



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Universidad de la República
Facultad de Ciencias Sociales
Departamento de Sociología

Tesis Licenciatura en Sociología

**Atención hacia las víctimas invisibles de
violencia de género en Uruguay**

Cinzia Zabala Passarella

Tutora: Mag. María Victoria Menéndez Otegui

Montevideo, Uruguay
2023

ÍNDICE

Resumen.....	pág. 5.
1. Atención hacia las victimas invisibles de violencia de género.....	pág. 6.
2. Marco teórico.....	pág.8.
2.1. Desigualdad y violencia de género.....	pág.8.
2.2. Violencia doméstica.....	pág. 12.
2.3. Niños expuestos a violencia de género (NEVG).....	pág. 15.
2.4. Consecuencias de NEVG.....	pág. 16.
2.5. Salud mental y atención en salud.....	pág. 20.
3. Revisión de antecedentes.....	pág. 23.
4. Metodología.....	pág. 28.
4.1. Objetivos.....	pág. 30.
4.2. Diseño de la investigación.....	pág. 31.
5. Hallazgos.....	pág. 33.
5.1 Modelo de atención nacional.....	pág.35.
5.2 Protocolo normativo.....	pág. 39.
5.2.1 Protocolo ASSE.....	pág. 39.
5.2.2 Protocolo Centro Privado.....	pág. 43.
5.3 Prácticas de atención	pág. 43.
5.3.1 Prácticas de intervención ASSE.....	pág. 47.

5.3.2 Prácticas. de intervención Centro Privado.....	pág. 49.
5.4. Comparaciones, fortalezas y debilidades.....	pag.51.
6. Conclusiones.....	pág.55.
7. Bibliografía.....	pág. 58.
8. Anexos.....	pág.64

Agradecimientos

Apreciar y valorar el tiempo dedicado de familiares y amigos que han hecho posible la investigación a través de ayuda en contactar a los actores entrevistados, recomendaciones en el trabajo y un sustancial apoyo moral.

Agradecer a los actores entrevistados por brindar su tiempo.

Reconocer el constante seguimiento de la tutora en el presente trabajo de investigación.

Resumen

El presente trabajo de investigación propone reflexionar sobre la atención en salud existente hacia los niños y las niñas que presencian situaciones de violencia de género en el hogar. Estando en auge la problemática social de la violencia de género se entiende que es fundamental prestar atención social y académica a los niños y las niñas a cargo de las víctimas que, viviendo una etapa significativa para su desarrollo psico-emocional, sufren consecuencias en su salud mental y física a corto y largo plazo por encontrarse inmersos/as en dichos contextos. De este modo, se plantea como objetivo principal describir los procesos institucionales y las prácticas de los profesionales de salud, en la prevención, detección y atención a los/as niños/as expuestos a violencia de género en el año 2018.

En cuanto a los resultados obtenidos en la investigación se pudo constatar la existencia de un cruce de dos modelos de atención: el modelo de atención hacia mujeres víctimas de violencia doméstica, y modelo de atención hacia el/la niño/a víctima “directa” de violencia. De esta forma, en las dos instituciones de salud (pública y privada) consideradas, se evidenció que existe atención a los/as niños/as que se encuentran en situación de presencia de violencia de género en el ámbito doméstico, pero la misma aún sigue siendo indefinida

En general en las prácticas, se observó una atención que plantea como objetivo disminuir el riesgo de que el/la niño/a sea víctima “directa” de la violencia, y no abordar la afección ya generada a causa de vivir en un entorno violento. Aun contemplando el protocolo de salud actual, sigue presente la falta de una ruta específica hacia NEVG (niños/as expuestos a violencia de género), sin embargo, hay una evolución de mayor consciencia sobre este caso, en tanto hay una mayor consideración para abordar a las personas en esta situación.

Palabras claves: *niños y niñas expuestos a violencia de género - abordajes de atención -salud - infancia.*

1. Atención hacia las víctimas invisibles de violencia de género

Inmujeres en el 2013 informa que, dentro de la violencia en Uruguay, la gran mayoría de los agresores corresponde a familiares directos (76%) y en su mayoría son varones. El 45,4% de mujeres ha experimentado algún tipo de violencia en sus relaciones de pareja a lo largo de sus vidas (cerca de 400.000 mujeres). La violencia en la pareja presenta la prevalencia más alta.

La asociación Save The Children, con el apoyo de la Dirección de Bienestar Social del Gobierno Vasco y la colaboración de IRSE y el Ayuntamiento de Barcelona en el 2014 elaboraron un *“Manual para la formación de profesionales sobre la atención a los niños y niñas víctimas de la violencia de género en el ámbito familiar”*, en el que se expresa que en base a sus estadísticas y partiendo de la afirmación que los/as niños/as son víctimas de la violencia que reciben sus madres, es mayor el número de niños y niñas víctimas de esta violencia que las mujeres que la sufren, colocando así la centralidad del tema.

Nos basamos en UNICEF (2017) cuando planteamos que existe una amplia evidencia en la que se sugiere que los/as niños/as son los más vulnerables a la violencia por parte de sus cuidadores principales por la dependencia y limitación social fuera del hogar que tienen.

En nuestro país en el período 2018-2019, 51 niños, niñas y adolescentes perdieron a sus madres en el marco de un femicidio. (MIDES, 2021).

SIPIAV (2019) realizó la segunda encuesta nacional de prevalencia sobre VBG (violencia basada en género y generaciones), y encontró que según las declaraciones de niños/as y adolescentes, 386.119 viven en hogares donde se reportó violencia basada en género en los últimos 12 meses. Y del total de las mujeres que declararon padecer violencia por parte de su pareja o ex pareja en los últimos 12 meses, el 28,8% de las mismas declaran que sucedieron delante de niños/as y adolescentes.

Durante el año 2021, SIPIAV registró 2603 situaciones de violencia emocional o psicológico de NNA, donde aquí se incluyen a los nombrados “niños testigos de violencia de género”.

En el Ministerio del Interior en el 2021 se registró que en el 49,3% de los episodios de violencia de género sucedían con niños/as y/o adolescentes presentes en el momento que ocurrieron los hechos.

Es primordial partir de la necesidad actual de abordajes que reconsideren el fenómeno de la infancia. Tal como lo plantea Pavez (2013), es ineludible avanzar hacia investigaciones que logren articular nuevas miradas sobre el fenómeno de la infancia, particularmente en el contexto actual donde cada vez más los/as niños/as presentan grandes desafíos que son complejos de gestionar desde el mundo adulto.

De esta manera, resulta fundamental sacar a la luz y profundizar en Uruguay otras formas de violencia

en la infancia. La cuestión social de las “víctimas invisibles”¹ de la violencia de género es aún incipiente en el campo académico. Se ha tratado en trabajos e investigaciones sobre la invisibilización de los/as niños/as en situaciones de violencia de género. Cuando se mencionan a las “víctimas invisibles” de la violencia de género (Viola M., 2010; Alcántara López M., 2010; Díaz García, S., 2015) se hace referencia a los/as niños/as que tienen a cargo las víctimas de violencia física, verbal, psicológico, ejercido por su pareja en el hogar, que también los/as vuelven víctimas de este hecho. La problemática de NEVG es de reciente interés, siendo importante conocer la existencia o no de abordajes de atención en salud y comprender cómo se abordan esas situaciones. Para ello es necesario describir el proceso de atención a través del discurso de profesionales de la salud, y recabar la información específica sobre este tema.

La descripción de los procesos de atención en este trabajo, data del año 2018, y para ello se recurrió a los discursos de quienes definieron las políticas y acciones sobre la temática (MSP) y a los equipos de salud que intervinieron, proponiendo indagar en los desafíos, las fortalezas y debilidades que se presentaron para el abordaje a estos casos. A su vez, se realizó una comparación entre dos instituciones de salud identificando puntos de similitud y de desfasajes que presentan en relación al abordaje.

Si bien el trabajo se centra en el discurso del equipo técnico especializado en violencia de género y la repercusión en los/as niños/as en el sector de la salud, de manera complementaria se realizó una recopilación de los protocolos, con los cuales se contrastará la información obtenida para poder observar cómo se orienta la ejecución desde lo normativo. A su vez, se recogió del protocolo de ASSE vigente en la actualidad para comparar con el vigente en el 2018 y así poder contemplar una posible evolución.

Se buscó dar respuesta a las siguientes preguntas de investigación: ¿existe atención hacia los/as niños/as expuestos/as a violencia de género?, ¿se presentan casos en las instituciones de salud consideradas?, ¿cómo se realiza su abordaje?, ¿qué percepción tiene el equipo de atención respecto a la problemática y la atención hacia NEVG?, ¿existen diferencias entre la atención desde lo público y lo privado?

¹ El término de “víctimas invisibles” puede ser rastreado en los trabajos de Viola M., 2010; Alcántara López M., 2010; Díaz García, S., 2015, en donde se emplea para referirse a la falta de visibilización sobre NNA expuestos/as a situaciones de opresión y control y a un modelo de relación basado en el abuso de poder y la desigualdad, lo cual tiene un impacto negativo evidente en la vida, bienestar y desarrollo de estos menores, pudiendo padecer importantes problemas tanto físicos como psicológicos.

2. Marco teórico.

En Uruguay, las disciplinas que han puesto interés en la temática han sido la psicología, el trabajo social, la medicina, la sociología, y la ciencia política.

Sin embargo, son escasos los trabajos focalizados en NEVG, al igual que los análisis con respecto a los abordajes de atención hacia estas personas, lo cual supone un desafío a la hora de realizar la presente investigación que busca realizar un aporte sobre la temática.

El capítulo planteado procura hacer un recorrido por los aspectos teóricos a considerar para tratar la problemática de NEVG, entendiendo que su existencia parte desde una violencia que nace por las desigualdades de género, que afecta en la mayoría de los casos a las mujeres, y que tiene consecuencias sobre los/as niños/as a cargo de las mismas.

2.1 Desigualdad y violencia de género.

Lamas (1995) expresa que el proceso de entrada a la cultura es también el proceso de entrada al lenguaje y al género, donde la cultura termina siendo un resultado, pero también una mediación. La autora hace referencia a la cultura como códigos y hábitos compartidos para vivir en sociedad. Todo comenzó con el lenguaje para poder intercambiar y compartir, y de esta forma se transcurrió un proceso de afirmación de género dentro de la cultura, que volvieron y vuelven evidentes y normales todos los códigos y los aprendizajes que los/as jóvenes han recibido a lo largo de sus vidas, confirmándose como “hombres” o “mujeres” capaces de vivir en comunidad. En general, las mujeres son acostumbradas desde sus infancias a mantener acciones y actitudes sumisas, perciben la relación con el dominante, y así se perciben a sí mismas como dependientes de las decisiones y acciones del hombre. Esta relación de dominación se legitima generando una construcción social naturalizada. En este caso el varón opta por el honor (siguiendo pautas impuestas de dominación) o la vergüenza (no siguiéndolas), en tanto, sigue fielmente los modos. Así es como la problemática de la desigualdad de género es una de las más antiguas y debatidas, ya sea en el ámbito público o privado, desde los dos géneros. (Lamas, 1995).

En este sentido, la desigualdad de género trae consigo una historia vinculada a la división del trabajo. A mediados del siglo XIX el hombre debía dedicarse al ámbito público y las mujeres al ámbito doméstico, lo que vuelve dependientes a todos los integrantes de la familia del trabajo de reproducción cotidiana desarrollado por ellas, situándolas como responsables “naturales” del cuidado. Las tareas de

las mujeres sustituyen todas las tareas que las nodrizas² realizaban, por lo tanto, pasaron a ser dependientes de los hombres que salían a trabajar de forma remunerada. Las mujeres comienzan a ser asignadas en las tareas domésticas y en el trabajo de cuidados (cuidado de niños/as, ancianos/as y enfermos/as), las responsables de la salud, higiene y bienestar de los/as hijos/as y del resto de la familia, y esto no se tomaba como trabajo, sino como producto de amor maternal. Pasaron a pertenecer a los grupos de inactivos, por lo tanto, opacadas en el área del mercado de trabajo. La división sexual del trabajo comenzó a crear varias limitaciones: falta de oportunidades, derechos y una opresión a la mujer, mientras que, el hombre por su parte, fue generando dominio. Las mujeres no eran tenidas en cuenta como individuos activos e independientes, sólo eran nombradas y tenidas en cuenta en su rol de madre, esposa, o hija del hombre, a diferencia de éste. (Carrasco, C. Borderías, C. y Torns, T., 2011).

