionales.

<b>ESCUCHA Y ACOGIDA</b>	
<b>MUJER</b>	<b>NNA</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• Establecer clima confianza</li><li>• Posicionamiento firme contra todo tipo de violencia</li><li>• Ayudar en la toma de conciencia de los efectos de la violencia sobre NNA</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Escucha activa, dar credibilidad, evitar inducir respuestas</li><li>• Evitar repetición del relato (victimización secundaria)</li><li>• Permitir expresión de los sentimientos</li><li>• Explicar los siguientes pasos que vamos a dar</li><li>• Evitar promesas que no podamos cumplir</li><li>• No subestimar la situación</li></ul>

### **2.3.1.2. VALORACIÓN DEL RIESGO Y ACTUACIÓN**

Es importante evaluar los riesgos para la vida de la mujer y la de las personas menores, atender los signos y síntomas de urgencia vital si los hubiera y el riesgo psicológico que, en su máxima expresión, sería el riesgo de suicidio.

Se consideran situaciones urgentes o de riesgo vital aquellas situaciones en las que la integridad de la mujer o de la persona menor se encuentra seriamente comprometida de forma inmediata. Para la valoración del riesgo existe un formulario específico en Osabide global (ver apartado registro) y un listado de indicadores en los anexos 4 y 5.

Una vez detectado que existe un riesgo grave se requerirá la coordinación y remisión a los servicios de urgencias, que incluyen: servicios de urgencias sociales, Fuerzas y Cuerpos de Seguridad, servicios sanitarios y juzgado.

#### **Notificación al juzgado/Parte de lesiones**

##### **□ PERSONAS MENORES DE EDAD**

Este apartado se refiere al informe al juzgado y al parte de lesiones de las personas menores de edad hijos e hijas de mujeres en situación de VG.

Las personas menores pueden sufrir agresiones en el contexto de violencia contra su madre. Pueden recibir empujones, golpes, pillarse los dedos con un portazo... o recibir amenazas, insultos, etc.

Cuando se decida realizar un parte de lesiones se indicará que se trata de “lesiones por maltrato infantil” y se especificará que se trata de NNA víctimas de violencia de género. Se utilizará el Parte Médico de Violencia de Género disponible en Osabide Global, y quedará registrado en la historia clínica. En el Parte de Lesiones se deben escribir tanto las lesiones físicas que se observan y como las lesiones emocionales detectables. Es recomendable sacar fotografías de las lesiones y guardarlas en la historia clínica, pero siempre tras consentimiento. En el parte de lesiones anotaremos que se han realizado fotografías.

El Parte de Lesiones por Violencia de Género puede iniciar el proceso penal, aunque la víctima no ponga la denuncia personalmente, es decir, actúa como una denuncia. La violencia de género se considera un delito público, por lo que no es necesaria la denuncia de la mujer para que la justicia actúe. Además, una vez enviado el Parte de Lesiones al juzgado, la instrucción del caso se puede abrir, aunque la víctima no quiera. En los casos de violencia contra las mujeres la víctima no puede “quitar” ni “retirar” la denuncia. Por esto, en caso de enviar el Parte de Lesiones siempre debemos informar a la mujer.

## □ MUJER

En relación a la atención a la mujer, cuando se realice un Parte de Lesiones por VG, en caso de que haya personas menores conviviendo con ella, se especificará en el Parte de Lesiones que hay personas menores o dependientes expuestos a VG.

### **Notificar a los servicios de urgencia sociales**

Cuando hay personas menores de edad o dependientes a cargo de la víctima, durante el tiempo que ésta no pueda ocuparse de ellas serán puestas bajo la responsabilidad de la persona designada por ella o con familiares; si esto no es posible, o el hecho de volver a casa suponga un riesgo para las personas menores, se contactará con los servicios sociales de urgencia. Además, se notificará la situación por escrito a los servicios sociales municipales mediante la Hoja de Notificación correspondiente en un periodo de 24-48 horas. Esta notificación se hará en coordinación con su equipo referente de atención primaria.

### **Contactar con los cuerpos y fuerzas de seguridad (policía local/ Ertzaintza-CCFFSS)**

En caso de que la mujer o sus hijas e hijos estén en riesgo, o así lo requieran, tienen derecho a que las CCFSS acudan al centro de salud o a urgencias y las acompañen tanto a ellas como a sus hijas e hijos al domicilio, al hospital o un recurso alternativo en función de la valoración de seguridad que realicen.

## **Contacto con servicios sanitarios de urgencia**

En caso de que las lesiones o la situación psicológica de la persona menor requiera asistencia sanitaria urgente a nivel hospitalario se hará una derivación coordinada entre servicios.

### **2.3.1.3. REGISTRO EN LA HISTORIA CLÍNICA**

Toda actuación debe quedar registrada ya que la historia clínica es la herramienta fundamental de continuidad asistencial, aporte de información a la propia mujer o a instancias judiciales.

Se debe identificar a toda hija o hijo de mujer maltratada como víctima de violencia de género. Se registrará con el código Menor víctima de VG y se describirá la actuación realizada y se rellenará el formulario de riesgo vital incluida en el faro guía.

Por tanto, los pasos a seguir son:

- Codificación. Apertura del episodio.
- Registro de la actuación en la historia clínica.
- Rellenar el formulario de la valoración del riesgo vital.

Teniendo en cuenta que la historia clínica de una persona menor tiene la particularidad de que pueden solicitarla tanto la madre como el padre o tutores legales **que tengan la patria potestad:**

- La ALERTA POR MALOS TRATOS no se debe activar ya que se traslada a todos los informes que se generen después, y esto puede poner en riesgo a la mujer y a NNA.
- Antes de entregar cualquier informe, se debe verificar que **NO SE HAN ARRASTRADO ALERTAS O DIAGNÓSTICOS** que pueden poner en peligro a las mujeres o a sus hijas e hijos.
- La historia clínica se debe pedir a través de los cauces habituales. No se debe entregar en la consulta.

Se ha incluido un anexo específico sobre el Registro en la Historia Clínica (anexo 10).

### **2.3.1.4. CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y DERIVACIÓN**

Una vez realizada la atención inicial básica, y siempre que no haya lesiones graves y se garantice su seguridad, se valora el alta a domicilio. El seguimiento y apoyo de las mujeres y de sus hijas e hijos se hará en la mayoría de las ocasiones por parte de sus profesionales de referencia de atención primaria.

Si la persona menor de edad muestra síntomas físicos o psicológicos leves, se hará una notificación de manera inmediata (<24 horas) a los servicios sociales y su equipo de referencia de atención primaria. Se podrá diferir la notificación judicial hasta realizar un adecuado seguimiento.

Si tenemos dudas sobre la seguridad de la persona menor, estará indicado su ingreso en el hospital.

## ¿Cómo hacer la comunicación?

### SERVICIOS SANITARIOS

El contacto entre los y las profesionales de atención primaria se hará mediante la opción que se considere más adecuada, puede ser una CITA ADMINISTRATIVA, figurando sólo en las observaciones la necesidad de contacto telefónico entre profesionales o puede ser un acto de revisión conjunta de HC.

Cuando la situación de violencia de género se detecta fuera de atención primaria la comunicación entre profesionales se puede hacer mediante una CONSULTA NO PRESENCIAL (CNP) con Atención Primaria.

### SERVICIOS SOCIALES

Mediante la Hoja de Notificación disponible en Osabide Global. Esta notificación se puede hacer en coordinación con su equipo de atención primaria.

## 2.3.2. Actuación de apoyo y seguimiento

La actuación de **APOYO y SEGUIMIENTO** consiste fundamentalmente en la evaluación de la situación y la elaboración de un plan individualizado con los pasos a seguir, que dependerá de la fase en el proceso de cambio en el que se encuentre la mujer (Modelo de cambio de Prochaska y DiClemente- Guía General) y la situación de sus hijos e hijas.

Como se ha mencionado, la continuidad a la atención se hará en el contexto asistencial más próximo a la mujer y sus hijas e hijos, que en la mayoría de los casos será **Atención Primaria**. Si ya están en seguimiento en Salud Mental (SM), la coordinación con SM se hará desde AP. En algunos casos, el **Centro de Salud Mental** podrá ser la responsable de la actuación y seguimiento de apoyo en coordinación junto a sus profesionales de referencia en Atención Primaria.



### **2.3.2.1. EVALUACIÓN DE SITUACIONES DE RIESGO Y MEDIDAS DE SEGURIDAD**

Se deben retomar los pasos dados y evaluar con regularidad nuevos factores de riesgo: físicos, emocionales y sociales mediante una exploración que permita abordar situaciones urgentes y prevenir riesgos en el futuro. La reevaluación de los factores de riesgo (anexo 5) debe ser continua y se hará mediante consultas programadas. Se pueden aprovechar estas consultas para repasar el plan de seguridad (anexo 7).

Hay que elaborar y desarrollar planes de seguridad específicos<sup>83</sup>, <sup>84</sup> para cada caso, valorando distintas situaciones como puede ser la continuación de la convivencia con el agresor o el régimen de visitas. Se trata de personalizar una serie de recursos y estrategias concretas que ayuden a NNA a afrontar tales situaciones y les proporcione una mayor sensación de seguridad y control. (En caso de valorar una situación de riesgo ver apartado 2.3.1.2).

### **2.3.2.2. PLAN INDIVIDUALIZADO DE ATENCIÓN**

El plan individualizado se establecerá entre la mujer y el equipo de profesionales de referencia y en ocasiones también entre la persona menor de edad y su equipo de profesionales de referencia en caso de que esta persona menor sea madura y se considere necesario para su seguimiento.

Es el momento de contemplar con la mujer los recursos propios con los que cuenta y los de sus hijos e hijas, así como los apoyos de sus relaciones familiares y amistades, los recursos que existen y con los que ya ha podido tener contacto.

Es fundamental reconocer el papel protagonista de la mujer en todo este proceso, su capacidad de decisión y de cambio, manteniendo una actitud de acompañamiento. Estas mujeres van a tener un proceso largo y tortuoso que no

<sup>83</sup> Rosser Limiñana, A. (2017). Menores expuestos a violencia de género. Cambios legislativos, investigación y buenas prácticas en España.

<sup>84</sup> Walls, E., & Drape, K. (2021). Recognizing and supporting families through domestic violence and abuse. *En British journal of nursing*, 30(3), 156-159.



es lineal. La violencia de género causa deterioro de los vínculos socioafectivos y aislamiento, sentimientos de inseguridad e incapacidad y pérdida de la autoestima. Corresponde acompañar avanzando en el proceso de cambio. Con frecuencia puede haber recaídas, lo que no hay que entender como un fracaso sino como parte del propio proceso. (Anexo 8).

El estado emocional, económico, social de la mujer puede verse comprometido y esto puede afectar en el cuidado y capacidad de protección de sus hijos e hijas. El empoderamiento de la mujer en su rol de madre facilita que pueda comenzar a tener un papel activo en su proceso de recuperación, así como en el de sus hijas e hijos.

La intervención con las personas menores de edad requiere, por lo tanto, de dos líneas de intervención paralelas:

- a) **Directa:** se actúa sobre las secuelas de la violencia de género que presentan las personas menores de edad.
- b) **Indirecta:** a través del trabajo con las madres, facilitando pautas que apoyen su proceso de empoderamiento.

### Separación de la pareja

Durante el apoyo y seguimiento puede acontecer la separación de la pareja. Hay que tener en cuenta que los efectos de la violencia de género no sólo se extienden al momento en el que están ocurriendo los episodios de violencia cuando la relación de pareja existe, sino que, en muchas ocasiones, esta violencia se mantiene o empeora incluso cuando la relación cesa.

Las medidas de guardia y custodia, medidas económicas y régimen de visitas serán diferentes en cada caso. El agresor puede seguir ejerciendo violencia de distintas maneras, aunque no tenga contacto con sus hijos e hijas. Por tanto, ésta seguiría afectando a las personas menores que se encuentran ante nuevas formas de maltrato, en las que son usadas para seguir haciendo daño a la mujer, y con ello, estamos ante formas de victimización secundaria.

Hay estudios que señalan que hasta el 88%<sup>85</sup> de las mujeres víctimas de violencia de género informan que durante la relación y tras la separación, los agresores siguen ejerciendo su control sobre ellas a través de las personas menores, para seguir en sus vidas, intimidarlas, obtener información sobre ellas, fomentar actitudes de oposición hacia la madre o usarlas como personas intermediarias para atemorizarlas.

Es difícil establecer qué vínculo afectivo se desarrollará entre NNA y el padre ya que pueden establecerse desde vínculos de amor, rechazo, odio, o sentimientos ambivalentes.