Anderson (2006) aclara que desde la niñez se tiene como referencia al género para clasificar a las personas. Todo esto sucede en la vida cotidiana, en los mundos simbólicos, en las prácticas institucionales y en las políticas públicas.

Segato (2003) y el Equipo Latinoamericano de Justicia y Género (ELA), creado en el 2009, manifiestan que la ley contribuye a las subjetividades en cuanto al género, porque históricamente las mujeres han sido excluidas de la creación, interpretación y aplicación de leyes. Se habla de un efecto del servicio al Estado para poner a las mujeres en su “sitio” por parte de los procesos legales (ELA, 2009). Esto es invisible para el mundo social, facilitando la lógica de entendimiento de este tipo de relación tanto para el dominador como para el dominado. La naturalización de los roles socialmente asignados a hombres y mujeres se manifiesta de forma sutil en las prácticas frecuentes de violencia en la cotidianeidad de las mujeres, que difícilmente son identificadas por las mismas, aunque les cause graves consecuencias a niveles psicológicos y emocionales, lo que Bonino (2000) denomina “micromachismos”, y Hernández Pita (2014) lo denomina “microviolencia”. Estos fenómenos refieren a una serie de acciones casi imperceptibles, pequeñas y suaves que los varones ejecutan para reafirmar su identidad masculina. Estas acciones son de dominación, abuso y poder, y producen efectos dañinos a largo plazo en una relación. Adopta diferentes maneras de manifestación como la aceptación de la división de tareas, la desautorización y manipulación emocional, la intimidación, el control del dinero, el hiper-control, el pseudoapoyo, el victimismo.

Sumémosle el aporte de la Red Uruguaya contra la Violencia Doméstica y Sexual (2020), el que menciona que, en la pareja se impone un ideal del amor como un amor incondicional, aspirando siempre a mantener la relación y perpetuarla, lo que crea en las mujeres la idea de “aguantar” (incluso la

² Nodrizas: niñeras y al servicio doméstico. Así llamadas en esa época.

violencia) y sacrificando los proyectos propios por el de la persona a su lado, con el cometido de colmar la expectativa de su pareja. Bourdieu (1998) expresa que todas estas acciones pertenecen a una organización simbólica (que supone una violencia simbólica), siendo consecuencia de una construcción social arbitraria de lo biológico.

Simmel (1988) realiza una interesante comparación en la relación señor – esclavo con la relación hombre-mujer, estableciendo una ventaja en cuanto al señor ya que no necesita pensar siempre que es el señor, en cambio el esclavo nunca olvida serlo. Entonces, la historia social ha demostrado que la mujer logra conseguir una conciencia de problema frente a la situación por no olvidar ser el género dominado. A su vez demuestra que el ser humano tiene la característica de la reflexividad, esto es: al ser humano se le coloca un conjunto de “*chips programados*”, lo que Simmel llama cultura, adquiridos en el proceso de socialización, sin embargo, así como fueron instalados pueden ser desinstalados por los humanos, haciendo una evaluación de ello y siendo desaprobado a través del juicio ético, lo que los hace capaces de hacer una total reforma de la referencia moral (Segato, 2003). En consecuencia, la sociedad denomina problema a lo que hace un tiempo atrás no lo era, intentando evaluar este problema social y solucionarlo.

Aun así, cuando la mujer ha conseguido integrarse al campo laboral (ámbito público) obteniendo más independencia económica del hombre, entre otros aspectos, en el presente se sigue aspirando a mejorar muchas dimensiones y categorías para la igualdad plena entre el hombre y la mujer, ya que la dominación por parte del hombre sigue existiendo en varios contextos, comportamientos y creencias y, como si fuera poco, hay un escaso reconocimiento social por los logros de la mujer. (Alberdi, 1999).

Hernández Pita (2014) expone la necesidad de generar cambios en múltiples dimensiones que atraviesan al problema, expresando que no es suficiente el cambio desde lo político- social, sino también transformar la función social de la educación para hacer legítimas las mentalidades y representaciones sociales que se orienten a la equidad de género.

Se entiende que, ante la falta de prevención es necesaria e importante la atención a las mujeres que han sido maltratadas ya que se crea una dependencia psicológica sustanciosa. Una de las dificultades para llevarlo a cabo es que, a nivel mundial las mujeres que sufren violencia rara vez buscan atención médica por un trauma agudo (Hernandez Pita, 2014). Cabe agregar que, si hay casos donde terceras personas intervienen y no tienen el suficiente conocimiento en el tema, tienen tendencia a enojarse con las mujeres que vuelven con los hombres que las violentaron (Mignone, 2019), disminuyendo las probabilidades de que la víctima pueda expresar sus problemas en el hogar. Estos hechos que no colaboran con la conciencia social por parte de los ciudadanos e instituciones sociales dificultan aún más el reconocimiento de la cuestión, provocando falta de potencialidades (por lo tanto, generando debilidades) en las instituciones para un apoyo y un enfrentamiento fundamental.

Aparece vinculada a la desigualdad de género, la violencia de género, que, a causa de la construcción

histórica de los roles de género, es mayormente contra la mujer, en tanto, se generó el significado para estos casos. Millones de niñas y mujeres son víctimas de violencia y sufren las consecuencias de la misma debido a la discriminación de género en la sociedad. Plantearemos la definición de violencia de género de las Naciones Unidas para la cual esta supone:

Todo acto de violencia basado en la pertenencia al sexo femenino que tenga o pueda tener como resultado un daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad, tanto si se producen en la vida pública o privada. (Naciones Unidas, 1993, s/p)

Para la asociación Save The Children (2011), la prevalencia de la violencia de género hoy en día se debe a una serie de factores que fomentan este tipo de conducta en nuestra sociedad. Estos factores pueden agruparse en cuatro grupos: 1-culturales, 2-económicos, 3-legales y 4- políticos:

1. Expectativas asignadas a los diferentes roles dentro de las relaciones, creencia en la superioridad innata de los varones.

2. A través de la dependencia económica de la mujer respecto al varón, leyes que discriminan a las mujeres en materia de herencia, derecho de propiedad, uso del terreno público, restricciones en el acceso al empleo, a la educación y a la capacitación.

3. A partir de la inferioridad jurídica de la mujer, escasos conocimientos de sus derechos como mujeres, leyes discriminatorias en materia de divorcio, cuidado de los/as hijo/as, pensiones alimenticias y herencia, etc.

4. Con la escasa representación de la mujer en las esferas del poder, la política, los medios de comunicación, trato poco serio de la violencia, concepción de la vida familiar como un asunto privado y fuera del alcance del control del Estado.

La violencia de género se presenta tanto en el ámbito público como en el privado, en este último caso, adquiere menor visibilidad. La violencia en este ámbito es ejercida por una persona con quien se tiene un vínculo íntimo y una relación cercana, como parejas y familiares, convivientes o no. (Inmujeres, 2013, 33)

En referencia a Inmujeres³, la violencia hacia las mujeres no se hacía público, y es innovador el empleo de la expresión violencia de género, revalorando las expresiones de violencia hacia el género femenino como señales de resistencia ante la desigualdad y el abuso de poder.

³ El Inmujeres fue creado por la ley 17.866 (creación del Ministerio de Desarrollo Social -MIDES-) y es el ente rector de las políticas de género que debe garantizar el respeto de los derechos humanos de las mujeres. Debe velar por el cumplimiento de los compromisos internacionales que el país ha suscrito en materia de género, que Uruguay ha ratificado en su totalidad.

2.2 Violencia doméstica.

No deja de ser oportuno hacer una pausa para preguntarnos, como referentes de muchos/as niños/as, de sus familias, de las organizaciones de la sociedad civil, ¿qué valores motivan al maltrato intrafamiliar y extrafamiliar?, ¿qué significado tiene el acto en sí?, ¿existe un sistema de creencias que reproducimos sin pensar? (Red uruguaya contra la violencia doméstica y sexual, 2020, p. 84)

Como se planteó inicialmente, el marco teórico del presente trabajo debe pasar por la desigualdad de género y la violencia doméstica (a partir de ahora VD), las cuales son las principales causantes de la problemática central de investigación. Si bien, en comparación a la violencia de género la VD también supone un sistema de dominación donde el objetivo central es someter a su control a las personas que se encuentran en una situación de desigualdad y desequilibrio de poder (Tuana, 2013) encierra distintas violencias (violencia hacia la mujer, hacia el hombre, hacia niños/as y adolescentes, hacia adultos mayores), donde la persona agresora puede ser cualquier integrante del hogar. A su vez, la VD perdura en el tiempo y la protección legal también es diferente. En este sentido, se entiende que la violencia de género puede encontrarse dentro de la VD. Si bien la violencia de género es detectada dentro y fuera del hogar, este trabajo se orienta al ámbito privado ya que de esta forma es que los/as niños/as también la padecen y la aprenden. Según Fernández (1994), lo privado se subordina al funcionamiento de lo público y se distingue por la adopción de una propia racionalidad, la gestión doméstica del cuidado y los sentimientos.

Entonces, cuando existe convivencia en relaciones familiares, y se aplican los mismos comportamientos y creencias con respecto a la violencia de género hablamos de violencia de género dentro del hogar. La ley N° 17.514 en la que se declara de interés general la prevención, atención y erradicación de la VD, en su Art. 2 se define VD como:

Toda acción u omisión, directa o indirecta, que por cualquier medio menoscabe, limitando ilegítimamente el libre ejercicio o goce de los derechos humanos de una persona, causada por otra con la cual tenga o haya tenido una relación de noviazgo, o con la cual tenga o haya tenido una relación afectiva basada en la cohabitación y originada por parentesco, por matrimonio o por unión de hecho. (Ley de violencia domestica de la República Oriental del Uruguay)

Asimismo, la Ley describe las manifestaciones de VD, constituyan o no delito: la violencia física, psicológica o emocional, sexual y patrimonial. (Art.3).

Aguar (2014) expresa que la violencia se manifiesta de manera deliberada y de distintas formas, tanto en el tipo como en el tiempo; si es de forma puntual es agresión, y si es de forma continua es maltrato. También es importante aclarar que existen distintos tipos de violencia (se trate de maltrato o de agresión) como lo son, físicos, psíquicos, verbales, sexuales. Esto puede darse tanto de manera

directa como de manera indirecta hacia una persona, siendo perjudicial las dos formas en cualquier grado. Y Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), en muchos casos, en las relaciones de pareja la VD viene acompañada de violencia psicológica y/o de abuso sexual, por lo tanto, estas manifestaciones suelen vincularse entre sí.

En tanto, en el año 2005 el Ministerio de Salud Pública se comprometió a incluir la VD en su agenda, aprobando en el año 2006 el Decreto 494/006 que reglamenta la participación de los servicios de salud en situaciones de VD. Es en el mismo año que el Poder Ejecutivo promulgó el Decreto 494/2006 del MSP sobre VD hacia la mujer, considerándolo como un problema de salud pública y estableciendo la obligación de las instituciones y servicios de salud públicos y privados de abordarlo.

Podemos denotar una paulatina toma de conciencia social respecto a la violencia de género y la VD, pasando de ser un problema privado a un problema social en donde las responsabilidades dejan de estar en el mundo privado para incluir a toda la sociedad. En este sentido, Magnone (2019), menciona que el feminismo es el que genera consciencia de la relación violencia en el vínculo íntimo entre dos personas/ la desigualdad de género en el ámbito social.

En la lucha contra la violencia de género y la VD, se suman más fenómenos sociales para abordar, siendo central en el presente trabajo el de niños/as a cargo de los protagonistas en cuestión, sobre lo cual se profundizará a continuación.

Para esto pasemos por el origen y concepto de la infancia, la cual su etimología de la palabra refiere más bien a quienes no tienen permitido hablar, y no tanto por quienes carecen de este atributo por sus años de edad (Wasserman, 2001). Desde el punto de vista de la sociología, Gaitán (2006) define que la infancia es una condición social explicada por una construcción cultural e histórica diferenciada y caracterizada por relaciones de poder.

En la Antigüedad y la Edad Media no se reconocía la infancia como etapa con sus propias características y particularidades, y hasta el S. XVII no hubo un conocimiento de la infancia, al menos, tal y como lo entendemos actualmente (Ariés, 1960). A nivel mundial, desde el ámbito de la medicina, en el S.XVII ya existían signos de violencia en los cuerpos de los/as niños/as, pero fue recién en el año 1948 que un médico norteamericano constató fracturas múltiples en lactantes, y el tema paulatinamente fue adquiriendo relevancia. Es recién en la segunda mitad del S.XX que las iniciativas de protección a la infancia comienzan a generar frutos con la Declaración de los Derechos del Niño aprobada por la Asamblea de las Naciones Unidas en 1959 y la Convención sobre los Derechos del Niño (CDN) en 1989, señalando a los niños/as como sujetos de Derechos. Otro documento que se expresa en el mismo sentido es el Código de la Niñez y la Adolescencia que se promulgó en el 2004 en el país, el cual reafirma la

concepción de niño propuesta por la Convención.

Los/as niños/as y adolescentes han pasado por ser criados, esclavos, explotados laboral y sexualmente, víctimas de redes de trata de personas, partícipes o víctimas en conflictos armados, ya sean de independencia, rebeliones o del narcotráfico; y mayoritariamente eran analfabetos. (Miradas sobre violencia basada en género y generaciones, 2020, p. 79).

Si traemos el caso a la realidad del Uruguay sobre cómo el niño era pensado, Barrán (1994) realiza un análisis histórico del descubrimiento del niño/a y observa que hasta el S. XX sucedió lo mismo que a nivel mundial, el niño era considerado un hombre pequeño. Se observa así un reconocimiento aún más tardío de la infancia en el Uruguay en comparación con los países europeos. A pesar de la referencia solo en términos masculinos, podemos inferir que tanto los niños como las niñas convivían y realizaban las mismas actividades que los adultos. Sostienen Gaitán (2006), Rodríguez (2007) y Qvortrup (1992), que se estudiaba la situación de la vida de los/as niños/as como potenciales adultos, midiendo su bienestar futuro y no presente, ya que se los consideraba como incapaces, inmaduros e inacabados en comparación con las personas adultas, a quienes se supone capaces, maduras y completas. El amor y la comprensión podían verse para algunos como signos de debilidad, y causarían en el/la niño/a fragilidad y desinterés para actividades futuras como el trabajo. (Barrán, 1994).

Esta concepción se remite a la época “bárbara” en términos de Barrán (1994), que posteriormente da lugar a una nueva sensibilidad que este autor la denomina “civilizada”. La “época civilizada” trajo consigo el descubrimiento del niño/a:

Será visto como un ser diferente, con derechos y deberes considerados como propios de su edad; le serán vedados rubros enteros de la actividad social donde tendrá espacios de actividad social a los cuales no podrá, como por ejemplo ceremonias de muerte, y otros se le reservarán especialmente para él (la escuela y el juego) y, sobre todo, adultos y niños se separarán de manera rigurosa en los dormitorios, en los almuerzos y cenas, en las enseñanzas y en los espectáculos. (Barrán, 1994, p. 101).

De acuerdo a lo mencionado, el/la niño/a siempre tiene un cierto grado de autonomía y subjetividad, por lo tanto, se considera la vida de los individuos como un fenómeno social desde el nacimiento. Esto hace a la sociología de la infancia, analizando los estereotipos generacionales que se atribuyen normativa y arbitrariamente en función de su edad, así como los estudios feministas ofrecen una reflexión de los estereotipos de género. (Pavez, 2013).

Se tomará los siguientes conceptos de infancia para lo que refiere a la actualidad:

Se entiende por Primera Infancia el periodo de la vida, de crecimiento y desarrollo comprendido desde la gestación hasta los 7 años aproximadamente y que se caracteriza por la rapidez de los cambios que ocurren. Esta primera etapa es decisiva

en el desarrollo, pues de ella va a depender toda la evolución posterior del niño en las dimensiones motora, lenguaje, cognitiva y socioafectiva, entre otras... La Segunda Infancia concierne a las edades entre los 8 y los 10 años. (Jaramillo, 2007, p. 110).

UNICEF (2005) expresa que la infancia es la época de educación y de recreo en la que deben recibir el amor y el impulso familiar y adulto para crecer fuertes y con confianza en sí mismos. Esto implica que deben crecer protegidos del miedo, la violencia y los malos tratos, entendiendo que la calidad de los años transcurridos es valiosa.

Se han mencionado algunos puntos fundamentales sobre la infancia: origen y definición. Es pertinente avanzar sobre lo que implica la exposición de niños/as a situaciones de VG (Violencia de Género), la importancia de la infancia en el desarrollo vital y la salud mental, los cuales se desarrollarán en el siguiente apartado.

2.3 Niños/as expuestos a violencia de género (NEVG).

Si bien el punto de interés en el presente trabajo es el de los/as niños/as que presencian situaciones de violencia de género en el ámbito doméstico fue necesario dar un ligero pasaje por la violencia de género y la violencia doméstica.

La familia, como grupo fundamental de la sociedad, y medio para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros y en particular de los/as niños/as, debe recibir la protección y asistencia necesarias para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad. (Naciones Unidas, Convención sobre los derechos del niño, 1990). Autores como Echeburúa y Redondo (2010), Bosch y Ferrer (2002), Horno y Orjuela (2008) y SIPIAV (2019) desarrollan apreciaciones en igual dirección expresando que la violencia es legitimada por las primeras figuras de cuidado y protección, generando un daño estructural afectivo.

En el Art 40 de la Constitución de la República Oriental del Uruguay que contiene normas, donde nos protege a todos los ciudadanos abarcando todas las formas, plantea que

L La familia es la base de nuestra sociedad. El Estado velará por su estabilidad moral y material, para la mejor formación de los hijos dentro de la sociedad.

Esto marca a la familia no como un fin en sí mismo, sino como una institución con carácter instrumental, apuntando a asegurar la mejor formación de NNA. (SIPIAV, 2021, p. 18.).

El título del presente trabajo hace referencia a la idea de “víctimas invisibles” como aquellos

integrantes que han sido invisibilizados como víctimas de la VD.

2.4 Consecuencias de NEVG

De acuerdo a Aguiar (2014), no sólo la historia de la infancia pueda ser un factor que ha hecho retrasar en el tiempo el interés sobre los NEVG, sino también que, las madres (en contexto de VD) no habían considerado necesario tratar la salud de los niños/as ya que creían que no eran afectados/as por los hechos de VD hacia las mujeres, de forma que no percibían la situación o expresaban que ellos/as se olvidaban

a corto plazo. Esto no es solo un error porque el/la niño/a es afectado/a por crecer en un entorno de violencia, sino también que la violencia contra las mujeres aumenta las posibilidades de violencia contra los niños (UNICEF 2017)-

Entendido esto, en nuestro país, la ley N° 17.815 (sobre violencia sexual, comercial o no comercial cometida contra niños, adolescentes o incapaces) y la N° 17.559 (Protocolo facultativo relativo a la venta de niños, la prostitución infantil y la utilización de niños en la pornografía) refieren a los derechos y protección de niños y adolescentes. Sin embargo, nos aproximamos especialmente a la ley N° 18.214 (Código de la Niñez y la Adolescencia), donde se establece en el Art. 1:

Queda prohibido a padres o responsables, así como a toda persona encargada del cuidado, tratamiento, educación o vigilancia de niños y adolescentes, utilizar el castigo físico o cualquier tipo de trato humillante como forma de corrección o disciplina de niños, niñas o adolescentes. Compete al Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay, en coordinación con las demás instituciones del Estado y la sociedad civil:

A) Ejecutar programas de sensibilización y educación dirigidos a padres, responsables, así como a toda persona encargada del cuidado, tratamiento, educación o vigilancia de las personas menores de edad; y, B) promover formas de disciplina positivas, participativas y no violentas, que sean alternativas al castigo físico y otras formas de trato humillante.

Según Inmujeres (2013), la Convención Internacional de los Derechos del Niño establece el deber de los Estados proteger a niños/as contra toda forma de daño o abuso físico o mental, descuido, negligencia, explotación, malos tratos, ubicándolos como sujetos de derechos.

Esto se debe a que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2013), la violencia de pareja y la violencia sexual producen tanto a las víctimas como a sus hijos/as graves problemas físicos, psicológicos, sexuales y reproductivos a corto y a largo plazo. La OMS en el 2016 expresa que los factores que influyen hacia mayor riesgo de ser víctima de la pareja o de violencia sexual son: el bajo nivel de instrucción, haber estado expuesto a situaciones de violencia entre sus mayores, violencia

durante la infancia, actitudes de normalizar la violencia.

Violencia es la acción que una persona realiza contra otra con la intención de causarle daño, infligir dolor físico o moral, o ambos. Es decir, se trata de una acción humana intencional que causa daño y dolor a otro ser humano y en su conceptualización queda claro que es inevitable. (Aguilera, 2000, p. 18)

Para Seijo, Fariña y Arce (2009), los efectos y consecuencias de ser NEVG se clasifican en tres áreas: consecuencias físicas, psicoemocionales y conductuales, que, entre otros efectos, pueden asociarse al padecimiento de actos de violencia en fases posteriores de la vida, contribuyendo a un aprendizaje por modelado, es decir, los niños comprenden a la violencia como recurso eficaz para resolver conflictos y las niñas como una normalidad.

Parafraseando a Díaz García (2015), los resultados de que los/as niños/as presencian situaciones de violencia doméstica no siempre se manifiestan igual, ya que existen factores que hacen que varíen como: la edad de los/as niños/as, la intensidad y frecuencia de la violencia, su duración, el apoyo del exterior recibido, entre otros factores. En general hay, por un lado, sintomatología de estrés postraumático, donde se puede padecer insomnio, pesadillas, fobias, ansiedad. Respecto a la socialización hay problemas como aislamiento, inseguridad o agresividad. También problemas en la escuela como lo son, falta de concentración, disminución del rendimiento, fracaso escolar, absentismo. A su vez síntomas depresivos siendo llanto, tristeza, aislamiento. Y alteraciones del desarrollo afectivo, tales como dificultad para manejar las emociones e internalización de roles de género erróneos. En este sentido, UNICEF 2017 brinda estudios que documentan el incremento en patrones de comportamiento negativos como la deserción escolar, el abuso de estupefacientes, depresión, suicidio, futura victimización o vinculación con la violencia y la delincuencia, efectos negativos en las habilidades socio- emocionales.

Rivas (2015) sostiene que los NEVG tienen consecuencias directas y/o urgentes en la toma de decisiones frente al vínculo violento y que en muchas ocasiones reclaman a sus madres poner límites o finalizar el vínculo con la pareja. A su vez genera, por ejemplo, como consecuencia de la VD, la incapacidad de los agresores para establecer una relación cercana con sus hijos/as, que puede derivar en serios problemas de vinculación afectiva y establecimiento de relaciones de apego, e incapacidad de las víctimas para atender a las necesidades básicas de los/as niños/as, por la situación física y emocional en la que se encuentran. (Díaz García, 2015, p.35).

Las consecuencias de que el/la niño/a sea víctima de violencia doméstica, causan impacto no sólo a nivel individual, sino en su relación con su contexto. Es de vital importancia comprender que el hecho de crecer en un entorno en el que se da la violencia, ya lo convierte en víctima de la misma puesto que supone una experiencia traumática que daña su desarrollo.