---

<sup>85</sup> Beeble, ML; Bybee D. Sukkivan, CM. Abusive Men´s use of children to control their partners and expartners. *European Psychologist*. 12(1),54-61.2007.

Además, la situación socioeconómica de la familia puede cambiar al convertirse en familia monoparental, con mayor riesgo de exclusión social<sup>86</sup>.

Muchas veces la mujer se enfrenta a un proceso de duelo por la pérdida de la pareja con sentimientos ambivalentes de extrañar a la persona que la ha maltratado. Estos sentimientos deben ser expresados y aceptados como parte del proceso de reconstrucción y nunca criticados como probablemente lo serán en su entorno por miedo a que anuncie una reanudación de la relación.

Es un proceso de reconstrucción personal, familiar, social, económica y laboral.

La intervención en un caso de violencia de género en el que hay personas menores puede generar incertidumbre en los y las profesionales. En este sentido podemos considerar algunas orientaciones a tener en cuenta para establecer el plan de acción individualizado:

- a) Intentar no tomar decisiones de modo individual: son situaciones complejas que vale la pena compartir con el resto de profesionales que intervienen en el caso.
- b) Si la mujer está vinculada a la red de atención a víctimas de VG y se estima necesario ponerse en contacto con esos servicios tras comunicárselo a ella.

En el anexo 7 se citan algunas recomendaciones para las madres en situación de VG.

Se programarán consultas de seguimiento y apoyo. Algunas se harán a solas con la madre, por el impacto que pueda tener en NNA el escuchar el relato. En estas consultas indagaremos la situación de la mujer y aprovecharemos para reforzar el plan de atención elaborado por el equipo.

La periodicidad de las consultas de seguimiento de los hijos e hijas dependerá de sus necesidades individuales, pudiendo tener que establecer otros controles para valorar su estado, desarrollo y la gravedad de su situación.

Es esencial hacer un seguimiento conjunto con el resto de agentes implicados en el que se contemplará también la necesidad de diferentes tipos de apoyo como el apoyo psicológico, sociofamiliar, etc.

Durante este proceso será necesaria la coordinación interna entre diferentes profesionales del sistema sanitario y externa con otros servicios y departamentos como son el sistema educativo, servicios sociales municipales, servicios especializados de protección a la infancia, justicia, CCFSS... Esta comunicación entre distintas disciplinas es fundamental para **crear una red colaborativa** que permita ofrecer una atención integral y de calidad, en la que se dé una coherencia a las actuaciones y se evite una victimización secundaria tanto en las personas menores como en las mujeres.

---

<sup>86</sup> Mujeres en situación de vulnerabilidad. Instituto de las mujeres. Ministerio de Igualdad. Gobierno de España.

### **2.3.2.3. COORDINACIÓN INTERNA SANITARIA**

La coordinación interna se dará:

- a) Entre el equipo de atención primaria (medicina, enfermería, matronería, pediatría, fisioterapia, trabajo social...).
- b) Dispositivos de Salud Mental: Las personas menores víctimas de violencia, cuando requieren atención especializada, por lo general suelen ser atendidas en servicios sociales del ámbito de la violencia machista y la protección a la infancia. Los casos más graves, aquellos que precisan de una atención sanitaria más especializada por presentar una sintomatología sugestiva de un cuadro de mayor gravedad, pueden ser derivados a la consulta de salud mental.
- c) Otras especialidades: cuando se estime relevante se comunicará con profesionales fuera del ámbito de la atención primaria.

En este sentido, es importante el papel de las y los trabajadores sociales de los centros sanitarios entre cuyas tareas se encuentra la investigación de factores psicosociales que inciden en el proceso de salud-enfermedad, la valoración psicosocial, la elaboración de un proyecto de intervención integral y la derivación y coordinación con otras instituciones y profesionales dentro y fuera del sistema sanitario, así como su participación en el seguimiento y derivación de las mujeres y, en su caso, de sus hijas e hijos.

### **¿Cómo hacer la comunicación?**

El contacto entre los y las profesionales de atención primaria se hará mediante la opción que se considere más adecuada, puede ser una CITA ADMINISTRATIVA, figurando sólo en las observaciones la necesidad de contacto telefónico entre profesionales o puede ser un acto de revisión conjunta de HC.

Cuando la situación de violencia de género se detecta fuera de atención primaria la comunicación entre profesionales se puede hacer mediante una CONSULTA NO PRESENCIAL (CNP) con Atención Primaria.

### **2.3.2.4. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA**

Hay que identificar y registrar las medidas en marcha y los diferentes servicios y agentes que puedan estar interviniendo en el apoyo a la mujer y su hijos e hijas: servicios sociales de base y especializados, centros educativos, justicia...

La legislación es clara en cuanto a que si hay evidencia de violencia de género o indicadores de violencia en las personas menores de edad hay que comunicar a los servicios sociales. Esta notificación se hará tras el consentimiento de la

persona menor siempre que tenga 16 o más años, salvo que su decisión conlleve un grave riesgo para la vida o salud del menor<sup>87</sup>.

La notificación a los servicios sociales se hará por escrito mediante la Hoja de Notificación de una posible situación de desprotección establecida, incluida en Osabide Global.

Aunque la notificación a servicios sociales es obligatoria ante la exposición de niños y niñas a la violencia de género, se realizará preferentemente con el consentimiento de la madre, salvo que existan indicadores que evidencien que ésta no sea una figura protectora para sus hijos e hijas, indicadores de desprotección graves en los y las menores.

Las mujeres que sufren VG a veces muestran rechazo a la notificación por miedo a que el agresor se entere, por desconfianza en el sistema, porque se sienten culpables de la situación...Por lo tanto, debemos saber si la situación ya tiene un abordaje desde la atención a mujer en situación de VG. Si no es así y antes de hacer una notificación, puede ser necesaria una labor previa con la madre que puede requerir varias consultas. Es importante explicarle que la comunicación a servicios sociales no es una denuncia y, por lo tanto, no activará el proceso judicial ni una orden de alejamiento.

La intervención desde servicios sociales, además de valorar la situación de NNA, se basa en implementar, si procede, programas y servicios de ayuda. Además, puede posibilitar una labor de acompañamiento y apoyo para estas mujeres y en ocasiones la intervención con el maltratador.

#### **2.3.2.5. REGISTRO**

Debe existir, además, un registro de esta situación en la historia clínica en aras de proteger y tratar a la persona menor (Ley Orgánica 8/2021 de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia, art 40.: Los registros relativos a la atención de las personas menores de edad víctimas de violencia quedarán incorporados en su historia clínica). Los registros en la historia clínica son de gran ayuda para poder determinar la habitualidad del maltrato, y los efectos de la violencia psicológica. Además, el registro es una fuente de información que sirve para visibilizar y conocer la prevalencia real del problema.

A su vez, la seguridad y la confidencialidad deben ser una premisa fundamental. Por eso, se deben tomar algunas precauciones a la hora de registrar en la historia clínica.

---

<sup>87</sup> 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 clínico.

La historia clínica de una persona menor tiene la particularidad de que pueden solicitarla tanto la madre como el padre (tutores legales) y tener acceso a las anotaciones. Con el objetivo de evitar poner en peligro a la mujer y a las hijas e hijos por el acceso a la historia clínica por parte del agresor, se deben tomar algunas medidas de seguridad: (anexo 10).

- Nunca se deben entregar los evolutivos de la historia clínica en la consulta.
- Antes de entregar cualquier informe médico, se debe verificar que no se han arrastrado alertas o diagnósticos que puedan poner en peligro a la mujer o a sus hijos e hijas como pueden ser alertas por maltrato o diagnósticos como violencia de género o sospecha de violencia de género.
- La ALERTA POR MALOS TRATOS no se debe activar ya que se traslada a todos los informes que se generen después, y esto puede poner en riesgo a la mujer y a los NNA.
- Los informes y formularios de la Guía Faro no se visualizan en la Carpeta de Salud.
- Los evolutivos no se visualizan en la Carpeta de Salud.

#### **2.3.2.6. RELACIÓN DE LOS Y LAS PROFESIONALES CON LOS PADRES**

En los casos en que los padres soliciten explicaciones hay que informar que la intervención realizada pretende ayudar a NNA e intentar sensibilizar al padre respecto a las dificultades y el malestar de su hijo o hija y la necesidad de recibir ayuda.

Es frecuente que, tras la separación, los progenitores soliciten información sanitaria de sus hijas e hijos. El derecho a la información sanitaria es inherente a la Patria Potestad. En caso de separación o de orden de alejamiento, si el padre mantiene la PATRIA POTESTAD y solicita información sanitaria tenemos la obligación de dársela mediante los cauces establecidos para ello (anexo 11).

## 2.4. Not to do. Qué no hacer en la consulta

De la misma manera que debemos tener claro los pasos a seguir ante una sospecha o evidencia de violencia de género, también debemos saber **qué es lo que no debemos hacer** para no dañar o poner en riesgo a la mujer o a las niñas/niños, o para no perder su confianza.

**1** Ofrecer una opinión sobre la situación de si la persona menor ha estado o no expuesto a la violencia de género

Ante la sospecha de una situación de maltrato hacia la mujer, preguntar delante de la persona menor, sobre todo si tiene 3 o más años **2**

**3** Dejar mensajes de voz en el teléfono de la mujer

Dar información por teléfono de los datos personales de la persona menor, la dirección, el número de teléfono o el día y la hora en la que tienen la próxima consulta, tanto en el centro de salud como en cualquier otra consulta **4**

**5** Activar la "alerta" de maltrato en Osabide, ya que es visible en los informes que se realizan en cualquier otra consulta, como puede ser el servicio de urgencias, el PAC o las consultas externas

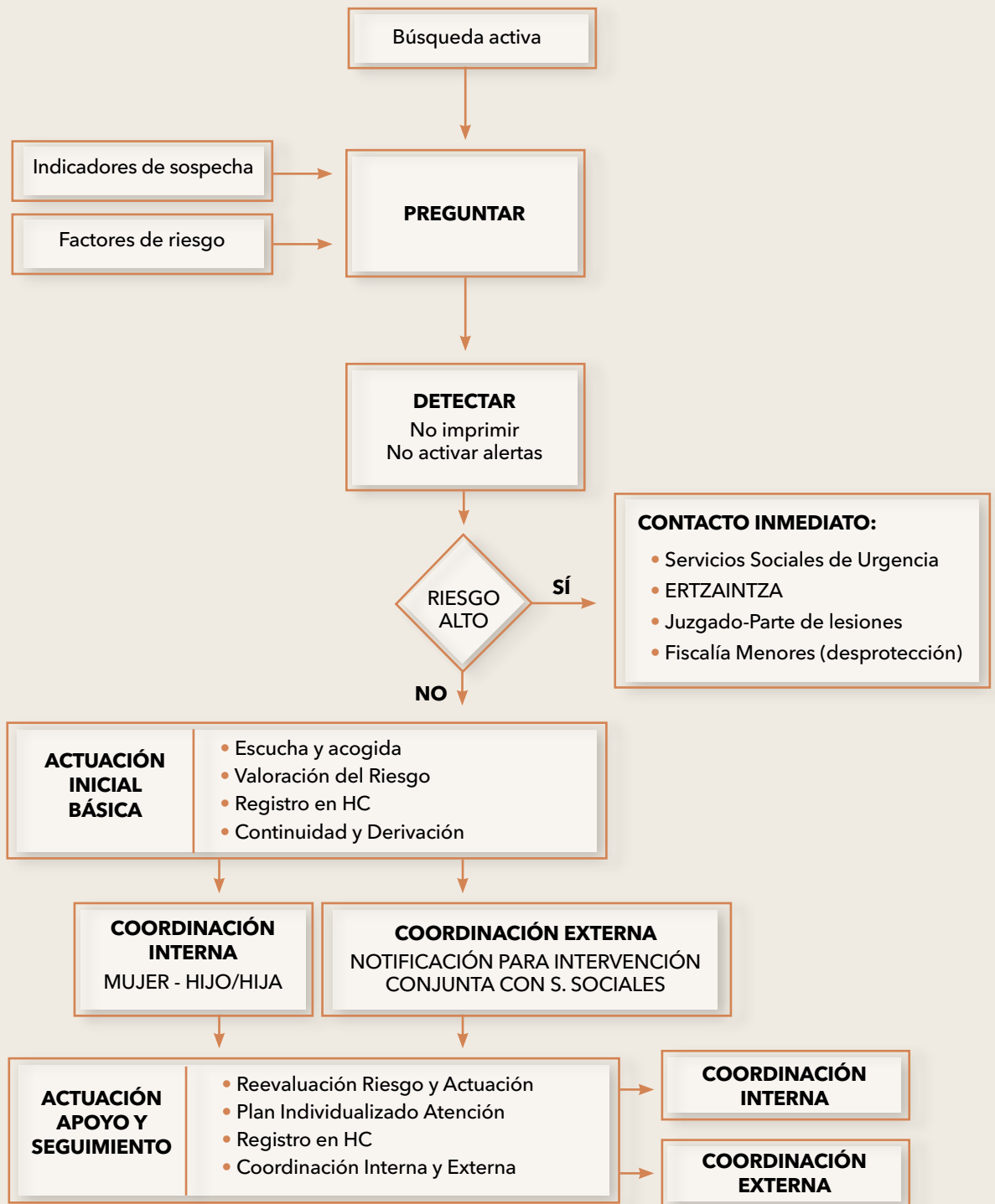
Decir a la madre que las niñas y los niños al ser pequeñas/os "no se enteran" o que la violencia contra la madre "no les afecta". Vivir en un ambiente de violencia tiene repercusiones desde el periodo prenatal y es importante explicarle a la mujer las consecuencias que tiene la violencia en la vida de sus hijos e hijas **6**