La exposición a violencia conyugal, o sea niñas, niños o adolescentes expuestos a experiencias violentas en el hogar, produce efectos de similar entidad que la vivencia de la violencia hacia sí mismos. (A. Tuana, 2013, p. 40).

En el caso de niños/as expuestos a femicidio⁴, la situación es más extrema ya que corren riesgos de que sean víctimas secundarias del mismo (Gambetta, 2018). En el 2021, el MIDES expone protocolos interinstitucionales de apoyo psicológico, pediátrico, en el ámbito educativo, social, entre otros para ellos/as.

Como bien se mencionó, las consecuencias de los/as NEVG varían según la edad, por lo tanto, es relevante incorporar algunos aportes de Berger y Luckman (1966) para explicar la importancia que tiene la etapa de la vida como lo es la infancia al momento de la internalización de comprensiones, ya que, no solo la protección contra la violencia es cada vez más reconocida como cimiento fundamental del desarrollo humano, sino también lo es la infancia.

Estos autores hacen referencia a la internalización, que constituye la base, primero, para la comprensión de los propios semejantes y, segundo para la aprehensión del mundo en cuanto a realidad significativa y social. Este proceso se denomina socialización. Se diferencian dos procesos de socialización: primario y secundario.

La socialización primaria es la primera por la que el individuo atraviesa y por medio de ella se convierte en miembro de la sociedad, la internalización se produce por medio de la identificación, donde el/la niño/a acepta los roles y actitudes de los otros significantes, adquiriendo una identidad subjetivamente coherente. El lenguaje es de gran importancia. Se realiza dentro de un marco de gran carga emotiva que facilita el proceso, esto hace a la socialización primaria la más importante.

Por otro lado, la socialización secundaria consiste en la internalización de “submundos” institucionales o basados sobre instituciones. Es la adquisición del conocimiento específico de roles que comportan un alto grado de anonimato, o sea, se pueden separar fácilmente de los individuos que lo desempeñan, como realidades parciales que contrastan con el mundo “base” adquirido en la socialización primaria.

Dicho esto, el/la niño/a se encuentra ubicado en la etapa de socialización primaria, de modo que es fundamental para internalizar aprendizajes, por lo tanto, si se encuentra en un contexto de violencia doméstica cotidiana, tiene una gran sensibilidad para comprender el rol de sus semejantes como lo son sus padres o tutores, y de esa forma comprender el rol propio naturalizando la violencia como parte de las relaciones afectivas y del mundo en general.

⁴ “Los femicidios son asesinatos de mujeres a manos de hombres motivados por el sexismo” (Gambetta, 2018).

Los aspectos mencionados anteriormente refieren a las consecuencias que recaen sobre los NEVG, siendo la salud mental un problema central que requiere ser abordado en su especificidad. Contemplando el caso estudiado, los problemas en torno a la salud mental prevalecen en la mayoría de NEVG, ya que son testigos de VG y reciben “indirectamente” los malos tratos ejercidos hacia sus mayores. Vale resaltar que la palabra “indirecta” es empleada para distinguir la referencia a la particularidad de ser una persona que presencia y/u observa la violencia en comparación a la persona progenitora que forma parte constitutiva de la violencia doméstica, ya que entendimos que los NEVG son también víctimas directas.

Díaz García (2015) brinda una conceptualización base con respecto a las consecuencias del tipo de violencia “indirecta”: la violencia se considera “indirecta” en aquellos casos en los que la agresión ocurre en su presencia, o cuando no están presentes, pero no pueden tomar distancia de sus progenitores debido a que las secuelas en la víctima son evidentes, escuchan peleas, golpes, perciben terror y desesperanza. Según UNICEF (2017), la violencia emocional o psicológica y estar expuestos/as a la violencia incluye la restricción de los movimientos de un niño, la denigración, la ridiculización, las amenazas y la intimidación, la discriminación, el rechazo y otras formas no físicas de tratamiento hostil. La violencia “indirecta” (mejor dicho, estar expuesto a la violencia), puede implicar forzar a un niño a observar actos de violencia, o presenciar violencia incidental entre dos o más personas.

Siguiendo los aportes de Díaz García (2015), los/as niños/as que residen en hogares donde existe una situación de violencia doméstica no sólo pueden ser considerados/as víctimas porque se les agrede físicamente, sino porque siempre son víctimas de violencia psicológica.

Las agresiones sutiles, no dejan un rastro tangible y los testigos tienden a interpretarlas como simples aspectos de una relación conflictiva o apasionadas entre dos personas de carácter, cuando, en realidad, constituyen un intento violento, y a veces exitoso, de destrucción moral e incluso física (Hernández Pita, 2014, p.62).

Asimismo, también se puede entender los casos de NEVG como una forma de violencia simbólica. A diferencia de la violencia psicológica y emocional, la violencia simbólica se trata de un poder que impone significaciones de forma legítima, disimulando las relaciones de fuerza.⁵

La violencia simbólica, afecta a los/as niños/as que se encuentran expuestos a modos, hábitos, tratos, palabras, que al igual que la propia víctima protagonista, afectan su estado psico-emocional para convivir en sociedad y para permanecer en una situación de bienestar a corto y largo plazo.

⁵ *Violencia simbólica, entendida como violencia amortiguada, insensible e invisible para sus propias víctimas, que se ejerce, esencialmente, a través de los caminos puramente simbólicos de la comunicación y del conocimiento (...).* (Bourdieu, 2005, p. 58)

Considerando a Zarza (2011) los efectos de ser víctima “indirecta” y ser víctima directa son diferenciadas solo por el origen, por lo tanto, también la intervención y el tratamiento para cada situación.

2.5. Salud mental y atención en salud.

Se puede relacionar la exposición de niños/as a situaciones de violencia de género en el ámbito doméstico con la salud mental y la atención a la salud.

El sector de la salud es uno de los que deben trabajar para evitar la generación de violencia. Es posible intervenir temprano para prevenir la violencia en la región. (OPS, 2020).

Según la OMS (2017):

La salud mental abarca una amplia gama de actividades directa o indirectamente relacionadas con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud que da la OMS: «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos. (OMS, 2017, s/p).

Entendemos que la salud mental es una cuestión principal en las afecciones de NEVG. En lo explicado en el apartado anterior, los/as niños/as que viven en un entorno violento perciben y también reciben la violencia. Se entiende que la salud mental permite controlar situaciones de toda índole, sobre todo las que se viven bajo estrés, sustenta las capacidades individuales y colectivas de las personas para tomar decisiones, relacionarse con el mundo y darle forma al mismo. Es un derecho fundamental para el desarrollo personal, y a partir de ello para el resto de los aspectos de la vida social. Inclusive, los riesgos de tener problemas de salud mental pueden manifestarse en cualquier etapa de la vida, aunque los que ocurren en la primera infancia son más perjudiciales. (OMS, 2022).

En este sentido, la salud mental afecta la forma en cómo sentimos, actuamos, y pensamos, en cómo nos relacionamos y manejamos nuestro estrés, y los factores que pueden afectar la salud mental pueden ser biológicos, como la genética o la química del cerebro, la experiencia de vida como traumas o abuso, la historia familiar de problemas de salud mental, entre otros.

De acuerdo a Viola (2010), las consecuencias de ser testigo de violencia de género en el ámbito doméstico se dividen en dos grandes grupos que son en sí dos grandes conceptos tomados de la psiquiatría: las internalizadas, referidas a la sintomatología que no se ve pero que el individuo sufre (angustia, miedos, depresión, entre otras); y las externalizadas, es decir, aquellas visibles, referidas a las conductas (hiperactividad, enojos, baja tolerancia a las frustraciones, agresividad, etcétera). Una tercera área de estudio refiere a las consecuencias vinculadas a la repercusión cognitiva.

El problema de salud mental significa un riesgo en la salud del individuo, lo que hace esencial prestar atención y tomar acción para su tratamiento. Sin embargo, detectar la incidencia de la exposición de NEVG en la salud mental no es fácil para el personal de salud, ya que no es posible lograr inicialmente una entrevista fluida con la víctima, se requiere habilidad, interés y capacidad en el profesional para provocar en la mujer y en el/la niño/a sensación de confianza (Bompart, 2013).

He aquí el planteo de Sigerist (1943), Freidson (1975) y Zola (1999), quienes consideran a la medicina no sólo como una ciencia sino también una práctica conexas con el manejo de la sociedad, esto es, existe una hegemonía de la medicina frente a la comunidad. Si bien en la biofísica existe una sola verdad en lo social no, ya que depende de las culturas y de aquí la valoración de una enfermedad o un riesgo para la salud. Esto predomina sobre todo en dos ramas de la medicina: la psiquiatría y la salud pública. En casos de NEVG, podemos deducir que la invisibilización de los mismos puede depender de la cultura en cada sociedad, cuestionándonos hasta dónde en Uruguay tenemos conciencia como sociedad de que los/as niños/as se encuentran en situación de riesgo en la salud cuando se exponen a violencia de género dentro de su hogar.

Para un abordaje de atención sobre casos de NEVG debe existir un consumo médico. En base a Boltanski (1975), el consumo médico es manifestación y producto de la necesidad médica. Ante la falta de capacidad del niño/a para definir su propia necesidad médica, es esperable que el adulto a cargo sea quien la defina. Influirá la detección, la concientización y el impulso de parte del adulto, esto se debe a que los/as niños/as se encuentran en una etapa de aprendizaje, lo que dificulta la consciencia de su situación y la falta de distinción de lo correcto y lo erróneo en términos normativos. Entendida la idea de necesidad médica, para lograr el consumo es necesaria la existencia de una empresa civilizadora, esta última son acciones llevadas a cabo por instituciones educativas y médicas, a través de la difusión de reglas de higiene, nutrición, etc. Para el caso investigado, la empresa civilizadora son las instituciones de salud que reciben a los pacientes o son detectados fuera de las mismas para ser ingresados y/o atendidos.

Respecto a la atención, es necesario distinguir entre atención médica y atención en salud, y para la OMS, el concepto de atención médica refiere a: *la asistencia sanitaria esencial puesta al alcance de todos los individuos y familias de una comunidad, por medios que le sean aceptables, con su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar.* (OMS, 1978, s/p.). Este se enmarca dentro de la atención en salud, y tiene de beneficiarios a los usuarios. Los recursos son humanos, materiales, financieros y tecnológicos. Y su otro componente es la administración, que tiene que ver con la gestión.

Por otro lado, la atención en salud tiene una perspectiva más amplia. Propone las soluciones a través de las actividades intersectoriales: sector vivienda, alimentación, saneamiento, ocupación, educación,

seguridad, etc. (Benia y Reyes, 2008). Si bien también se incluye a la atención médica, no es la única forma de atención. En el caso de NEVG se involucra la atención en salud ya que no solo se encuentran médicos/as, sino también trabajadores/as sociales, psicólogos/as, entre otros profesionales.

En el documento elaborado por Servicios Sociales de Aragón (s/f) mencionado anteriormente, se plantea que la no colaboración de la víctima adulta dificulta tanto la observación como la valoración del riesgo. Esto es, la persona víctima puede no estar preparada para una intervención o no creerla necesaria, minimizando los riesgos tanto para ella como para sus hijos/as. Se debe reflexionar con la misma la necesidad de proteger a los/as niños/as y en los casos en donde la víctima adulta no puede hacerlo o no se siente capacitada por las circunstancias complejas que vive, es allí donde el equipo profesional debe valorar otras actuaciones.

Dada la complejidad del momento y el desconocimiento de lo vivido por estos/as niños/as, se plantea desde el estudio presentado, que es importante no forzar situaciones de separación física de su progenitor. Ante un caso necesario, es preferible que otra persona se haga cargo de los menores sin necesidad de que estos pierdan de su campo de visión a su mayor.

Los/as profesionales de algún modo se convierten en figuras de referencia tanto para el/la mayor como para los/as niños/as, en la medida que los/as mayores relatan su problemática, introducen al profesional dentro de su red de apoyo. Quienes se dediquen a la atención de víctimas de violencia intrafamiliar y de género, no solo deben estar preparados para la asistencia en situaciones de emergencia, sino también desarrollar y potenciar toma de decisiones, que permitan realizar un trabajo humanista, eficaz y eficiente. (Bompart, 2013).

En la presente investigación, se realizaron entrevistas con profesionales relacionados a las situaciones referidas para profundizar en el proceso de atención hacia NEVG (psicólogos, psiquiatras, trabajadores sociales, etc.). Se consideró pertinente ya que los/as profesionales están especializados y próximos a la temática y por tanto podrán aportar al conocimiento de la situación actual. Esta información es la que se plasmará en el presente trabajo.

3. Revisión de antecedentes

Luego de presentar el marco teórico, se desarrollará una revisión de antecedentes y documentaciones existentes en relación al tema de NEVG.

Los trabajos antecedentes revisados a nivel internacional manifiestan en el correr de los años la atención al problema de violencia que sufren los niños “directamente” como el abuso y la violencia física o verbal. (Pérez Falero, 2014, Lima Larrique, 2013, Souza Céspedes, 2014)

A su vez, se identificaron estudios, informes y debates sobre la violencia doméstica en los cuales los protagonistas son el hombre y/o la mujer, como, por ejemplo, los daños físicos y psíquicos sufridos por la mujer, las presiones que sufre la misma, la historia social que hay detrás de la violencia doméstica, el análisis sobre las características de los agresores, entre otros⁶.

Sin embargo, en la búsqueda de investigaciones y artículos centrados en la problemática específica (exposición de niños/as en contextos domésticos donde se ejerce violencia de género) es escasa y reciente.

A nivel internacional, se han encontrado estudios antecedentes significativos en España, en donde las investigaciones identificadas se basan en las consecuencias sobre los/as hijos/as de mujeres maltratadas. (Patró y Limiñana, 2005; Instituto Aragonés de la Mujer. s/f; Zarza Martín, 2011; Aguilar Redorta, s/f; Alcántara López., 2010; López Mosalve, 2014)

Asimismo, se encuentran protocolos para la detección de atención de la violencia de género en atención primaria, los cuales tienen en su contenido la evaluación del riesgo y seguridad de la mujer y sus hijos/as, donde se encuentran en cooperación distintos Ministerios. (Soler, Teixeira y Jaime, 2008; Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015)

También de parte del Gobierno de la Nación en España se realizó una investigación referida a la atención de las víctimas de violencia doméstica publicada en el 2002. Los resultados muestran la gravedad de las consecuencias de la exposición a la violencia doméstica en los/as niños/as, comparables a los encontrados en la violencia infantil directa en menores tutelados, y muy superiores a las tasas de prevalencia encontradas en población infantil general y en población clínica. Los datos ponen de relieve la necesidad de considerar la exposición a violencia de género como un tipo de violencia infantil directa. (Delegación del Gobierno para la Violencia de Género, 2015)

⁶ Segato, 2003; Azevedo, 2005; Levi, 2007; González, 2003; UNFPA, 2012; Teodori, 2016; Viera, Mesa y Serrana, 2009; Cabrera, M., 2010; Hernández Pita, 2014; Lemelson, 2008; Rojas, 2013; Sagot, 2000.

En el trabajo de Gómez (2011), se muestra desde diferentes perspectivas la problemática que afronta la protección del niño/a en el ámbito de la violencia familiar y de género. Menciona la existencia de una línea de atención a niños, niñas y adolescentes que forman parte de los programas de Save the Children. Se trata de un servicio gratuito donde más de 3.500 niños/as y adolescentes vulnerables reciben apoyo emocional, primeros auxilios psicológicos, asesoramiento y evaluación de necesidades y situaciones de violencia. También prestan apoyo a más de 2.000 familias que se contactan para atender situaciones en torno a sus hijo/as. (Save the children España, s/f).

En un trabajo realizado en Aragón, España, sobre orientaciones para la intervención desde los Servicios Sociales hacia los hijos/as expuestos/as a situaciones de violencia de género (Instituto Aragonés de la Mujer, s/f), se realiza un análisis respecto a la atención hacia niños/as y adolescentes hijos/as de mujeres víctimas de violencia de género dentro del sistema de protección de la mujer, el cual, se detectan situaciones de desamparo de los/as niños/as que quedan sostenidas por la función protectora del centro. Destaca la importancia de anticiparse a la posible decisión de abandono del centro por parte de la mujer-madre, y asegurar, si eso ocurre, la protección inmediata del/a niño/a.

En Centroamérica y Latinoamérica, Honduras cuenta con un protocolo de atención integral a víctimas de la violencia contra la mujer en supuestos de violencia doméstica y de violencia intrafamiliar, con el objetivo de crear un espacio de trabajo y diálogo interinstitucional que permitiera analizar y definir de manera conjunta las dificultades que se derivan del proceso de armonización y coordinación, así como los pasos a dar para su superación. (Poder Judicial de Honduras, 2014)

En Argentina, en el trabajo de Bompart (2013), se investiga cuantitativamente el abordaje a pacientes víctimas de violencia intrafamiliar y/o de género, llegando al resultado de que en estos casos específicos se investiga si la violencia familiar pone en riesgo a niños/as, tomando medidas inmediatas para salvaguardar la integridad de estos a través de servicio social. (Bompart, 2013). También en Argentina podemos encontrar artículo que brinda consciencia sobre los/as niños/as expuestos a violencia de género, justificando su relevancia y las consecuencias que padecen. (Paz, S. 2019).

En México, en el trabajo de Caraveo- Anduaga JJ, Colmenares-Bermúdez E, Martínez-Vélez (2002), se pudo identificar antecedentes en los que se trabaja la temática, por ejemplo, se estima la prevalencia de síntomas emocionales y conductuales en niños/as y adolescentes, se identifican las manifestaciones que son percibidas por los padres como necesidades potenciales de atención para sus hijos/as, y se estiman las búsquedas de servicios de salud mental. De acuerdo con los resultados del estudio, se resalta que, ni la clase de vínculo existente respecto al informante (el padre o la madre), ni el nivel socioeconómico del hogar se asociaron positivamente con la percepción de la necesidad de ayuda para los hijos/as sintomáticos. Estos hallazgos sugieren que, en general, existe probablemente un desconocimiento de la importancia de algunas manifestaciones psicopatológicas que se presentan en la

infancia y la adolescencia, a excepción del bajo rendimiento escolar que es uno de los efectos de la atención deficiente pero no exclusivo de ésta. (Loredo Abda, A; Villanueva, H.; Aguilar, A.; Casas Muñoz, A. 2016).

En Chile, se identificaron algunas tesis centradas en el abordaje de la psicología, proponen dar una mirada desde los/as niños/as frente a situaciones de violencia de género, cómo significan la violencia intrafamiliar los niños y niñas expuestos/as a ella, y cómo se organiza el desarrollo psicológico de los/as mismos/as. (Baader Bade, C. 2014).

Brevemente, se ha presentado el tratamiento del problema de investigación en varios países. Dicho esto, no existen demasiados trabajos realizados sobre niños/as en presencia de violencia de género en el hogar y menos aún sobre atención hacia los mismos, que por este motivo son llamados “víctimas invisibles” (Viola, 2010; Díaz García, 2015). Es importante subrayar el hecho de que en la actualidad se despliega esta nueva preocupación dentro de la agenda social, debido a las recientes investigaciones que dan centralidad y visibilidad a la temática.

A continuación, se presenta una revisión sobre trabajos realizados en Uruguay. Según Viola (2010), si bien se conoce el efecto devastador y las repercusiones que trae la violencia física, verbal y el abuso sexual sobre los/as niños/as, es relativamente nueva la importancia del hecho de que el/la niño/a sea “testigo” de violencia doméstica, y, por lo tanto, reciente su visibilidad pública. En nuestro país, se replica la temática predominante en el mundo con respecto al área de violencia doméstica, como, por ejemplo, estudios del acompañamiento psicológico a las mujeres víctimas (Segovia Figueredo, 2014), aproximaciones al perfil del agresor en el campo (Lenzi Scasso, 2016). Los/as niños/as son tomados en cuenta en estos trabajos, mayormente cuando la violencia es ejercida de forma “directa” y física, como la violencia y abuso infantil en el ámbito familiar (Pérez Falero, 2014; Lima Larrique, 2013; Souza Céspedes, 2014).

En la actualidad, se han realizado una serie de trabajos relacionados con el presente tema de investigación, por ejemplo, focalizados en la construcción del vínculo madre-hijo varón y la reproducción de vínculos violentos (Dreyer. K., 2016), También de mujeres madres sobre el comportamiento ante situaciones de violencia doméstica, el significado de los hijos/as en la toma de decisiones (quedarse o alejarse) del vínculo con el agresor. (Rivas. M., 2015). Dichos trabajos ponen el foco sobre la violencia doméstica hacia la mujer y sus repercusiones, haciendo pequeñas menciones a las consecuencias que se producen a nivel psicológico en los/as niños/as de la primera infancia, hijos/as de las víctimas (Viola M., 2010). En el presente, ha comenzado a expresarse un interés no sólo en los/as participantes “directos” de la violencia doméstica, sino también en su entorno, lo que incluye a los/as niños/as expuestos.

En el 2011, Viola presenta un artículo de prensa en el diario “*La Diaria*”, sobre las “*víctimas invisibles*”, y la importancia que tienen los efectos de ser NEVG. Dentro del artículo informa que el primer estudio relacionado al tema fue entre el 2008 y 2009 a cargo de la Clínica de Psiquiatría Pediátrica que funciona en el Pereira Rossell titulado: “*Valoración de las características emocionales y conductuales de niños provenientes de un contexto socioeconómico crítico*”.

En lo que respecta a los procesos de atención en violencia de género, en la investigación de Lozano et al (2011) se realizó un estudio de análisis cuantitativo de la población de mujeres atendidas en una policlínica de atención primaria en Montevideo, que arroja resultados pocos favorables, ya que el personal de la salud solo se enfoca en aspectos meramente sintomáticos a través de la medicación sobre los estados de ánimo, y no se abordan desde una perspectiva de derechos humanos, provocando la revictimización de la paciente, esto es, un reingreso al centro de atención.

Como hitos más importantes a nivel internacional en cuanto a la violencia de género, se destaca la Convención Sobre la Eliminación de todas las Formas de Discriminación Contra la Mujer (CEDAW), Tratado Internacional de las Naciones Unidas que fue firmado en el año 1979; y la Convención Interamericana para Prevenir, Sancionar y Erradicar la Violencia Contra la Mujer (conocida también como Convención Belem do Pará) adoptada en el año 1994. Estas dos convenciones fueron ratificadas por Uruguay, un hito que fue impulsado por la lucha de las organizaciones de mujeres en el país. A nivel internacional, Naciones Unidas incorpora la igualdad de género y el empoderamiento de todas las mujeres y niñas del mundo como uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ods) de la Agenda 2030” (Red uruguaya contra la violencia doméstica y sexual, 2020, p.18).

Pasaron ocho años para que Uruguay se adecue a lo asumido en las convenciones internacionales, y que luego ratificaría. Hoy son el marco normativo de la Ley N° 17.514 sobre violencia doméstica. (Escobar Fontes, J, 2018), el 9 de julio del 2002 se establecen las actividades orientadas a la prevención, detección temprana, atención y erradicación a los casos de violencia doméstica. Por otro lado, la Coordinadora del Sistema Integral a la Infancia y Adolescencia contra la Violencia (SIPIAV), explicó que los/as niños/as y adolescentes que viven situaciones de violencia, si bien no son objetos de violencia física, sino emocional, son, en definitiva, víctimas de violencia doméstica. En este sentido, el SIPIAV (dependiente del Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay) tiene en cuenta a todo el núcleo familiar, ya que los/as niños/as que padecen la situación de violencia los/as afecta en varios aspectos (Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2010). Es así que el 31 de julio del 2010, se publica un documento de Presidencia de la República Oriental del Uruguay, brindando algunos tipos de ayuda, titulado “*Refugios para víctimas de violencia doméstica buscan preservar la vida de madres e hijos*”.