**7** Juzgar a la mujer y hacer comentarios despectivos o de desaprobación hacia su comportamiento. Hay que ofrecer un espacio de escucha activa, le mostraremos empatía y dejaremos claro que la situación que está viviendo no es culpa suya

En caso de que una o un menor revele en la consulta la situación que está viviendo: interrumpir para hacer preguntas, a no ser que sea necesario para entender el contexto. Prometer lo que no está en nuestra mano, como "no te preocupes, ahora que lo has contado, no te volverá a pasar". Utilizar frases a favor del agresor, que sólo generan confusión en los niños y en las niñas como "es un buen padre", "tu padre es bueno contigo" **8**

**9** Abordar la intervención profesional en solitario, procurar hacer un planteamiento conjunto de equipo integrando en un plan global la atención a la mujer y a los hijos e hijas

## 2.5. Algoritmo de actuación









## 3. Anexos y glosario

### 3.1. Anexos

#### 3.1.1. Anexo 1. Normativa

##### NORMATIVA

##### ÁMBITO INTERNACIONAL / EUROPEO

- Mujeres, O. O. (2011). Convención para la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (CEDAW).
- Declaración Universal de los Derechos del Niño, de 20 de noviembre (ONU, 1959). Recogida en su artículo 9, entre otros aspectos, que los niños *"deberían ser protegidos contra toda forma de abandono, crueldad y explotación"*.
- La Convención de los Derechos de los Niños de Naciones Unidas, adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas (1989).
- Convenio de Estambul del 11 de mayo 2011 (Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia sobre la mujer y la violencia doméstica) en el artículo 26 establecía la necesidad de tomar las medidas legislativas u otras necesarias para que, en la oferta de servicios de protección y apoyo a las víctimas, se tengan en cuenta adecuadamente los derechos y necesidades de los y las menores expuestos a todas las formas de violencia. Reconoce que las mujeres y niños se exponen a menudo a formas graves de violencia (doméstica, sexual, matrimonio forzado, crímenes de honor y mutilación genital) que constituyen *"una violación grave de los derechos humanos de las mujeres y las niñas y un obstáculo fundamental para la realización de la igualdad entre mujeres y hombres. Entre las medidas que propone se incluirán los consejos psicosociales adaptados a la edad de las y los menores testigos teniendo en cuenta su interés superior.*
- El estudio publicado por la Agencia de Derechos Fundamentales de la Unión Europea (2014) informa que el 73 por ciento de las mujeres con hijas e hijos menores de edad a su cargo, han sufrido o sufren este tipo de violencia.
- Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Agenda que persigue como un objetivo específico *"Lograr la igualdad de género y empoderar a todas las mujeres y las niñas"* (Objetivo 5).

## NORMATIVA

### ÁMBITO ESTATAL

- Constitución Española de 1978.
- Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género.
- Estrategia Nacional para la Erradicación de la Violencia contra la Mujer (2013-2016), de la Delegación del Gobierno para Violencia de Género.
- La Ley 26/2015, de 28 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia.
- Ley Orgánica 8/2015, de 22 de julio, de modificación del sistema de protección a la infancia y la adolescencia.
- La Ley 4/2015, de 27 de Abril, del Estatuto de la víctima del delito, busca visibilizar como víctimas a los y las menores que se encuentran en un entorno de violencia de género o violencia doméstica, para garantizarles el acceso a los servicios de asistencia y apoyo, así como la adopción de medidas de protección, con el objetivo de facilitar su recuperación integral.
- Protocolos de coordinación, como es el protocolo de derivación entre centros de acogida para mujeres en situación de violencia de género y sus hijos e hijas (Resolución de 9 de junio de 2015, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo de la Conferencia Sectorial de Igualdad de 21 de julio de 2014).
- Real Decreto-ley 9/2018, de 3 de agosto, de medidas urgentes para el desarrollo del Pacto de Estado contra la violencia de género, modifica el artículo 156 del Código Civil, en el año 2017 la Comisión para la Investigación de Malos Tratos a Mujeres elaboró en 2017 un manual que consta de un modelo de "Intervención Psicosocial con Menores Víctimas de la Violencia de Género" para visibilizar la manera en que esta violencia afecta directamente a los menores, así como las consecuencias derivadas de no tratar directamente con los y las menores en estas situaciones. Se justificaba este tipo de intervención porque muchas mujeres víctimas de violencia acudían a la comisión debido al sufrimiento de sus hijos e hijas cuando iban a las visitas con los padres, por lo que demandaban atención psicológica para ellos y ellas.
- Ley Orgánica 8/2021, de 4 de junio, de protección integral a la infancia y la adolescencia frente a la violencia. Modifica la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género que queda modificada en los siguientes términos: Se añade un apartado nuevo 4 al artículo 1, con la siguiente redacción: "4. 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 por parte de las personas indicadas en el apartado primero". Artículo 29. Situación de violencia de género en el ámbito familiar.

## **ÁMBITO ESTATAL**

1. 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, garantizando la detección de estos casos y su respuesta específica, que garantice la plena protección de sus derechos.
  2. Las actuaciones de las administraciones públicas deben producirse de una forma integral, contemplando conjuntamente la recuperación de la persona menor de edad y de la madre, ambas víctimas de la violencia de género. Concretamente, 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. Para ello, 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.
    - b) La derivación y la coordinación con los servicios de atención especializada a personas menores de edad víctimas de violencia de género. Asimismo, 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.
-

## NORMATIVA

### ÁMBITO AUTONÓMICO

- II Acuerdo Interinstitucional para la mejora en la atención de mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico y de violencia sexual.
- Ley 4/2005, de 18 de febrero, para la Igualdad de Mujeres y Hombres.
- La Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia.
- Ley 12/2008, de 5 de diciembre de Servicios Sociales, establece las responsabilidades de la administración autonómica, foral y municipal en materia de servicios sociales, de base y especializados, y distribuyen las competencias entre los ayuntamientos, los órganos forales y el Gobierno Vasco, incorporando menciones a las víctimas de violencia de género y sus hijas e hijos.
- Decreto 148/2007, de 11 de septiembre, regulador de los recursos de acogida para mujeres víctimas de maltrato en el ámbito doméstico. Realiza una referencia expresa a la necesidad de atención y protección de las hijas e hijos de las mujeres víctimas de violencia de género en el ámbito doméstico, de manera que se garanticen sus derechos, bienestar y desarrollo integral, atendiendo, en todo caso, al interés superior de los niños y niñas.
- 8 de junio de 2017 "Documento consensuado por las instituciones que forman parte del II Acuerdo Interinstitucional sobre enfoque y líneas de actuación para la protección de los derechos humanos de los niños y las niñas víctimas de violencia de género en Euskadi".
- En sesión de 28 de junio de 2017 la Comisión de Seguimiento aprobó el "Documento consensuado por las instituciones que forman parte del II Acuerdo Interinstitucional sobre enfoque y líneas de actuación para la protección de los derechos humanos de los niños y las niñas víctimas de violencia de género en Euskadi".
- VII PLAN PARA LA IGUALDAD DE MUJERES Y HOMBRES EN LA CAE.
- Ley 1/2022, de 3 de marzo, de segunda modificación de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres.
- Estrategia Vasca contra la violencia hacia la infancia y la adolescencia (2022-2025).
- Anteproyecto de Ley de derechos de la infancia y adolescencia de la CAV, en tramitación.
- III Acuerdo Interinstitucional para la coordinación a víctimas de violencia machista contra las mujeres en la CAE - enero 2023.
- DECRETO 147/2015, de 21 de julio, por el que se aprueba la Declaración sobre Derechos y Deberes de las personas en el sistema sanitario de Euskadi. Artículo 7.e). Derecho a que se sigan protocolos o programas de protección específica para las personas pertenecientes a colectivos vulnerables, que necesitan medidas especiales para garantizar su acceso en condiciones de igualdad al sistema socio-sanitario. Uno de los colectivos vulnerables es el de las víctimas de violencia contra las mujeres.

### 3.1.2. Anexo 2. Tipos de comportamiento en personas menores en situaciones de violencia

Es importante, desde cualquier ámbito de actuación, deconstruir esquemas mediante los que las personas adultas invisibilizan a hijas e hijos, como sujetos de derecho, y desde los cuales se transfieren modelos de dominio y poder sobre el hijo o la hija.

Cuando se habla de los niños y las niñas como testigos de violencia, les adjudicamos un rol pasivo ante la violencia que enfrentan. Tenemos que reconocer que niñas y niños que viven con conflictos y abusos van a tener que ser capaces de interpretar, predecir, y evaluar activamente sus capacidades, involucrándose en tomar medidas para protegerse tanto física como emocionalmente, tanto a ellos/ellas y como a sus hermanos o hermanas<sup>88</sup>.

En los casos de las familias<sup>89</sup> con varios hijos e hijas, puede suceder que cada uno asuma un rol diferente como una forma de estabilizar la situación. Los roles se adquirirán como más adaptativos sean para los menores y para la familia:

#### • CUIDADOR/CUIDADORA

Actúa como padre de las y los hermanos menores y de la madre. Puede supervisar las rutinas y las responsabilidades del hogar (por ejemplo, comidas, acostar a las y los hermanos pequeños), ayudar a mantener seguros a las y los hermanos durante un incidente violento y consolarlos después (por ejemplo, tranquilizar a los hermanos).

#### • CONFIDENTE DE LA MADRE

El niño o niña que está al tanto de los sentimientos, preocupaciones y planes de la madre. Después de presenciar incidentes abusivos, sus recuerdos pueden servir como un "control de la realidad" para la madre, si el abusador luego minimiza o miente sobre los eventos.

#### • CONFIDENTE DEL AGRESOR

El niño o niña que es tratado mejor por el abusador, y es más probable que le exponga sus justificaciones para el abuso contra la madre. Se le puede pedir que informe sobre el comportamiento de la madre y ser recompensado por hacerlo con, por ejemplo, privilegios o ausencia de trato severo.

---

<sup>88</sup> Carracedo, S., Seijo, D., & Mohamed-Mohand, LA PERCEPCIÓN MATERNA DEL ESTADO PSICOEMOCIONAL DE LOS HIJOS TESTIGOS DE VIOLENCIA DE GÉNERO.

<sup>89</sup> Jaffe, P. G., Baker, L. L., & Cunningham, A. J. (Eds.). (2004). Protecting children from domestic violence: Strategies for community intervention. Guilford Press.

- **ALIADO O ALIADA DEL AGRESOR**

El niño o niña que es cooptado para ayudar en el abuso de la madre (por ejemplo, se le hace decir cosas degradantes o golpearla físicamente).

- **NIÑO/A PERFECTO/A**

El niño o niña que intenta prevenir la violencia abordando activamente los problemas (incorrectamente) percibidos como desencadenantes. Se comporta sin pelearse, excelente estudiante, se comporta perfectamente para evitar los episodios de violencia, y esto le genera un grado alto de culpa.

- **ÁRBITRO**

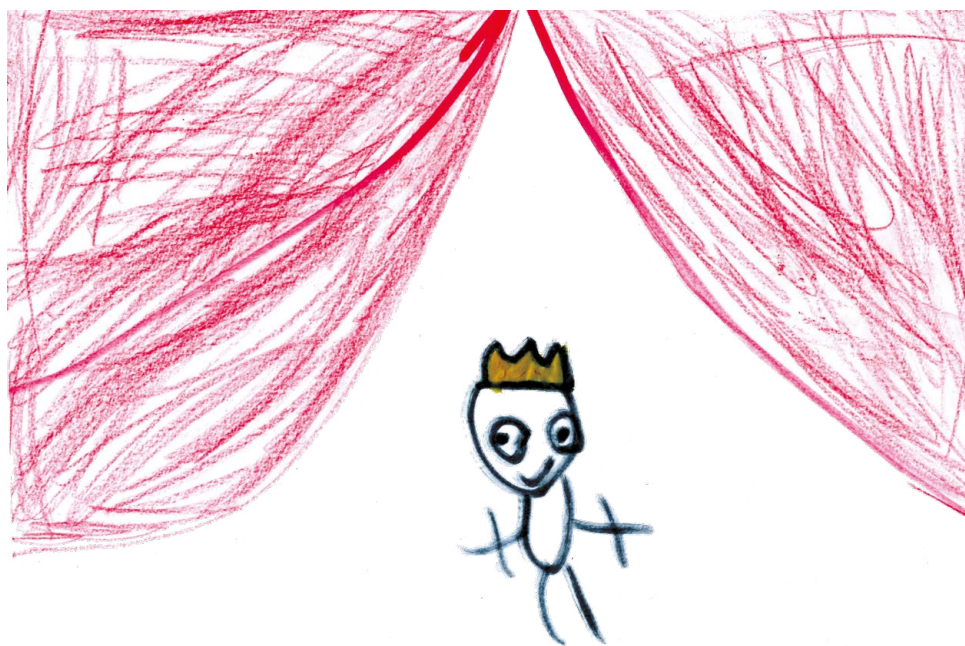
El niño o niña que media y trata de mantener la paz.

- **NIÑO /NIÑA PROBLEMA**

El niño o niña que se identifica a sí mismo como la causa de los problemas y de la violencia. Son los que cumplen la función de distraer sobre la verdadera situación de violencia.

- **CHIVO EXPIATORIO**

El niño o niña identificado como causante de problemas familiares, acusado de tensión entre los padres o cuyo comportamiento se utiliza para justificar la violencia. Puede tener necesidades especiales o ser un/a hijastro/a del maltratador.



### 3.1.3. Anexo 3. Indicadores de sospecha

#### INDICADORES A TRAVÉS DE LAS HIJAS E HIJOS

##### SIGNOS FÍSICOS<sup>90</sup>

- Magulladuras o lesiones inexplicables, especialmente en lugares poco habituales
- Falta de cuidados físicos por parte de los progenitores
- Dificultad de los progenitores para proporcionar la atención adecuada a NNA
- Retraso del crecimiento, retraso o dificultades en cualquier área del desarrollo: psicomotricidad, lenguaje, bajo rendimiento escolar
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Dolor crónico (dolor abdominal)
- Trastornos del control de esfínteres
- Autolesiones

##### COMPORTAMIENTO

- Síntomas de ansiedad, miedo
- Dificultad para concentrarse, dormir o dificultades de aprendizaje
- Poca vitalidad, tener poca energía, pasividad
- Mostrar poco interés por las personas o el entorno
- Niños y niñas excesivamente obedientes, sumisión
- Tendencia a fantasear en su mundo interior, que desconectan con facilidad de la realidad
- Niños y niñas que pasan desapercibidas “invisibles”
- Agresividad, intimidantes, se meten en peleas
- Arrebatos de ira
- Desafiantes
- Impulsividad
- Parecen extremadamente vigilantes
- Están permanentemente en alerta a las reacciones de las personas adultas
- Responden exageradamente ante ruidos fuertes o gritos
- Enuresis nocturna, trastornos del sueño
- Ansiedad de separación
- Huidas de casa
- Actividades de riesgo (contacto con alcohol, droga, actividades sexuales de riesgo)

<sup>90</sup> Arranz-Montull, M., González-Rojo, M. B., & Rosal-Negre, T. (2021). Compartiendo la práctica profesional. Diseño del protocolo de detección y abordaje de las situaciones de maltrato infantil en un centro de Atención Temprana. *Trabajo Social Global-Global Social Work, 11*, 1-22.



## EN LOS ANTECEDENTES Y CARACTERÍSTICAS DE LA MUJER<sup>91</sup>

### 1. ANTECEDENTES DE VIOLENCIA DE GÉNERO

- Haber sufrido o presenciado malos tratos, abuso y/o agresiones sexuales en la infancia
- Haber vivido otras relaciones de maltrato con la pareja

### 2. ANTECEDENTES PERSONALES Y DE HÁBITOS DE VIDA

- Lesiones frecuentes
- Abuso de alcohol u otras drogas
- Abuso de medicamentos, sobre todo psicofármacos

### 3. PROBLEMAS GINECO-OBSTÉTRICOS

- Ausencia de control de la fecundidad (muchos embarazos, embarazos no deseados o no aceptados)
- Presencia de lesiones en genitales, abdomen o mamas durante los embarazos
- Dispareunia, dolor pélvico, infecciones ginecológicas de repetición, anorgasmia, dismenorrea
- Infecciones de transmisión sexual
- Negativa a practicar sexo seguro
- Historia de abortos repetidos
- Hijos con bajo peso al nacer
- Retraso en la solicitud de atención prenatal

### 4. SÍNTOMAS PSICOLÓGICOS FRECUENTES

- Insomnio
- Depresión
- Ansiedad
- Trastorno de estrés postraumático
- Intentos de suicidio
- Baja autoestima
- Agotamiento psíquico
- Irritabilidad
- Trastornos de la conducta alimentaria
- Labilidad emocional

### 5. SÍNTOMAS FÍSICOS FRECUENTES

- Cefalea
- Cervicalgia
- Dolor crónico en general
- Mareo
- Molestias gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, dispepsia, vómitos, dolor abdominal).
- Molestias pélvicas
- Dificultades respiratorias

<sup>91</sup> Modificado de Domestic Abuse: a resource for health professionals. NICE Guidelines. 2017 y Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la VG. 2020.

## **6. UTILIZACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS**

- Existencia de periodos de hiperfrecuentación y otros de abandono (largas ausencias)
- Incumplimiento de citas o tratamientos
- Uso repetitivo de los servicios de urgencias
- Frecuentes hospitalizaciones
- Acudir con la pareja cuando antes no lo hacía

## **7. SITUACIONES DE MAYOR VULNERABILIDAD Y DEPENDENCIA DE LA MUJER**

### **SITUACIONES DE CAMBIO VITAL**

- Embarazo y puerperio
- Noviazgo
- Separación
- Jubilación propia o de la pareja

### **SITUACIONES QUE AUMENTAN LA DEPENDENCIA**

- Aislamiento tanto familiar como social
- Migración, tanto interna o nacional como extranjera
- Enfermedad incapacitante
- Dependencia física o económica
- Dificultades laborales y desempleo
- Dificultades de formación y de ascenso en el trabajo
- Ausencia de habilidades sociales

### **SITUACIONES DE EXCLUSIÓN SOCIAL (RECLUSAS, PROSTITUCIÓN, INDIGENCIA)**

## **8. INFORMACIÓN DE FAMILIARES, AMISTADES, O DE OTROS Y OTRAS PROFESIONALES E INSTITUCIONES DE QUE LA MUJER ESTÁ SIENDO VÍCTIMA DE MALOS TRATOS**

## INDICADORES DE SOSPECHA DURANTE LA CONSULTA

### 1. CARACTERÍSTICAS DE LAS LESIONES Y PROBLEMAS DE SALUD

- Retraso en la demanda de asistencia de las lesiones físicas
- Incongruencia entre el tipo de lesión y la explicación de la causa
- Hematomas o contusiones en zonas sospechosas: cara/cabeza, cara interna de los brazos o muslos
- Lesiones por defensa (cara interna del antebrazo)
- Lesiones en diferentes estadios de curación que indican violencia de largo tiempo de evolución
- Lesiones en genitales
- Lesiones durante el embarazo en genitales, abdomen y mamas
- Lesión típica: rotura de tímpano

### 2. ACTITUD DE LA MUJER

- Temerosa, evasiva, incómoda, nerviosa, se altera por ejemplo al abrirse la puerta...
- Síntomas depresivos: triste, desmotivada, desilusionada, sin esperanza
- Autoestima baja
- Sentimientos de culpa
- Estado de ansiedad o angustia, irritabilidad
- Sentimientos de vergüenza: retraimiento, comunicación difícil, evitar mirar a la cara
- Vestimenta que puede indicar la intención de ocultar lesiones
- Falta de cuidado personal
- Justifica sus lesiones o quita importancia a las mismas
- Si está presente su pareja:
  - Temerosa en las respuestas
  - Busca constantemente su aprobación

### 3. ACTITUD DE LA PAREJA

- Solicita estar presente en toda la visita
- Muy controlador, siempre contesta él o, por el contrario, despreocupado, despectivo o intentando banalizar los hechos
- Excesivamente preocupado o solícito con ella
- A veces colérico u hostil con ella o con el/la profesional

### 4. COMPORTAMIENTO EN LA CRIANZA

- Inasistencias habituales a las consultas programadas o por el contrario hiperfrecuentación de las consultas
- No adherencia a las recomendaciones de tratamiento o consejos de salud, en especial en situación de separación de progenitores
- Evasivas en las respuestas a preguntas sobre estilo de crianza y disciplina en el hogar
- Rechazo del cuidador a dejar al niño o a la niña solo en la consulta con la persona profesional
- Conducta inadecuada hacia sus hijas e hijos (no prestar atención, respuestas agresivas)

### **INDICADORES DURANTE EL EMBARAZO**

- Inicio tardío de las visitas de control prenatal
- Lesiones en zona abdominal y otras partes sin justificación adecuada minimización de su importancia
- Accidentes o lesiones físicas durante el embarazo
- Embarazo en la adolescencia
- Poco o ningún interés en asistir a las clases de preparación al nacimiento y crianza
- Antecedentes: abortos de repetición, bajo peso al nacer, sufrimiento fetal

### **INDICADORES DURANTE EL PUERPERIO**

- Desgarros y dehiscencia de la episiotomía
- Mala o lenta recuperación post-parto
- Petición de anticoncepción lo antes posible por presión de la pareja a reiniciar relaciones sexuales
- Mayor incidencia de hipogalactia y fracaso de la lactancia natural. Impedimentos para la lactancia materna
- Depresión post-parto que no remite, con ansiedad en la relación madre-bebé
- Retraso en la visita neonatal

### **INDICADORES EN LA MUJER CON DISCAPACIDAD**

- Depresión, dificultad en la comunicación e interrelación
- Inseguridad, baja autoestima
- Estado de sedación, nerviosismo
- Disfunción motora ajena a la discapacidad; deterioro de la capacidad física residual
- Miedo a relacionarse con otras personas
- Excesiva dependencia de la pareja
- Escasa o nula participación en actividades familiares o sociales
- Desnutrición, frecuentes enfermedades ajenas a la discapacidad
- Vestuario inadecuado en relación al tiempo atmosférico y a la discapacidad de la persona, ropa sucia
- Largos periodos sin atención por parte de la pareja
- Problemas físicos agravados por falta de tratamiento

### **INDICADORES EN MUJERES (IN)MIGRANTES**

- Ausencia de redes de apoyo familiar y social
- Mujeres recién llegadas al país
- Barrera idiomática que dificulta la expresión de sus problemas
- Situación de irregularidad administrativa
- Dependencia económica o situación laboral precaria
- Desconocimiento de los recursos

### 3.1.4. Anexo 4. Situaciones de riesgo<sup>92</sup>

SITUACIONES
<b>DE RIESGO</b>
<ul style="list-style-type: none"><li>• El hecho de que las y los menores sean testigos de una situación de violencia ya es una situación de riesgo</li><li>• Cuando haya amenazas contra la integridad física/psíquica/sexual de las personas menores de edad</li><li>• La mujer expresa su miedo de que algo malo les pueda suceder a sus hijas e hijos</li><li>• Familiares o personas allegadas solicitan ayuda ante la imposibilidad de hacerlo la propia mujer</li><li>• El agresor tiene armas de fuego o blancas que utiliza con carácter intimidatorio</li><li>• Cuando se ejerza maltrato a hijos, hijas u otros miembros de la familia</li><li>• Cuando la mujer o el maltratador hayan amenazado con suicidarse o lo hayan intentado</li><li>• Curva ascendente de violencia: cuando las agresiones aumentan en intensidad o frecuencia</li><li>• Existencia de amenazas de muerte hacia la mujer o a menores que convivan con ella</li><li>• Cuando el inicio de los trámites de separación conlleve un aumento de la violencia o de amenazas o cuando las amenazas o el acoso se dan a pesar de estar separados</li><li>• Cuando residan en un sitio aislado que les impida solicitar ayuda urgente</li><li>• La mujer tiene una enfermedad crónica invalidante, toma medicación que implica anulación de la voluntad o la presenta claramente disminuida</li><li>• Discapacidad física, psíquica o sensorial del maltratador o de la mujer</li><li>• El maltratador presenta un trastorno mental grave</li><li>• El maltratador o la mujer consumen bebidas alcohólicas o sustancias psicotrópicas</li><li>• Manifestaciones de celos extremos, control obsesivo de las actividades diarias de la mujer. Por ej. con quién sale, a dónde va, cuánto dinero gasta, en qué lo gasta,...</li><li>• Cuando el maltratador no muestra arrepentimiento o justifica o niega las agresiones</li><li>• El maltratador tiene antecedentes policiales/penales o de agresión por violencia de género</li><li>• Mujer extranjera</li><li>• Mujer con falta de apoyo familiar</li><li>• Mujer que ha enfrentado violencia de género con anterioridad o con otras parejas</li><li>• Cuando la mujer no tiene conciencia de la gravedad de la situación</li></ul>

<sup>92</sup> Modificado del Protocolo Andaluz para la actuación sanitaria ante la VG. 2020.