La ley N.º 17.514 crea el Consejo Nacional Consultivo de Lucha contra la Violencia Doméstica, integrado por los Ministerios de Salud Pública, del Interior y de Desarrollo Social, Congreso de

Intendentes, Poder Judicial y representantes de la Sociedad Civil. Este órgano es presidido por el Instituto Nacional de las Mujeres. El Consejo Nacional Consultivo ha sido responsable del diseño del primer Plan Nacional de Lucha contra la Violencia Doméstica. En el momento de la evaluación del Plan es otro el gobierno actuante al momento de su diseño. El mismo fue diseñado cuando no tenía una legitimación real a pesar del acumulado de cuestiones de temáticas de género y generaciones por parte de movimientos de mujeres y sectores de la academia, en tanto no había sustento de parte de instituciones. En una investigación realizada por Herrera (2012), donde se evaluó de forma crítica el Plan (2004-2010), declaró que el mismo no es estricto, ya que la mayoría de sus actividades no tienen indicadores ni metas verificables, son poco realistas para la viabilidad de las instituciones, no hay asignación presupuestal, sectorial ni global para lograrlo. No existe un diseño estructural necesario para cumplir el objetivo del plan. Por lo tanto, su investigación también propuso diseñar y gestionar políticas públicas específicas para la erradicación de la violencia doméstica en el ámbito nacional.

En diciembre de 2011 se estableció por la Ley 18.850 una asignación familiar especial para hijos/as de mujeres asesinadas por sus parejas o exparejas.

De acuerdo a la directora de la Oficina Nacional de Violencia Doméstica y de Género, *Uruguay se caracteriza por su preocupación por la sociedad civil, y esto se ve reflejado en la reparación, mediante una ley que es modelo en la región, a los niños y niñas huérfanos víctimas de violencia doméstica.* (Archivo Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2014, s/p.).

El Poder Judicial aplica una amplia normativa donde se plantean procedimientos cautelares y así llevar una práctica óptima. Esto ha logrado en la víctima, mayor acceso a una ayuda y sugerencias para actuar en estos casos. Las normativas reglamentan la ley de procedimiento policial en materia de violencia doméstica; otra define la estructura funcional y orgánica de la respuesta policial y la tercera define el protocolo de actuación ante situaciones de acoso sexual en funcionarias y personal del Ministerio del Interior. Por otra parte, se implementó el uso de tobilleras electrónicas para los casos de violencia doméstica. (Archivo Presidencia de la República Oriental del Uruguay, 2014).

En 2017 se promulga la ley 19.580 de violencia hacia las mujeres basada en género, siendo una derogación de los arts. 24 y 29 de la ley 17.514. En este sentido se incluye la protección y el derecho de información del entorno familiar, especialmente de los/as niños/as y adolescentes, como, por ejemplo, en el art 9 y 42.

En una lectura de toma de conciencia gradual a través de las leyes, con las influencias mundiales respecto a la importancia del entorno familiar y el ambiente del hogar, se puede considerar una mayor legitimación social respecto a la afección de los niños/as expuestos a situaciones de violencia de género en el ámbito doméstico, aunque aún podemos avanzar.

4. Metodología

Área de investigación: Violencia de género en el ámbito doméstico , infancia y abordajes de salud.

Tema de investigación: El discurso de los/as profesionales de la salud respecto al abordaje de atención hacia niños/as expuestos/as a violencia de género.

Justificación del tema: Los distintos tipos de familias, como grupo estructurante del funcionamiento social y medio para el crecimiento y el bienestar de todos sus miembros y en particular de los/as niños/as, debe recibir la protección y asistencia necesaria para poder asumir plenamente sus responsabilidades dentro de la comunidad (Naciones Unidas, Convención sobre los derechos del niño, 1990). Mencionado esto, la violencia de género entre los adultos a cargo de niños/as genera efectos y consecuencias evidentes en estos/as. Si bien la violencia de género puede ocurrir dentro y fuera del hogar, este trabajo se orienta al ámbito doméstico, ya que de esta forma más directa es que los/as niños/as la padecen y también la aprenden. Entonces, cuando existe convivencia en las relaciones familiares, se viven comportamientos y creencias con respecto a la violencia de género (Seijo, Fariña y Arce, 2009). Los efectos de estas experiencias para el/la niño/a se clasifica en tres áreas: consecuencias físicas, psicoemocionales y conductuales (Seijo, Fariña y Arce, 2009), que, entre otros efectos, pueden asociarse al padecimiento de actos de violencia en fases posteriores de la vida, contribuyendo a un aprendizaje introyectado a la largo de su vida en la que los NEVG pueden repetir patrones a futuro. Echeburúa y Redondo (2010) afirman que, aunque no exista violencia “directa” contra los/as niños/as, el hecho de que estos convivan en una atmósfera de violencia y miedo es devastador para su desarrollo físico y principalmente psicológico.

La infancia también fue una etapa que no fue reconocida como tal por mucho tiempo, hasta el S.XVII no hubo un conocimiento de la infancia, al menos, tal y como lo entendemos actualmente (Ariés, 1960). Y si bien vivimos en la época “civilizada”, se cuestiona si hay suficiente reconocimiento de las infancias en sus distintas aristas, ya que el proceso de socialización primaria (Berger y Luckman, 1966) que es la que atraviesa el/a niño/a y por medio de ella se convierte en miembro de la sociedad, es fundamental para internalizar aprendizajes, y por lo tanto, si este/a se desarrolla en un contexto de violencia género dentro de su hogar tiene una gran complejidad para comprender el rol de sus semejantes como lo son sus padres o tutores, y de esa forma comprender el rol propio. En este escenario la violencia se naturaliza como parte de las relaciones afectivas y del mundo en general. Se considera que la salud mental en NEVG es un problema central que requiere ser abordado en su especificidad.

De acuerdo a Viola (2010), las consecuencias de NEVG se dividen en dos grandes grupos que tomados de la psiquiatría: las internalizadas, referidas a la sintomatología que no se ve pero que el individuo sufre, y las externalizadas, es decir, aquellas visibles. Por otro lado, en los planteos de Sigerist (1943), Freidson (1975) y Zola (1999), explican a la medicina no sólo como una ciencia, sino también una práctica conexas con el manejo de la sociedad, en la que se manifiesta una hegemonía de esta frente a la comunidad, determinando lo que es factor de riesgo y/o enfermedad y lo que no lo es. Este aspecto, conduce a la pregunta de hasta dónde tenemos conciencia como sociedad de estos fenómenos cuando pensamos en la atención en salud, es decir, del problema que puede generar en la salud de los/as niños/as la exposición a situaciones de violencia de género dentro de su hogar, y las respuestas que como sociedad se pueden desarrollar para abordarlo desde su integralidad

Aunque se entiende que la atención en salud a los/as niños/as que son víctimas “directas” de violencia ya es un importante desafío, en dichos casos existe una identificación de la víctima, sin embargo, en el caso de los/as niños/as que se encuentran en situaciones de violencia por estar presentes en las mismas, se hace necesario como primer asunto poder detectarlos, y a partir de ello, proponer abordajes de atención.

La violencia que reciben los/as niños/as cotidianamente por los agresores que la ejercen sobre sus madres (transformando a los niños/as en “testigos” de dicha violencia), influye inevitablemente en el modo en el que se socializan, generando dificultades para establecer relaciones sociales, de convivencia, en el ámbito laboral, etc., y produciendo efectos negativos sobre el bienestar psicológico, con consecuencias somáticas y psíquicas (Díaz García, S., 2015; Viola, 2011).

La legislación uruguaya considera a NEVG como víctimas directas, sin embargo, se habla de VI (víctimas invisibles) por la dificultad de su detección. Incluso, habiendo una conciencia de parte de la legislación hay problemas con la identificación de estos casos, lo que justifica aún más la necesidad de indagar la atención en su evolución.

En el presente trabajo se parte del supuesto de que la violencia doméstica es una de las formas de violencia de género, y es en dicho ámbito donde los/as niños/as la aprenden y la padecen. Los casos tenidos en cuenta son sobre los/as niños/as expuestos a violencia de género dentro del ámbito doméstico. A su vez, se consideraron no sólo casos donde los/as niños/as tengan el parentesco de hijos/as respecto a sus mayores, sino que se incluyeron todos los casos de adultos responsables de un/a niño/a.

Pregunta/problema de investigación: ¿Cuál es el discurso de los profesionales de la salud sobre los instrumentos y procesos de abordaje de NEVG en el ámbito de la Salud?

Preguntas específicas:

- 1) ¿Existen protocolos formales de atención hacia NEVG?
- 2) En caso de existir abordaje o tratamiento indirecto, ¿cuáles son las fortalezas y debilidades del mismo en base a los discursos de los/as profesionales de la salud?
- 3) ¿Cuáles son las rutas de atención a NEVG de los prestadores de salud públicos y privados?

Hipótesis

No existe una ruta de atención en salud exclusiva para NEVG, por lo cual se realiza a través de otras rutas de atención relacionadas a esta problemática. Esto plantea dificultades en las practicas, en cuanto a su detección y diagnóstico.

Se parte del supuesto de que existen diferencias entre la atención en salud pública y la atención en salud privada, partiendo de la posible diferencia de cantidad de pacientes y de recursos disponibles.

4.1 Objetivos

Objetivo general

Describir los discursos de los/las profesionales de la salud sobre la atención hacia NEVG.

Objetivos específicos

- 1) Indagar la existencia de protocolos de atención en salud hacia NEVG
- 2) Describir el posible proceso en los prestadores de salud a partir de los discursos de los/as profesionales relacionados en la temática de NEVG.
- 3) Describir las posibles rutas de atención orientadas a NEVG en prestadores públicos/privados, identificando fortalezas, debilidades y desafíos en cada uno.

4.2 Diseño de la investigación

A continuación, se presentan aspectos sobre el diseño de la investigación, indicando la metodología de investigación, la muestra seleccionada, y el plan de análisis elaborado.

Nivel de análisis: Microsocial

Unidad de Análisis: Los discursos de los/as profesionales sobre la atención hacia NEVG.

Diseño de investigación: Se trata de una investigación con un diseño descriptivo. El objetivo planteado consiste en describir los discursos sobre el proceso de atención existente en los centros de salud seleccionados hacia NEVG.

Es una investigación **cualitativa**. Según Vasilachis (2006), la investigación cualitativa se constituye a partir de varias perspectivas, ya que permite tener diferentes visiones acerca de la realidad a través de distintas tradiciones y escuelas, al tiempo que hace que también sean distintas las formas de conocerla, siendo que no hay una sola forma de hacer investigación cualitativa. En general la investigación cualitativa es definida como: *multimetódica, naturalista e interpretativa. Es decir, que las investigadoras e investigadores cualitativos indagan en situaciones naturales, intentando dar sentido o interpretar los fenómenos en los términos del significado que las personas les otorgan.* (Denzin y Lincoln, 1994, p.2)

El tipo de investigación seleccionada se debe a que el objetivo planteado requiere recuperar los discursos de los/as profesionales de la salud sobre la atención a los NEVG.

La técnica de investigación empleada fue de entrevista semiestructurada, que en base a Valles (2002), se orienta a una conversación. Este concepto se encuentra dentro de lo que está definido por Schatzman y Strauss (1973) como entrevistas conversacionales. Como plantea Valles, *“la entrevista semiestructurada es un conjunto de preguntas y cuestiones básicas a explorar, pero ni la redacción exacta, ni el orden de las preguntas está predeterminado.”* (Valles, 2002, p. 39)

Dicha técnica se aplica mediante una guía de entrevista que responde a los objetivos propuestos, y a su vez se encuentra abierta a la posibilidad de que la entrevista aporte elementos emergentes. La misma permite obtener información sobre cómo los entrevistados actúan y construyen desde sus prácticas un sistema de representaciones sociales, y brinda la posibilidad de recoger y analizar los saberes sociales en los discursos sobre la práctica de los profesionales especializados.