### **DE PELIGRO EXTREMO**

- Se entiende por situación de peligro extremo aquella que ponga en riesgo inminente la integridad física o psíquica de la mujer o la de sus hijas e hijos
- Cuando haya amenazas contra la integridad física/psíquica/sexual de NNA
- La mujer tiene miedo de que algo malo les pueda suceder a los y las menores de edad
- Lesiones graves que requieran ingreso hospitalario
- Cuando el maltratador no respeta la Orden de Alejamiento
- Curva ascendente de violencia: cuando las agresiones aumentan en intensidad o frecuencia
- Agresiones durante el embarazo, el posparto o la lactancia
- Abusos sexuales repetidos
- Cuando el maltratador también presenta un comportamiento violento fuera del hogar
- El maltratador retiene a la mujer en contra de su voluntad
- Ante una retirada de la denuncia, la renuncia a la Orden de Protección o la reanudación de la convivencia
- Cuando la mujer o las y los menores expresan miedo
- La percepción de peligro, tanto de ella, de las y los menores, como para otros miembros del entorno familiar, se define por sí sola como de peligro extremo



### 3.1.5. Anexo 5. Escala de predicción de violencia grave contra la pareja o expareja

NUEVO - Predicción de Riesgo de Violencia Grave contra la Pareja (EPV-R)

FECHA DATOS\*  
23/01/2024, 15:35

EDAD: 55 años  
SEXO: Mujer

DATOS PERSONALES		PERFIL DEL AGRESOR	
1	Procedencia extranjera del agresor o de la víctima	✓	_____
<b>SITUACIÓN DE LA RELACIÓN DE PAREJA</b>			
2	Separación reciente o en trámites de separación	✓	_____
3	Acoso reciente a la víctima o quebrantamiento de la orden de alejamiento	✓	_____
<b>TIPO DE VIOLENCIA</b>			
4	Existencia de violencia física susceptible de causar lesiones	✓	_____
5	Violencia física en presencia de hijos e hijas u otros familiares	✓	_____
6	Aumento de la frecuencia y de la gravedad de los incidentes violentos en el último mes	✓	_____
7	Amenazas graves o de muerte en el último mes	✓	_____
8	Amenazas con objetos peligrosos o con armas de cualquier tipo	✓	_____
11	Celos muy intensos o conductas controladoras sobre la pareja	✓	_____
12	Historial de conductas violentas con una pareja anterior	✓	_____
13	Historial de conductas violentas con otras personas (amigos, compañeros de trabajo...)	✓	_____
14	Consumo abusivo de alcohol y/o drogas	✓	_____
15	Antecedentes de enfermedad mental con abandono de tratamientos psiquiátricos o psicológicos	✓	_____
16	Conductas de crueldad, de desprecio a la víctima y de falta de arrepentimiento	✓	_____
17	Justificación de las conductas violentas por su propio estado (alcohol, drogas, estrés...)	✓	_____
<b>VULNERABILIDAD DE LA VÍCTIMA</b>			
18	Percepción de la víctima de peligro de muerte en el último mes	✓	_____
19	Vulnerabilidad de la víctima por razón de embarazo, enfermedad,	✓	_____

Madrid Conde, M.teresa osaglo.osasunet

Consideramos de interés la validación de la escala de Barnardos<sup>93</sup> como una aproximación más específica del riesgo que pueda presentar la persona menor.

<sup>93</sup> Barnardo's Domestic Violence Risk Identification Matrix Assessing the risks to children from male to female domestic violence.

### 3.1.6. Anexo 6. Plan de Seguridad<sup>94</sup>

Medidas de protección generales incluidas en la Guía de Actuación para profesionales de Salud ante la VG y las agresiones sexuales en Euskadi y en la Guía Faro de VG de Osabide.

#### MEDIDAS DE PROTECCIÓN GENERALES

##### MEDIDAS DE PROTECCIÓN PARA LOS Y LAS MENORES

- Ten a mano su documentación: tarjeta sanitaria, cartilla sanitaria.
- Si son de poca edad, enséñales con juegos los lugares más seguros de casa.
- Si son de mayor edad, enséñales a llamar al 112 y pedir ayuda, a indicar el nombre y la dirección. No se recomienda dar por escrito planes de seguridad.
- Si el agresor empieza a gritar o a ponerse violento, procura que salgan de la habitación donde está el agresor.
- Usa una palabra clave con tus hijos e hijas para que puedan protegerse durante un incidente violento.
- Enséñales a no interponerse si hay una agresión. En caso de emergencia deben alejarse del agresor y pedir ayuda.

##### SI CREES QUE TE VA A AGREDIR

- Aléjate de la cocina, si puedes. Evita lugares que no tengan un acceso al exterior. Evita lugares donde haya cuchillos o armas.
- Ponte cerca de un lugar de salida (puerta de la habitación o de la calle) o de un lugar desde el que puedas pedir ayuda.
- Si hay personas menores en casa, aléjate de ellas.
- Si pides ayuda al exterior es más eficaz gritar "¡Fuego!" que "¡Socorro!".
- En caso de agresión, protege tu cabeza, cara, cuello y vientre con los brazos, como si fueras una bola.
- Llama al 112. Di dónde estás cuanto antes para que puedan localizarte si se corta la llamada.
- Si crees que te puede hacer daño, ¡sal de casa!, confía en tu instinto si no sabes a dónde ir o no tienes un teléfono para llamar al 112.

<sup>94</sup> Modificada de "Domestic Abuse: a resource of health professionals". NICE guidelines. 2017 y "Plan de seguridad para víctimas de violencia de género durante el confinamiento-covid-19! Instituto Canario de Salud.



### 3.1.7. Anexo 7. Algunas recomendaciones para las mujeres en situación de VG con sus hijos e hijas

Algunas mujeres en situación de violencia machista o sobrevivientes probablemente han tenido que proteger a sus hijas e hijos de las agresiones.

Hablar con los niños y niñas puede ayudarles a sentirse menos impotentes, confundidos o enfadados.

#### RECOMENDACIONES

- **Hable con sus hijos/hijas y escúchelos.** La mayoría de los niños/niñas apreciarán la oportunidad de reconocer el abuso y hablar sobre lo que sienten.
- Trate de **ser honesta acerca de la situación**, sin que se asusten, de una manera apropiada para su edad. Asegúreles que el abuso no es culpa suya y que no son responsables del comportamiento de las personas adultas.
- Explíqueles que el abuso está mal y que no resuelve los problemas. Recuerde, sus hijos/hijas naturalmente confiarán en usted; trate de no romper esa confianza mintiéndoles directamente.
- Anime a sus hijos/hijas a hablar sobre sus deseos y sentimientos. Tal vez podría hacer esto haciendo una actividad juntos o alentándoles a dibujar o escribir sobre lo que está sucediendo y cómo se sienten al respecto. A veces, los niños y las niñas esperarán hasta que se sientan con seguridad y ya no se encuentren en el entorno violento antes de comenzar a hablar sobre sus sentimientos.
- Dígales dónde pueden obtener más información.
- **Enséñeles cómo obtener ayuda de emergencia.** Muéstrelas cómo marcar el 112, pero asegúrate de que sepan que no son responsables de protegerte si te maltratan.
- Ayude a **augmentar su autoestima** brindándoles elogios, atención y afecto con regularidad.
- **Pida ayuda.** Demuestre que pedir ayuda es algo bueno; hágalo usted misma para que sus hijos/hijas vean que no hay nada de qué avergonzarse. Tal vez crea que es mejor para sus hijos/hijas si trata de mantener unida a la familia para brindar la seguridad de un hogar y un padre. Sin embargo, los niños y las niñas se sentirán más seguros/as y lo estarán viviendo en un entorno estable más que en un entorno que es inestable y abusivo.

### 3.1.8. Anexo 8. Entender a las mujeres que enfrentan violencia<sup>95</sup>

#### ENTENDER A LAS MUJERES QUE ENFRENTAN VIOLENCIA

##### ¿POR QUÉ EN OCASIONES SIGUE JUNTO AL AGRESOR?

- Las mujeres quieren que termine el maltrato, pero no siempre quieren que la relación termine.
- El maltrato a menudo se intensifica y continúa después de la separación.
- Podrían depender económicamente del agresor, sentirse asustadas ante la soledad, falta de autoestima y confianza para salir de la situación. Pueden sentir vínculo traumático<sup>95</sup> con su agresor (a menudo denominado "síndrome del rehén").
- Es posible que quieran que el padre de sus hijos esté cerca cuando están creciendo y/o permanecer dentro o cerca de su familia, redes y la comunidad.
- Pueden estar sufriendo estrés postraumático a largo plazo y ser incapaces de tomar decisiones críticas.

##### ¿POR QUÉ NO SE LO CUENTAN A ALGUIEN?

- Las mujeres pueden no revelar porque tienen miedo del agresor y les preocupa que nadie les crea, sobre todo si no hay lesiones físicas.
- Algunas mujeres no cuentan porque no se les pregunta, algunas nunca están a solas como para poder contarlo.
- Algunas pueden no reconocer su experiencia como maltrato; otras pueden sentir vergüenza.
- Puede haber barreras culturales o religiosas. Pueden estar preocupadas por su condición de migrante. Muchas mujeres están preocupadas por poder perder a sus hijos si contactan con los servicios sociales.
- Al igual que con las mujeres más jóvenes, las mujeres mayores a menudo no saben a dónde acudir a pedir ayuda por ayuda. No saben si es adecuado denunciar su situación.
- Han tenido malas experiencias previas cuando se lo han contado a alguien o han acudido a denunciar.
- No confían en los servicios.
- No conocen sus derechos.

<sup>95</sup> Domestic Abuse: a resource for health professionals. NICE Guidelines 2017.

### 3.1.9. Anexo 9. Cómo actuar con NNA

#### CÓMO ACTUAR CON NNA

##### ¿QUÉ DECIR A UN NIÑO O A UNA NIÑA QUE PREGUNTA Y CÓMO DECÍRSELO?

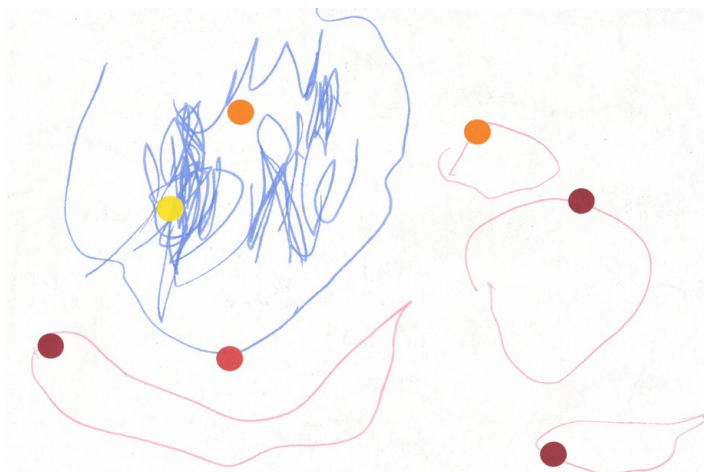
- Siempre la verdad.
- Decirle solo aquello que pueda entender, hablar en el mismo código lingüístico. No extendernos en explicaciones a niños y niñas pequeñas que no lo puedan entender, ni evitar dárselas a un/a adolescente porque creamos que no lo va a entender. Hacerlo con naturalidad, sin dramatizar.
- No dar más información de la que la niña/o pueda asumir. En muchas ocasiones las madres creen que como la persona menor ha presenciado tanto la violencia, se le puede hacer partícipe de informaciones relativas a juicios, manipulaciones del agresor, intentos de acercamiento hacia la madre. El tener que comunicar situaciones desagradables implica la necesidad de dosificar la información para no saturar la realidad de la persona menor y no desbordarla emocionalmente. El niño o niña irá marcando los límites en muchas ocasiones preguntando o cambiando de tema.
- Usar un tono emocional adecuado: cuando se produce la ruptura de la relación de pareja los niños o niñas pueden percibir que la adulta está triste, así como su entorno, que lo sienten tanto como la niña o el niño, pero el expresar dicha emoción no les impide tener control sobre la misma. Se explicará que hay que evitar decir en su presencia expresiones como “¿qué va a ser de nosotros?”, “me quiero morir”.
- Ofrecer el máximo apoyo emocional: dar a la menor cercanía afectiva incluso a través de contacto físico, darle la mano, sentarnos junto a él/ella, un abrazo... siempre que nos lo permitan y no sea forzado.