Para esto fue necesario tomar una muestra de un grupo de profesionales especializados, seleccionados los que estén vinculados a casos de NEVG esto es, violencia de género y violencia infantil. La muestra

tomada es de tipo teórico intencional. Siguiendo la definición de J.I. Ruiz (2012), se trata de una elección del propio investigador, no sigue una regla fija, y se encuentra sujeto a modificaciones acorde a la conveniencia en el correr del campo de investigación, con el objetivo de generar mayor información.

El criterio de selección de la muestra fue abarcar la rectoría (MSP) y luego al equipo de atención de dos instituciones de salud tomando como criterio la inclusión de un centro público y otro privado, bajo el supuesto que podrán encontrarse diferencias en los protocolos, en los abordajes de atención, en la conformación de equipos y en los recursos que tengan. El centro público seleccionado (Hospital Pereira Rossel) es de los principales centros hospitalarios del Uruguay fundado en 1908, se encuentra ubicado en Montevideo y está conformado por el Hospital Pediátrico y el Hospital de la Mujer, donde se cuenta con un equipo de violencia que atiende a niños/as jóvenes y adultos. El centro privado tiene varias sucursales dentro del país, y se accedió a uno de sus locales que se encuentra ubicado en la esquina de las calles Bulevar Artigas y Guaná. En 1935 fue fundado el Centro de Asistencia del Sindicato Médico del Uruguay, y con el paso de los años se convierte en una de las instituciones médicas privadas más importantes del país. Al igual que el centro público, cuenta con un equipo de violencia domestica donde atiende a niños/as, jóvenes y adultos.

Dentro de cada centro se buscó tomar una especialidad distinta de cada integrante del equipo de VBBG (violencia basada en género y generaciones). El equipo técnico tomado en cada institución se compone por el/a coordinador/a del equipo e integrantes profesionales del mismo (trabajador social, pediatra, médico general, psiquiatra). De esta forma se buscó tomar distintas perspectivas intra e interinstitucionalmente en los equipos técnicos.

Complementariamente, se realizó una búsqueda documental sobre los protocolos de atención establecidos formalmente, presentando las diferencias planteadas a nivel práctico que es el que finalmente llevan a cabo los actores involucrados en los equipos técnicos.

El plan de análisis se centró en una descripción a partir del discurso de los/as profesionales entrevistados/as. En base a García Salinero (2004), a través del estudio descriptivo se procura responder a las preguntas de qué está sucediendo y cómo, pretenden proporcionar una imagen "fiel a la vida" de lo que la gente dice y del modo en que la gente actúa sin manipular ningún hecho. Aquí se da una interpretación primaria y una conceptualización, permitiendo que sea el propio investigador quien extraiga sus conclusiones y generalizaciones. Es una expresión de manera narrativa, conociendo las situaciones, costumbres y actitudes predominantes a través de la descripción de las actividades, procesos y actores involucrados con el material que se cuenta.

En el año 2018 se realizaron 12 entrevistas a profesionales de la salud: 2 entrevistas a integrantes del MSP (Responsable del Programa de la Niñez, y Responsable del Programa de Violencia, Género y Generaciones), 5 a integrantes de ASSE (Coordinadora de equipo del área de maltrato infantil, médica

legal, pediatra, psiquiatra infantil, y trabajadora social), 4 a integrantes del Centro de Salud Privado (Coordinadora del equipo de violencia doméstica, pediatra, médico general, psiquiatra infantil) y 1 a dirección general del INAU. El campo de investigación funcionó a través de la técnica de bola de nieve, en la cual se parte de un contacto inicial, y los/as entrevistados/as proporcionan otros contactos para continuar el abordaje. La prioridad fue acceder a los discursos de profesionales de distintas disciplinas que puedan dar lugar a diferentes perspectivas sobre el tema.

5. Hallazgos

Para iniciar con los resultados planteados es necesario aclarar que los mismos están contextualizados en el año 2018, previo a una pandemia a causa del COVID 19 que comienza en el 2020, y a un cambio de gobierno y de orientación política. Por lo tanto, se realiza una comparación del protocolo de ASSE vigente en el 2018 con el protocolo del mismo actual (2023), entendiendo que esto permite seguir su evolución y por tanto sus cambios.

Mencionado lo anterior, los resultados están organizados de la siguiente forma: por un lado, se presenta de forma descriptiva una síntesis de la documentación obtenida respecto a los protocolos de atención aproximados sobre los NEVG. Y, por otro lado, se plantean los discursos de los profesionales en el 2018 ante determinadas cuestiones dentro de la atención.

Antes de comenzar, se puede apreciar a través de la siguiente cita de una profesional de la salud la multiplicidad de motivos por el cual los/as NEVG deben ser tenidos/as en cuenta como víctimas, ya que se suma y/o vincula a lo que ha sido mencionado en el marco teórico respecto a que la etapa de la niñez es fundamental para absorber aprendizajes, en tanto, los/as niños/as tienen de referencia en general a su madre como figura de protección, lo que hace evidente una afección en los/as niños/as si presencian o perciben daños hacia la misma.

(...) cuando los niños son más pequeños, mayor es la relación de dependencia con su madre. La vivencia de desamparo o de inestabilidad y de terror es mucho mayor cuando ven su figura de protección siendo dañada o debilitada, entonces posicionándose desde ese lugar es inconcebible pensar que no le pasa nada al niño, que no escucha, no se entera. (Entrevista realizada a Médica legista, ASSE, 2018)

Esta cita pone atención a la problemática de los/as NEVG. Lo cual conduce a pensar sobre qué tipo de acciones es posible tomar a través de la creación de protocolos de atención y de la intervención en las prácticas.

El siguiente fragmento de entrevista no sólo reitera la idea de que el/la niño/a se siente desprotegido y vulnerable cuando su madre es violentada, sino también que hay un complejo proceso biológico que se desencadena por presenciar situaciones de violencia doméstica. De acuerdo a la entrevistada, se generan muchas hormonas en el cuerpo, aumenta el cortisol, la adrenalina va generando daños en

distintos órganos, también sucediendo a nivel de células y ADN, aumentando la probabilidad de enfermedades médicas mentales, y problemas de aprendizaje:

Presenciar violencia es dañino para todo el desarrollo del niño y yo creo que no se debería distinguir entre el ser víctima, el ser testigo, o por lo menos deberían estar bien incluido los niños que son testigos de violencia. Imagínate que un niño cuya seguridad son sus padres y la madre está violentada, cómo se va a sentir ese niño ¿no? y las repercusiones- esto tiene que ver también a nivel biológico, cuando hay una reacción de estrés ¿no? Así que desde el punto de vista orgánico uno tendría que pensar también que estos efectos de presenciar violencia son igual de importantes.. (Entrevista realizada a Psiquiatra infantil de centro privado, 2018)

La cita a continuación, suma un aspecto esencial que es la salud mental, ya que es la más afectada a corto y largo plazo, y más compleja de detectar en situaciones de esta índole:

(...) está expuesto a que estén vulnerando a tu madre todo el tiempo, violando sus derechos, despreciándola, también es una forma de maltrato psicológico para los niños que tiene que ser pesquisada porque genera el mismo impacto que si los están golpeando... o abusando sexualmente. (Entrevista realizada a Trabajadora social de ASSE, 2018)

Esta declaración plantea que los motivos por los que se prioriza y atiende a las mujeres víctimas de VD y a los/as niñas/as víctimas de golpes y violencia “directa” son los mismos que el de NEVG, y tiene las mismas consecuencias a largo plazo.

Se realizará un análisis de la información recabada teniendo en cuenta las siguientes dimensiones: protocolos, prácticas, prevención, detección, intervención, seguimiento y conformación de equipos. Por otra parte, también se analizará la información que responda a las fortalezas, las debilidades, los desafíos y las diferencias entre atención en salud pública y en salud privada.

Inicialmente, es relevante aportar una descripción del discurso de los profesionales de la salud sobre el fenómeno de NEVG en la sociedad uruguaya.

El discurso de los técnicos especializados en atender casos relacionados a NEVG entrevistados en el 2018 expresan la existencia de instituciones que intervienen sobre este problema, como MSP, INAU, SIPIAV, MIDES, buscando progresar respecto a su atención, sin embargo, la misma es aún incipiente. Paulatinamente, hacia el año 2018 se comienza a visibilizar a NEVG en la atención en salud, esto se debe a que, hacía menos de una década la sociedad uruguaya los/as mencionaba como “víctimas secundarias” o simplemente desvinculaban absolutamente las situaciones de VD con las consecuencias hacia los/as niños/as, transformándolos/as no en víctimas, sino en “testigos” de la situación de violencia.

Desde el año 2015 aproximadamente, desde la institucionalidad, se fue buscando desarmar el discurso de invisibilización y considerar a los/as NEVG como víctimas a la par de la persona víctima de VD. En una entrevista realizada a la directora general del INAU (2018), se expresa que existió un avance en el aspecto legal, ya que tradicionalmente las situaciones de infancia- adolescencia se regían por el Código de la Niñez y la Adolescencia, y la de las mujeres víctimas de violencia se regía por la Ley de Violencia Doméstica. Por lo tanto, INAU comenzó a impulsar el cruce de las mencionadas leyes para que las

medidas cautelares que están previstas en la Ley 17.514 de violencia doméstica puedan ser utilizadas también para niños y niñas, y así alcanzar casos de NEVG. De esta manera, el principal objetivo ha sido desarmar estructuras conceptuales y lograr una apertura sobre el tema.

Los prestadores de salud entrevistados en 2018 (equipos multidisciplinarios de ASSE y de centro de salud privado) expresan que fue aumentando la concientización de los usuarios en comparación a algunos años atrás, y consideran que la frecuencia de situaciones de este tipo no necesariamente ha cambiado. Es decir, la mayor concientización sobre el problema se fue demostrando en el aumento de ingresos en los centros.

Capaz que antes no era tan frecuente, o capaz que sí era frecuente y la gente consultaba menos, no sé bien por qué será... (Entrevista realizada a Psiquiatra infantil de ASSE, 2018).

Mi percepción es que ha ido en aumento los casos de niños/as que han ingresado por problemas conductuales o por intentos de autoeliminación, no tengo estadísticas ¿no? pero mi percepción es que sí. (Entrevista realizada a Pediatra, ASSE, 2018).

Y porque va creciendo. Tiene que tener un lugar porque cada vez es más lo que estamos interviniendo en este tema y cada vez la violencia es mayor. (Entrevista realizada a Coordinadora del equipo de atención en salud de centro de salud privado, 2018).

En el caso del prestador público, en una entrevista realizada a la Coordinadora del equipo de salud en el 2018, expresa que las estadísticas por ingresos que se encuentran directamente vinculados a la violencia doméstica fueron en ascenso, aunque aún no se disponía de datos cuantitativos oficiales sobre NEVG.

En el caso del prestador privado, en la entrevista realizada a la Psiquiatra de adultos y Coordinadora del equipo de salud del centro privado (2018), se expresa una falta de consideración importante respecto a la temática de NEVG, ya que tiene más voz el problema de menores víctimas “directas” de VD y mujeres víctimas de VG (violencia de género). Aunque se reconoce que el problema se habla más en comparación a generaciones anteriores.

En general, los/as actores entrevistados/as manifiestan que es un tipo de atención reciente, el cual se fue tornando más frecuente en el año 2018, los usuarios demandaron más atención, pero también se manifestó que quedaba mucho por avanzar.

5.1 Modelo de atención nacional.

Como se plantea en los antecedentes, en el año 2018 se encontró un cruce de dos modelos de atención para abordar los casos de NEVG: atención a las mujeres víctimas de violencia doméstica y atención a la violencia “directa” hacia los/as niños/as, y el mismo se encuentra en todos los niveles de atención. No obstante, no se visualiza una atención en salud exclusiva y definida en lo que respecta a NEVG.

En este apartado, en primer lugar, se realizará una revisión de los protocolos de atención del año 2018 en las instituciones de salud en lo que se relaciona a NEVG, a su vez, el protocolo de ASSE será comparado con el protocolo vigente actualmente (2023). Luego se hará análisis de las entrevistas a los equipos de atención en salud sobre las prácticas que se llevaban a cabo en el año 2018. Por último, se realizará la comparación entre los protocolos con las prácticas del año 2018 con el objetivo de visualizar puntos en común y diferencias.