##### ¿QUÉ REACCIONES PUEDE TENER EL NIÑO O LA NIÑA?

- Pueden aparecer conductas o respuestas inesperadas para las personas adultas, como “¿me puedo ir a jugar ya?”, sin expresar tristeza sino indiferencia afectiva.
- En ocasiones NNA expresarán su tristeza, rabia, consternación... tiempo después de los cambios vitales que puedan darse. Los niños y niñas más pequeños/as por las limitaciones del pensamiento lineal, reversible y concreto, no pueden anticipar lo que suponen las pérdidas en un primer momento.

### ¿CÓMO ACTUAR DESDE EL ENTORNO DEL NIÑO, NIÑA O ADOLESCENTE?

- Mantener rutinas, continuar costumbres y hábitos, así como introducir los menores cambios posibles, facilitándole un espacio para el descanso y evitar la agitación emocional.
- Estar expectantes sobre cómo expresa sus sentimientos, ya que puede hacerlo directamente (verbal o a través de la escritura) o indirectamente (escuchando canciones que le animan a expresar lo que siente, dibujando o creando manualidades). Las personas cercanas a estas personas menores pueden intervenir participando de sus expresiones, animándoles a que incorporen cambios en sus producciones para así ir modificando sus vías de expresión no verbal.
- Atender los sentimientos de culpa. Es muy frecuente que los y las menores se culpabilicen de lo ocurrido porque las agresiones se producen en un ambiente donde la persona menor participa, aunque sea como mero espectador, y las causas de las agresiones se producen a partir del funcionamiento familiar.
- Cuando son más conscientes del maltrato sufrido en la madre se culpabilizan por no haber paralizado la agresión o agresiones. Es muy importante la intervención ante comentarios de la persona menor cuando se culpabiliza, atribuyendo la responsabilidad de las agresiones a quién la ejerce y no a quién la recibe.
- Es necesario valorar para una intervención a largo plazo con cada menor los cambios bruscos que se producen, las reacciones exageradas de irritación o agresividad, aislamiento, evitación de compañía, bajo rendimiento escolar.
- En los casos en que los padres soliciten explicaciones hay que intentar tranquilizar al padre respecto a que la intervención realizada pretende ayudar al niño, niña o adolescente y en ningún caso ponerse del lado de una de las partes en litigio (la madre) e intentar sensibilizar al padre respecto a las dificultades y el malestar de su hijo o hija y la necesidad de recibir ayuda.
- Es frecuente que, tras la separación, los progenitores soliciten información sanitaria de sus hijas e hijos. El derecho a la información sanitaria es inherente a la Patria Potestad. En caso de separación o de orden de alejamiento, si el padre mantiene la PATRIA POTESTAD y solicita información sanitaria tenemos la obligación de dársela mediante los cauces establecidos para ello.



### 3.1.10. Anexo 10. Guía Faro Violencia de Género - en hijos e hijas - códigos

Se ha incluido tanto en OGP como en OG la GUÍA: “**Hijas e Hijos Víctimas de Violencia de Género**” disponible el faro de OGP/OG.

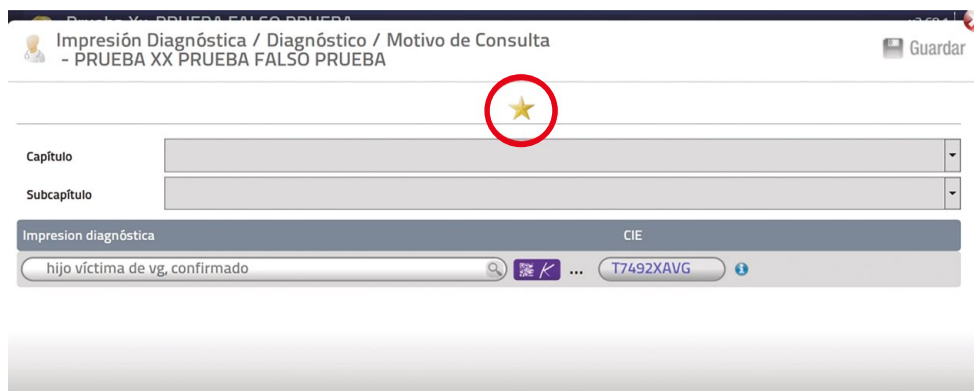
Esta guía se desencadena automáticamente cuando se registran los siguientes códigos diagnósticos:

- **T7492XAVG “Menor víctima VG, confirmado”.**
- **T7692XAVG “Menor víctima VG, sospecha”.**

Esta guía puede abrirse a demanda en cualquier momento de la atención.



Los diagnósticos están disponibles en “Favoritos” de Atención Primaria:






#### ★ Diagnósticos Favoritos


Descripción	Descripción Euskera	CIE10
HIJA VÍCTIMA DE VG, CONFIRMADO		T7492XAVG
HIJA VÍCTIMA DE VG, SOSPECHA		T7692XAVG
HIJO VÍCTIMA DE VG, CONFIRMADO		T7492XAVG
HIJO VÍCTIMA DE VG, SOSPECHA		T7692XAVG

## Guía de actuación para profesionales de la salud ante hijos e hijas víctimas de la violencia de género

En Atención Primaria, al abrir el episodio es necesario activar la opción **NO IMPRIMIBLE** para evitar la impresión de información sensible, registrada en el evolutivo.

 Procesos- Prueba Xx, PRUEBA FALSO PRUEBA   Guardar

---

**Diagnóstico** 

TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS, OTRAS LESIONES DE CAUSA EXTERNA

HIJA VÍCTIMA DE VG, SOSPECHA

CIE-10 T7692XAVG MENOR EXPUESTO VG, SOSPECHA

CIE-9 995.50 MALOS TRATOS INFANTILES, NO ESPECIFICADOS

**Confidencialidad** **Severidad** **Fecha Inicio** **Fecha Cierre** **ERRONEO**

**Normal**




**Normal**

**No Imprimible**


**Solo Generador**

Profesional

Al codificar el diagnóstico aparece el acceso a la guía en la pantalla:

 Procesos- Prueba Xx, PRUEBA FALSO PRUEBA   Guardar

---

**Diagnóstico** 

TRAUMATISMOS, ENVENENAMIENTOS, OTRAS LESIONES DE CAUSA EXTERNA

HIJA VÍCTIMA DE VG, SOSPECHA

CIE-10 T7692XAVG MENOR EXPUESTO VG, SOSPECHA

CIE-9 995.50 MALOS TRATOS INFANTILES, NO ESPECIFICADOS

**Confidencialidad** **Severidad** **Fecha Inicio** **Fecha Cierre** **ERRONEO**

**Normal**

**Normal**

**No Imprimible**

**Solo Generador**

Profesional

## DOCUMENTOS INCLUIDOS EN LA GUÍA FARO “HIJAS E HIJOS VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO”

La guía contiene las siguientes acciones:

 Guía - Prueba Xx, PRUEBA FALSO PRUEBA

Acciones Sugeridas

GUÍA	ACCIÓN	DETALLE ACCIÓN	VISTO	FECHA	
Hijas e Hijos Víctimas de Violencia de Género	Formulario	Recogida de datos en hijas e hijos víctimas de Violencia de Género.			^
Hijas e Hijos Víctimas de Violencia de Género	Informe	Parte de lesiones/judicial hijas e hijos víctimas de violencia de género			≡
Hijas e Hijos Víctimas de Violencia de Género	Formulario	Predicción de Riesgo Vital en Violencia de Género			
Hijas e Hijos Víctimas de Violencia de Género	Informe	Notificación de situación de protección infantil			
Hijas e Hijos Víctimas de Violencia de Género	Informe	Medidas de autoprotección personal en caso de convivencia con el agresor.			v

- 1. Formulario** “Recogida de datos en hijas e hijos víctimas de Violencia de Género”.
- 2. Informe:** “Parte de lesiones/judicial hijas e hijos víctimas de violencia de género”.
- 3. Formulario:** “Predicción de Riesgo Vital en Violencia de Género”.
- 4. Informe:** “Notificación de situación de protección infantil”.
- 5. Informe:** “Medidas de autoprotección personal en caso de convivencia con el agresor”.
- 6. Informe:** “Medidas de autoprotección personal en caso de NO convivencia con el agresor”.

Su objetivo es recordar y facilitar las acciones a realizar en la intervención con estas mujeres, y sus hijas e hijos. Pueden ser realizadas en distintos momentos del proceso de atención y sirven de ayuda a cualquier profesional con intervención en la atención de las y los menores de violencia de género. Se activa tras la codificación del episodio de “MENORES VÍCTIMAS DE VG, SOSPECHA” o “MENORES VÍCTIMAS DE VG, CONFIRMADO”.

LOS INFORMES CONTENIDOS EN ESTA GUÍA NO SE VISUALIZAN EN CARPETA DE SALUD.

## FORMULARIO DE PERSONAS MENORES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

Se ha diseñado con el fin de que sea una herramienta útil para cualquier profesional en el seguimiento de la atención, además de fuente de datos para el registro de casos.



Formularios

Osakidetza Prueba falso, PRUEBA FALSOSO PRUEBA FALSOSOAA  
CIC: 10056524 Mujer 55 años Variables Clínicas ES | EU 8/16/24 42184011

NUEVO - Hijos e Hijas víctimas de Violencia de Género

FECHA DATOS\* 23/01/2024, 15:58 EDAD: 55 años SEXO: Mujer

Año de inicio a la exposición a la violencia:	✓		Custodia:	✓	Madre
Persona menor víctima de agresión directa:	✓	Psicológico	Patria Potestad:	✓	Compartida
Persona menor testigo de la violencia:	✓	Escucha	Visitas:	✓	En un punto de encuentro
Separación de progenitores:	✓	SI	Relación actual con el supuesto agresor:	✓	No convivencia pero contacto frecuente
Orden de alejamiento hacia la madre:	✓	SI	Notificación a Servicios Sociales:	✓	
Orden de alejamiento hacia la persona menor:	✓		Derivación:	✓	No

Hijos e hijas víctimas de Violencia de Género. Osakidetza 2023

## EVOLUTIVO

Los datos recogidos en la historia clínica permiten la realización de un diagnóstico, ayudan en la toma de decisiones, sirven de herramienta de control de la evolución y permiten la adecuada atención sanitaria entre profesionales de distintas áreas, sin que las víctimas tengan que repetir el relato una y otra vez.

Toda actuación sanitaria debe quedar registrada. Es importante anotar literalmente (entrecomillado) las palabras utilizadas por la persona menor o por la mujer, haciendo referencia a la persona que lo relata. Es conveniente reseñar también la actitud, los gestos, los sentimientos que muestran durante el relato de lo ocurrido.

Estar alerta en cuanto a los datos (domicilio, CS...) que permitan al agresor localizar a la mujer a través de la información clínica solicitada respecto a sus hijos e hijas.

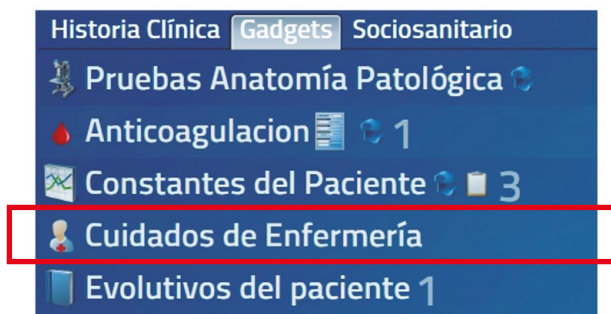


## Registro en Historia Clínica-Osanaia

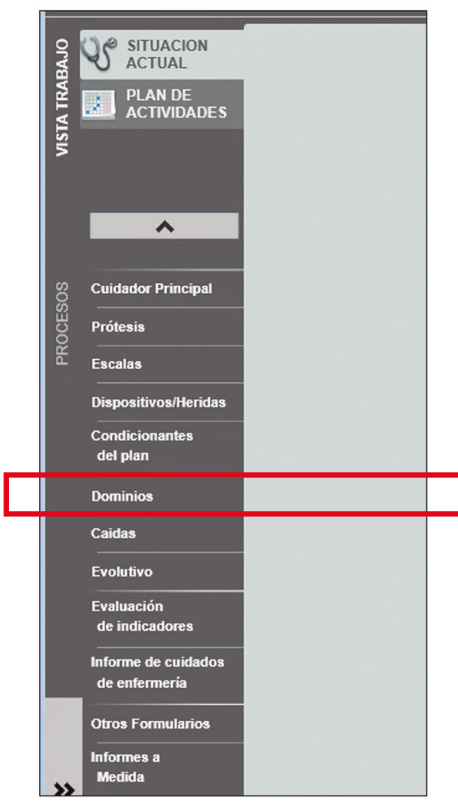
El acceso al registro en Osanaia se realiza mediante el botón de acceso en el apartado Procesos de Historia Clínica:



También puede accederse a través del gadget correspondiente desde la pestaña de Gadgets:



Una vez en Osanaia, se debe seleccionar la opción Dominios de la barra lateral izquierda:



## Guía de actuación para profesionales de la salud ante hijos e hijas víctimas de la violencia de género

La valoración de la persona menor víctima de violencia se realiza en el Dominio 9 – Afrontamiento/Tolerancia al estrés, por lo que una vez en el apartado de Dominios se debe seleccionar ese:

The screenshot shows a software interface with a sidebar on the left and a main content area. The sidebar has a vertical menu with the following items: VISTA TRABAJO, SITUACION ACTUAL, PLAN DE ACTIVIDADES, PROCESOS, Cuidador Principal, Prótesis, Escalas, Dispositivos/Heridas, Condicionantes del plan, Dominios, Caídas, Evolutivo, Evaluación de indicadores, Informe de cuidados de enfermería, Otros Formularios, Informes a Medida. The main content area has two tabs: 'ACTIVOS' and 'FINALIZADOS'. Below the tabs is a section titled 'Dominios NANDA' with a list of 13 domains. The domain '09. Afrontamiento/tolerancia al estrés' is highlighted with a red rectangular box.

Esto da acceso al formulario de registro de la valoración efectuada:

The screenshot shows a form titled 'Respuesta postraumática'. It contains several sections: 'Es o ha sido víctima de violencia' with three radio button options; 'Año de inicio de exposición a la violencia' with a text input field containing '15'; 'Tipo de violencia' with a list box containing 'Económica', 'Física', 'Psicológica', and 'Sexual'; 'Persona menor víctima de agresión directa' with a dropdown menu; 'Persona menor testigo de violencia' with a dropdown menu; 'Persona que ejerce la violencia' with a dropdown menu; 'Relación actual con el presunto agresor' with a dropdown menu; 'Lesiones físicas atribuibles a maltrato' with a checkbox; 'Indicadores psicológicos de maltrato actual' with a checkbox; 'Indicadores socio-laborales de maltrato actual' with a checkbox; 'Notificación a servicios Sociales' with a dropdown menu; 'Orden de alejamiento hacia la madre' with a dropdown menu; 'Separación de progenitores' with a dropdown menu; 'Orden de alejamiento hacia la persona menor' with a dropdown menu; and 'Observaciones convivencia en ambiente de violencia' with a large text area.

Los datos recogidos en este formulario y que están presentes también en el formulario de Osabide Global se correlacionan de forma automática entre ambos sistemas, de tal forma que los valores de esos datos registrados en Osanaia son visibles desde el formulario de Osabide Global y viceversa.

La cumplimentación del formulario dará lugar a la oferta por parte del sistema del plan de cuidados de enfermería más adecuado para la situación valorada.

### 3.1.11. Anexo 11. Medidas de seguridad respecto a la historia clínica<sup>96</sup>

#### MEDIDAS DE SEGURIDAD HISTORIA CLÍNICA

- En Atención Primaria, al abrir el episodio es necesario activar la opción **NO IMPRIMIBLE** para evitar la impresión de información sensible.
- La ALERTA POR MALOS TRATOS no se debe activar ya que se traslada a todos los informes que se generen después, y esto puede poner en riesgo a la mujer y a los NNA.
- Antes de entregar cualquier informe, se debe verificar que **NO SE HAN ARRASTRADO ALERTAS O DIAGNÓSTICOS** que pueden poner en peligro a las mujeres o a sus hijas e hijos.
- La historia clínica se debe pedir a través de los cauces habituales. No se debe entregar en la consulta.
- Al solicitar la historia clínica se debe acreditar que el o la solicitante es su representante legal. En el caso de los progenitores aportar el Libro de Familia. Si están separados judicialmente, la sentencia judicial que determine la custodia de la persona menor; si no tiene la custodia, documento que acredite la patria potestad.
- Los Partes de Lesión por Violencia de género no se visualizan en la Carpeta de Salud.
- Los formularios de la Guía Faro no se visualizan en la Carpeta de Salud.

---

<sup>96</sup> Documentación Clínica en Atención Primaria: Procedimiento de acceso para uso no asistencial. Comisión de Documentación Clínica Atención Primaria. Dirección de Asistencia Sanitaria. Gobierno Vasco. 2004.

### 3.1.12. Anexo 12. Recursos

En la atención a niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia coexisten los programas y recursos generales de atención a las víctimas de violencia machista, los específicos de protección infantil y los específicos de atención a NNA víctimas de violencia de género.

La valoración de la situación y el acceso a los mismos le corresponde a los servicios sociales municipales.

<https://www.euskadi.eus/servicios-sociales-violencia-de-genero/web01-a2gizar/es/#id>

<https://web.araba.eus/es/servicios-sociales/victimas-violencia-de-genero>

[https://www.bizkaia.eus/Home2/Temas/DetalleTema.asp?Tem\\_Codigo=240&idioma=CA](https://www.bizkaia.eus/Home2/Temas/DetalleTema.asp?Tem_Codigo=240&idioma=CA)

<https://www.gipuzkoa.eus/es/web/gizartepolitika/colectivos/victimas-de-violencia-machista>

#### 3.1.12.1. RECURSOS ESPECÍFICOS POR TERRITORIOS

##### A) ARABA

###### SERVICIO DE ATENCIÓN PSICOLÓGICA

Es un servicio gratuito de atención psicológica especializada que se dirige a mujeres y menores a su cargo residentes en cualquiera de los municipios del Territorio Histórico de Álava, que hayan sufrido malos tratos físicos y/o psíquicos o agresiones sexuales, recientemente o en el pasado, y que precisen atención psicológica para poder superar las consecuencias derivadas de las situaciones de violencia experimentadas.

###### VÍCTIMAS DE VIOLENCIA DE GÉNERO

- En caso de emergencia se debe llamar a **SOS-DEIAK al 112**.
- Servicio de Atención telefónica para víctimas de violencia de género:  
**900 840 111**
- Información y orientación: Servicio Social de Base de su barrio o municipio.
- Teléfonos para cita Servicio Foral Hegoak:

Amurrio: **945 891 161**

Llodio: **944 034 850**

Vitoria-Gasteiz, Salvatierra, Laguardia y Oyón-Oion:

**945 151 015**

**945 124 892**

## **B) BIZKAIA**

### **Programa de Intervención Familiar especializada en menores víctimas de VG. Diputación de Bizkaia.**

#### **OBJETIVOS Y CONTENIDO**

- Valoración del daño en los niños y niñas víctimas de la violencia de género y en el vínculo materno-filial.
- Planificación y programación de la intervención psicoterapéutica y socioeducativa a desarrollar en cada uno de los casos atendidos.
- Puesta en práctica de la intervención a desarrollar.
- Evaluación continua durante todas las fases del proceso de intervención.
- Coordinación y cooperación con agentes sociales.

#### **PERSONAS DESTINATARIAS**

- Niños, niñas y adolescentes que viven o han vivido en contextos de violencia de género (de 3 a 18 años).
- Sus madres (víctimas de violencia de género) o persona cuidadora de referencia.
- Los padres de estos menores cuando no sean agresores, o familiares que convivan o afectados por la situación.
- Padres de estos menores cuando sean los agresores, pero mantengan contacto, soliciten la intervención y muestren disposición a tomar parte en la misma, siempre que no exista una orden de protección dictada a favor de las y los menores hacia su padre y siempre que la intervención no ponga en riesgo a los hijos e hijas o a la propia mujer.
- Niños, niñas o adolescentes cuyas madres hayan sido asesinadas por sus parejas y las personas con ellas convivientes.

#### **CÓMO ACCEDER AL PROGRAMA**

- Se atenderá a los casos derivados desde los Servicios Sociales Municipales, desde el Servicio de Infancia de la Diputación Foral de Bizkaia, desde las entidades judiciales, y desde otras entidades o instituciones (Osakidetza, Educación, Módulos Psicosociales, etc.), además de aquellos otros casos que sean determinados desde el Servicio de Mujer e Intervención Familiar de la Diputación Foral de Bizkaia.
- Las solicitudes para acceder al Programa se presentarán bien directamente ante el Servicio de Mujer e Intervención Familiar del Departamento de Empleo, Inclusión Social e Igualdad de la Diputación Foral de Bizkaia o bien indirectamente a través de los Servicios Sociales o entidades derivantes que a su vez deberán emitir un informe de derivación que motive la adecuación del acceso de la familia solicitante al programa.

- Para acceder al programa, la entidad derivante tramitará la solicitud que se podrá presentar en cualquiera de los Registros del Departamento de Empleo, Inclusión Social e Igualdad; asimismo, podrá cursarse a través de cualquiera de las formas previstas en el artículo 38 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

### **MÁS INFORMACIÓN**

Servicio de Mujer e Intervención Familiar de la Diputación Foral de Bizkaia:  
Teléfonos: **946083581 / 946083574**  
Fax: **946082975**

### **C) GIPUZKOA**

**Servicio de Inserción Social, Atención a las Mujeres Víctimas de la Violencia Machista y Urgencias Sociales Diputación Foral de Gipuzkoa.**

La Diputación Foral de Gipuzkoa contempla la atención a los y las menores en el marco de los recursos y servicios de atención a las mujeres víctimas, aunque carece de programas específicos dirigidos a niñas y niños víctimas de violencia de género. La intervención se realiza en el marco de las relaciones de convivencia.

### **PROGRAMAS Y RECURSOS DE ATENCIÓN PARA LAS MUJERES VÍCTIMAS DE VIOLENCIA MACHISTA**

- Atención psicológica individual y grupal.
- Atención socio-jurídica.
- Atención psicosocial ambulatoria.
- Centros de acogida y pisos de autonomía.
- Servicio de Coordinación Foral de Urgencias Sociales.

En el Servicio de atención Psicológica aparte de las mujeres se atienden a otras víctimas de la violencia machista (hijos e hijas) y su objeto es garantizar la protección de niños, niñas, y adolescentes en todos los casos de violencia de género, incluidos aquellos en los que no media denuncia, ni interposición de una demanda de divorcio.

Se accederá al servicio a través de los Servicios Sociales de Base.

## D) OTROS RECURSOS



**DIRECCIÓN DE SERVICIOS SOCIALES  
(Departamento de Empleo y Políticas Sociales)**

**GOBIERNO VASCO**

C/ Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz

<http://www.euskadi.eus/serviciosociales>

### **ERTZAINZA / POLICIA LOCAL**

Atención a supuestos de urgencia: tramitación de solicitudes de órdenes de protección; servicio de atención para recogida de denuncias 24 horas; servicio de atención personalizada; oferta de teléfono móvil (**Bortxa**), para avisos de urgencia; y medidas policiales de protección.

### **ACOMPañAMIENTO**

Si la víctima teme por su seguridad o así lo solicita, se le acompañará, tanto a ella como si es necesario a sus hijos e hijas menores a su cargo, a un domicilio o lugar alternativo propuesto por ella (casa de familiares, amistades, etc.) o al recurso de acogida municipal si así se considera conveniente.

### **ASISTENCIA JURÍDICA GRATUITA**

Las personas en situación de violencia de género tienen derecho a la asistencia letrada gratuita. Es importante saber que tienen derecho a un abogado/a en el momento que vayan a interponer una denuncia.

### **SERVICIO DE ATENCIÓN A LA VÍCTIMA (SAV)**

Si quiere plantear su caso a profesionales de manera presencial, existe un Servicio de Asistencia a la Víctima (SAV) por Territorio Histórico (Álava 900 180 414, Bizkaia 900 400 028 y Gipuzkoa 900 100 928). Se trata de un servicio gratuito, que cuenta con juristas, profesionales de trabajo social, y psicología.

### **SATEVI**

Servicio Especializado de Información y Atención Telefónica a mujeres víctimas de violencia de género (S.A.TE.VI.) 24 horas.

**TELÉFONO: 900 840 111**

Servicio del Gobierno Vasco que atiende a TODAS las mujeres víctimas, y también a familiares o personas allegadas a éstas y a profesionales que demanden información o asesoramiento.

**ZEUK-ESAN**

Es un espacio de ayuda dirigido a niños, niñas y adolescentes del País Vasco, consta de un teléfono de ayuda y de una web.

Marca **116111** en tu teléfono y contactarás con este servicio anónimo y gratuito

<https://www.euskadi.eus/presentacion-zeuk-esan/web01-a2zeukes/es/>





## 3.2. Glosario de términos

### 3.2.1. Patria potestad

Conjunto de deberes y derechos de los progenitores en relación con los hijos e hijas menores de edad que no emancipados y su protección. Según el artículo 154 del Código Civil, la patria potestad comprende los siguientes deberes y facultades: Velar por los hijos, tenerlos en su compañía, alimentarlos, educarlos y procurarles una formación integral; así como la representación y administración de sus bienes.

La patria potestad es obligatoria, personal e intransferible, pues los padres tienen la patria potestad, a no ser que la ley les prive de ella o les excluya de su ejercicio. Es indisponible, ya que el ejercicio de la patria potestad no puede ser atribuido, modificado, regulado, ni extinguido por la propia voluntad privada, sino en los casos en los que la misma ley lo permita.

El artículo 170 del Código Civil establece que el padre o la madre podrán ser privados total o parcialmente de la patria potestad por sentencia fundada en el incumplimiento de los deberes inherentes a la misma o dictada en causa criminal o matrimonial. Los Tribunales podrán en beneficio e interés del hijo, acordar la recuperación de la patria potestad cuando hubiere cesado la causa que motivó la privación.

También esta privación puede venir derivada de una causa penal, directamente por decisión del juez de lo penal que imponga la condena en casos de violencia de género.

### 3.2.2. Guarda y custodia

Se entiende por convivir, cuidar y asistir a los hijos e hijas. Se puede atribuir a uno de los progenitores, compartida entre ambos o a una tercera persona.

En el caso en que no exista acuerdo entre los progenitores para decidir sobre que progenitor debe ostentarla rige el principio del beneficio de la persona menor de edad, además de oírla, se ponderarán las aptitudes de los progenitores, relaciones con los hijos e hijas, condiciones y entorno de cada uno de ellos y todas aquellas circunstancias que ofrezcan la estabilidad y equilibrio en el desarrollo integral de la persona menor.

La guarda y custodia compartida se dará cuando los progenitores lo soliciten en la propuesta del convenio regulador o cuando ambos lleguen a ese acuerdo en el transcurso del procedimiento.

### 3.2.3. Régimen de visitas

El artículo 94 del Código Civil establece que el progenitor que no tenga consigo a los hijos menores o incapacitados gozará del derecho a visitarlos, comunicar con ellos y tenerlos en su compañía. El Juez determinará el tiempo, modo y lugar del ejercicio de este derecho, que podrá limitar o suspender si se dieran graves circunstancias que así lo aconsejen o se incumpliere de forma grave o reiterada los deberes impuestos por la resolución judicial.

Los padres pueden pactar el régimen de visitas que consideren, pero a falta de acuerdo se establece un régimen de visitas mínimo a favor del progenitor que no ostenta la custodia.

#### **¿En qué se diferencia la patria potestad de la guarda y custodia?<sup>97</sup>**

La patria potestad se refiere a la representación general de los hijos, mientras que la guarda y custodia se centra en la convivencia habitual o diaria con ellos. Por eso, cuando se produce una ruptura matrimonial, lo normal es que ambos progenitores mantengan la patria potestad, cosa que no suele ocurrir con la guarda y custodia ya que por regla general solo uno de ellos la mantiene, exceptuando los casos de custodia compartida.

En el artículo 156 del código civil se establece que “Si los padres viven separados, la patria potestad se ejercerá por aquel con quien el hijo conviva. Sin embargo, el Juez, a solicitud fundada del otro progenitor, podrá, en interés del hijo, atribuir al solicitante la patria potestad para que la ejerza conjuntamente con el otro progenitor o distribuir entre el padre y la madre las funciones inherentes a su ejercicio”.

La patria potestad es indisponible e irrenunciable por el progenitor. En este sentido, un progenitor siempre va a tener ciertas obligaciones con los hijos que en caso de no cumplir voluntariamente pueden ser exigidas judicialmente. Entre ellos se encuentra el deber de proporcionar alimentos que deriva de la relación paterno-filial y, por tanto, no se excluye incluso aunque se haya privado de la patria potestad.

Esta indisponibilidad imposibilita la renuncia a la patria potestad voluntaria en un procedimiento judicial o de común acuerdo en un convenio regulador de separación o divorcio.

---

<sup>97</sup> La práctica judicial en los delitos de malos tratos. Patria potestad, guarda y custodia y régimen de visitas. Tesis doctoral presentada. M<sup>a</sup> Carmen Peral López. Ministerio de la Presidencia, Relaciones con las Cortes e Igualdad. Centro de Publicaciones.

### 3.2.4. Orden de protección (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género)

#### ¿En qué consiste?

La orden de protección es un instrumento legal diseñado para proteger a las víctimas de la violencia doméstica y/o de género frente a todo tipo de agresiones. Para ello, la orden de protección concentra en una única e inmediata resolución judicial (un auto) la adopción de medidas de protección y seguridad de naturaleza penal y de naturaleza civil, y activa al mismo tiempo los mecanismos de asistencia y protección social establecidos a favor de la víctima por el Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales.

Esto es, la orden de protección unifica los distintos instrumentos de protección a la víctima, previstos por el ordenamiento jurídico y le confiere un estatuto integral de protección.

#### ¿En qué supuestos se dicta?

En los casos en que, existiendo indicios fundados de la comisión de un delito o falta contra la vida, integridad física o moral, libertad sexual, libertad o seguridad de una mujer (por parte de un hombre que sea o haya sido su cónyuge o que esté o haya estado ligado a ella por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia), resulta una situación objetiva de riesgo para la víctima que requiere la adopción de alguna medida de protección.

#### ¿Dónde se regula?

En el artículo 544 ter de la Ley de Enjuiciamiento Criminal, introducido por la Ley 27/2003, de 31 de julio, reguladora de la Orden de protección de las víctimas de la violencia doméstica.

Aunque la redacción literal del artículo 544 ter de la Ley de Enjuiciamiento Criminal refiere la orden de protección sólo a las víctimas de la violencia doméstica, el artículo 62 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, hace extensivo dicho artículo a las víctimas de la violencia de género.

#### ¿Quién puede solicitarla?

- La víctima de actos de violencia física o psicológica por parte de quien sea o haya sido su cónyuge o de quien esté o haya estado ligado a ella por relaciones similares de afectividad, aun sin convivencia.

- Los descendientes de la víctima, sus ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad, propios o del cónyuge o conviviente, los menores o incapaces que convivan con la víctima o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho.
- El Ministerio Fiscal.
- El órgano judicial puede acordarla de oficio.
- Las entidades u organismos asistenciales, públicos o privados que tuviesen conocimiento de la existencia de alguno de los delitos o faltas de violencia de género, deberán ponerlos inmediatamente en conocimiento del Juez/a de Violencia sobre la Mujer o, en su caso, del Juez/a de Instrucción en funciones de guardia, o del Ministerio Fiscal con el fin de que el Juez/a pueda incoar o el Ministerio Fiscal pueda instar el procedimiento para la adopción de la orden de protección.

### **¿Cómo se solicita?**

A través de un formulario normalizado y único disponible en las Comisarías de Policía, los puestos de la Guardia Civil, las dependencias de las Policías Autonómicas y Locales, los órganos judiciales penales y civiles, las fiscalías, las Oficinas de Atención a las Víctimas, los Servicios de Orientación Jurídica de los Colegios de Abogados, los servicios sociales o instituciones asistenciales municipales, autonómicos o estatales.

El formulario también puede obtenerse a través de Internet: entre otras, web del Ministerio de Igualdad, web del Consejo General del Poder Judicial.

### **¿Dónde se presenta la solicitud?**

- En el Juzgado.
- En la Fiscalía.
- En las Comisarías de la Policía, los puestos de la Guardia Civil, las dependencias de las Policías Autonómicas y Locales.
- En las Oficinas de Atención a las Víctimas.
- En los servicios sociales o instituciones asistenciales dependientes de las Administraciones Públicas.
- En los Servicios de Orientación Jurídica de los Colegios de Abogados.

Una vez recibida la solicitud, ésta será remitida de forma inmediata al Juez/a de Violencia sobre la Mujer o, en su caso, al Juez/a de Guardia.

## ¿Cuál es el procedimiento?

Una vez recibida la solicitud, el/la Juez/a de Violencia sobre la Mujer o, en su caso, el/a Juez/a de Guardia, convocará a una audiencia urgente a la víctima o su representante legal, al solicitante de la orden de protección si es distinto de la víctima, al agresor asistido de abogado y al Ministerio Fiscal.

La audiencia ha de convocarse en un plazo máximo de 72 horas desde la presentación de la solicitud.

Durante la audiencia, se podrá practicar la prueba que fuera necesaria para acreditar la situación de violencia de género y el posible peligro para la víctima. El/la Juez/a adoptará las medidas oportunas para evitar la confrontación entre el agresor y la víctima, sus hijos y los restantes miembros de la familia.

Celebrada la audiencia, el/la Juez/a resolverá por medio de auto lo que proceda sobre la solicitud de la orden de protección, adoptando las medidas penales y civiles que considere convenientes.

La orden de protección será notificada a las partes (agresor y Fiscal), y comunicada por el/la Juez/a inmediatamente a la víctima y a las Administraciones Públicas competentes para la adopción de medidas de protección, sean éstas de seguridad o de asistencia social, jurídica, sanitaria, psicológica, etc. A estos efectos, se remitirá la orden de protección a los Puntos de coordinación de las Comunidades Autónomas.

Tras la adopción de la orden de protección, se deberá informar permanentemente a la víctima sobre la situación procesal del imputado, así como sobre el alcance y vigencia de las medidas cautelares adoptadas. En particular, la víctima será informada en todo momento de la situación penitenciaria del agresor. A estos efectos se dará cuenta de la orden de protección a la Administración Penitenciaria.

Asimismo, la orden de protección se inscribirá en el Registro Central para la Protección de las Víctimas de la Violencia Doméstica.

## ¿Qué medidas establece?

### **MEDIDAS PENALES**

- Privativas de libertad (prisión provisional).
- Prohibición de aproximación.
- Prohibición de residencia.
- Prohibición de comunicación.
- Retirada de armas u otros objetos peligrosos.

## **MEDIDAS CIVILES**

- Atribución del uso y disfrute de la vivienda familiar.
- Determinar el régimen de custodia, visitas, comunicación y estancia con los hijos.
- Régimen de prestación de alimentos.
- Cualquier medida de protección al menor para evitar un peligro o perjuicio.

Las medidas de naturaleza civil deberán ser solicitadas por la víctima o su representante legal, o bien por el Ministerio Fiscal cuando existan hijos menores o incapaces.

Las medidas de naturaleza civil tendrán una vigencia temporal de 30 días. Si dentro de este plazo fuese incoado a instancia de la víctima o de su representante legal un proceso de familia ante la jurisdicción civil las medidas adoptadas permanecerán en vigor durante los 30 días siguientes a la presentación de la demanda. En este término las medidas deberán ser ratificadas, modificadas o dejadas sin efecto por el/la Juez/a de Primera Instancia o el/la Juez/a de Violencia sobre la Mujer que resulte competente.

## **MEDIDAS DE ASISTENCIA Y PROTECCIÓN SOCIAL**

La orden de protección confiere a la víctima un estatuto integral de protección que constituye título habilitante para acceder a las medidas de asistencia y protección social establecidas por el ordenamiento jurídico, bien por el Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales:

- Renta Activa de Inserción, que incluye una ayuda en caso de cambio de residencia, gestionada por los Servicios Públicos de Empleo.
- Ayuda económica del artículo 27 de la Ley Orgánica 1/2004, de 28 de diciembre, de Medidas de Protección Integral contra la Violencia de Género, gestionada por los órganos correspondientes de las Comunidades Autónomas.
- Acceso a viviendas protegidas y residencias públicas para mayores.
- Derechos laborales y de Seguridad Social.
- Solicitud de autorización de residencia por circunstancias excepcionales, que sólo será concedida cuando recaiga la sentencia condenatoria, y solicitud de autorización de residencia independiente de los familiares reagrupados.

Todas las ilustraciones de la guía están realizadas por los niñas y niños de la Asociación Goizargi Elkartea



Asociación Goizargi Elkartea  
Asociación sin ánimo de lucro de mujeres víctimas y sobrevivientes de violencia de género de Vitoria-Gasteiz.