Teniendo en cuenta que el trabajo de campo de este trabajo se realizó en el 2018, se recogen los protocolos vigentes para dicho momento. Los mismos fueron los de: ASSE (Protocolo institucional de atención a personas en situación de violencia basada en género y generaciones, 2017), INAU (Protocolo de Intervención para situaciones de violencia hacia niños, niñas y adolescentes, 2007), SIPIAV (Sistema de protección contra la violencia hacia NNA, 2016) y guía del MIDES (Servicios públicos de atención a mujeres en situación de violencia basada en género, 2018).

Particularmente, el protocolo de MSP será descrito reuniendo datos tanto a través de revisión documental como de entrevistas realizadas a las personas que trabajan en la institución y que, a su vez se especializan o tienen mayor acercamiento en la temática de NEVG.

Entonces, primero se analizará el discurso de los actores entrevistados del MSP respecto a los protocolos de atención hacia NEVG, ya que permitirá relacionar el pensamiento normativo desde el que parte la institución.

El MSP hasta el 2018, como en todos los temas de salud, tuvo un rol rector, por tanto, lo que hacía es definir la rectoría para las instituciones de salud. Entre sus competencias se encontraban: el armado de los protocolos institucionales, la elaboración de las políticas, su evaluación, y fiscalización. Asimismo, volcaba las directivas como ministerio para adaptarlas en cada institución, esto es, brindaban lineamientos para el trabajo de los asesores técnicos en las instituciones que se ocupan de capacitar y de sensibilizar a los equipos de referencia.

Actualmente, el cometido del MSP en teoría logra una mayor amplitud de promoción en la calidad de la salud: analiza la situación de la salud en la población, planifica las políticas de salud de la misma, elabora un mapa sanitario contemplando las diferencias entre oferta y demanda de servicios de salud en el territorio y en base a ello planifica los recursos sanitarios, realiza investigaciones en la salud en coordinación con otros organismos para mejorar la calidad de la misma, elabora políticas de promoción de salud, promueve la participación social, ejecuta estrategias más eficaces, eficientes y equitativas en la difusión del conocimiento actualizado a la población, regula y desarrolla políticas de tecnología médica, controla el cumplimiento de los prestadores de la salud, controla la gestión sanitaria. (MSP, 2023)

Para la implementación del protocolo vigente en el año 2018 existieron varios mecanismos por parte

del MSP, por ejemplo, metas asistenciales, a través de auditorías de historia o de procesos de intervenciones en cada uno de los casos para comprobar el cumplimiento, entre otros. Sin embargo, el que obtenía más resultado es el mecanismo de metas prestacionales, el cual consiste en que las instituciones deben informar al Ministerio cómo difunden e implementan el protocolo, guía o manual en cada una de las instituciones de salud, y el MSP evalúa si la institución cumple con las pautas. En algunos casos, este creaba un mecanismo de presión, de forma que no les pagaba a las instituciones. También, los usuarios de salud tenían la posibilidad de recurrir a hacer una denuncia formal pasiva en el MSP cuando encontraban que la atención no está siendo abordada de forma adecuada, por lo tanto, el MSP podía comprobar el cumplimiento o no a través del seguimiento directo de los usuarios. En una entrevista realizada en el 2018 a la encargada del Programa de la niñez en el MSP se expresa que el cambio de la meta prestacional surge desde el incentivo de una reestructuración de los equipos de referencia:

Nosotros hicimos una reestructura que son equipos de referencia en violencia en género y generaciones, que no fuera vista solamente la violencia hacia la mujer sino hacia todo el ciclo de vida, que incluye los niños, pero que también incluye al adulto mayor (...) Se cambió una meta prestacional para la reestructuración de los equipos de referencia, pero se viene de a poco abarcando un poco más a la violencia, de a poco con una dimensión más amplia, no exclusivamente a donde estaba visualizada. (Entrevista realizada a Encargada del Programa de la Niñez del MSP, 2018)

Se menciona que la reestructuración es consecuencia de un cambio social y político que genera avances y transformaciones, por ejemplo, el plan nacional de violencia propuesto por el gobierno, que tenía un impulso tanto político como técnico; también el plan de primera infancia, infancia y adolescencia que se creó a fines del 2015- 2016.

En las metas prestacionales 2022-2023 hay cambios, fusiona las metas anteriores haciendo una única meta, para simplificar y optimizar el procedimiento, sin perder la exigencia, con una periodicidad de cumplimiento por cuatrimestre, y organiza en cuatro componentes temáticos con sus respectivos indicadores: salud del/a niño/a, salud de la mujer embarazada y la puérpera, violencia basada en género y generaciones, y prevención, diagnóstico y tratamiento de enfermedades no transmisibles. (MSP, 2021).

El protocolo con el que contaban en el 2018 fue realizado luego del año 2005, antes de que ASSE (prestador público) se descentralizara del Ministerio. Mencionado esto, expresaron que el protocolo se encontraba desactualizado ya que la creación del mismo fue enfocada mayormente en ASSE, en un modelo hospitalario, fuera de la realidad del sistema de salud actual. También se manifiesta que el protocolo del 2018 no tuvo éxito en cuanto a la difusión. (Encargada del programa de violencia del MSP, 2018).

Respecto a las fortalezas en relación a los protocolos del 2018 se menciona lo siguiente:

Fortalezas yo creo que son los compromisos del Estado ¿no? Porque hay mucho, yo creo que se... traducen un montón

de organismos, en eso- eso yo creo que es una fortaleza. (Encargada del Programa de Violencia basada en Género y Generaciones del MSP 2018).

De acuerdo a estos actores del MSP entrevistados en 2018, las debilidades respecto a los protocolos se encuentran vinculadas a los recursos. Consideran insuficiente el abordaje en las zonas rurales o localidades pequeñas. Aunque se haya progresado en decretos y leyes, hay una debilidad que es no lograr abarcar todo el territorio de la misma forma.

Además de eso, ese mapa fue hecho... pensando mucho en Montevideo, no es fácilmente aplicable en otros lados porque los recursos que usan son los que ellos tienen en Montevideo y en el sector público, básicamente en el Pereira Rossell, entonces si vos estas en Florida ponete, en una mutualista, no te cierra la forma de encarar eso. Bueno, eso fue detectado por el Ministerio entonces la propuesta que nos hicieron en ese año fue... revisarlo y tratar de que se pudiera llevar en todas las situaciones, tanto público como privado, Montevideo e interior, que fuera aplicable a diferentes situaciones, eso es lo que hicimos. (Entrevista realizada a Pediatra mutualista privada, 2018).

Agregando aspectos de debilidad en los protocolos de acuerdo a las personas entrevistadas del MSP en el 2018, señalan la falta de formación al personal más que sumar personal, seguir sensibilizando a los informantes ya que de esa forma es posible mayor detección por parte de funcionarios del Plan Aduana⁷ del centro de salud, en la escuela, y así poner en marcha el protocolo.

Instituciones yo creo que hay suficientes, lo que falta quizás son más operadores en territorios, seguir sensibilizando... o seguir sensibilizando es lo que hay, capaz que lo que faltan son los más especializados... por ejemplo, la mayoría de los profesionales que egresan de la universidad en este país nunca en su vida oyeron hablar de género ni tuvieron un taller con una sensibilización ...todavía falta capacitar y sensibilizar a los operadores de territorios. (Entrevista realizada a Responsable del Programa de violencia basada en género y generaciones del MSP, 2018).

En base a los discursos de los actores del MSP, hay una valoración de los protocolos del 2018 como insuficientemente eficaces, provocando que en los casos en lo que se dan situaciones de internación por violencia se termine violentando más al niño/a debido a que terminan aislados de su entorno familiar y de sus amigos, por lo tanto, procuran que las intervenciones sean de seguimiento en un primer nivel de atención.

⁷ La intervención Programa Aduana es llevada adelante por (ASSE). Su propósito es lograr que niños/as entre 0 y 3 años usuarios/as de ASSE mejoren su crecimiento y desarrollo integral, brindando prestaciones adecuadas según nivel de riesgo a través de la identificación, captación, el seguimiento y control por parte del equipo de salud (ASSE, 2013)

5.2 Protocolo normativo

En esta sección se brindarán resultados de la revisión documental respecto a los protocolos de atención de: MSP, ASSE y centro de salud privado, haciendo énfasis en lo que se aproxima a la atención de NEVG en el año 2018, aunque también se hizo revisión de los protocolos de INAU, SIPIAV, MIDES en el mismo año. No existe una guía específica para estos casos, por tanto, se presentan elementos que abordan el tema indirectamente

Se procede a sintetizar el protocolo del centro de salud público (ASSE).

5.2.1 Protocolo ASSE 2017: Protocolo institucional para la atención a personas en situación de violencia basada en género y generaciones.

El presente protocolo será reducido a aspectos centrales que refieran al tema de la presente investigación. El mismo se basa en el del MSP, en el que se hace particular consideración a los distintos tipos de violencia doméstica, abarcando el conjunto de las relaciones familiares, afectivas y de convivencia, entre cualquiera de sus miembros. (Guía de Abordaje de Situaciones de Violencia doméstica hacia la mujer: 2006).

Sobre las distintas formas de violencia infantil se hacen menciones a las formas activas (emocional, física, abuso sexual), formas pasivas (abandono, físico, abandono emocional), y una especial mención a los niños testigos de violencia (aquí nos referimos a los NEVG):

Además de las manifestaciones de violencia que implican abuso físico, sexual, mental, descuido o trato negligente, malos tratos, explotación, también debe incluirse la que implica ser testigo de violencia hacia sus madres, incluyendo el feminicidio. (Protocolo institucional para la atención a personas en situación de violencia basada en género y generaciones ASSE, 2017, p.29)

Para la detección se identifican los ámbitos más frecuentes, estos son donde se produce mayoritariamente el encuentro del niño, niña o adolescente (y sus familias) los cuales son escuela, liceo, UTU, Club de niños, CAIF, Centro de Salud, Iglesia, Centros barriales, entre otros.

A continuación, se describen algunas de las acciones que el personal de salud debe realizar cuando se encuentra con NNA (niños, niñas y adolescentes) que acuden a los servicios. En primer lugar, se debe realizar un diagnóstico adecuado, incluyendo los factores de riesgo. El diagnóstico de situación implica evaluar los factores que permitan caracterizar las situaciones para una intervención adecuada.

En caso de situaciones de violencia ejercidas hacia NNA o cuando éstos/as son testigos de violencia en la pareja, se aplicarán los instrumentos existentes (mapas de ruta y modelo de atención del SIPIAV),

y se podrá recurrir al Comité de Recepción Local (CRL). En caso de no contar con CRL en la localidad o que se demore la consulta con el mismo, se podrá recurrir a las redes temáticas o focales existentes. Si no se cuenta con dichos recursos se buscará conformar un equipo multidisciplinario con los recursos disponibles, o en su defecto y si la complejidad de la situación lo amerita, al equipo central de ASSE. Nunca se debe dejar de abordar estas situaciones por no contar con el equipo completo.

Respecto a las acciones que no deben realizarse se menciona: violar la confidencialidad, restar importancia a la violencia, culpabilizar a la víctima, no respetar su autonomía, ignorar la necesidad de seguridad, normalizar la violencia, imponer sus creencias y valores, someter a la persona a múltiples interrogatorios o preguntas inadecuadas- revictimizantes, someterla a reiterados exámenes físicos innecesarios, presionarla a denunciar y no respetar sus tiempos, omitir el registro en la historia clínica, trabajar en solitario, evitar mediación con el agresor, promover revinculación forzada en casos de niños/as o adolescentes, promover las visitas de hijo/as al agresor a prisión en caso de femicidio. (Protocolo institucional para la atención a personas en situación de violencia basada en género y generaciones, 2017, p.14)

Los equipos de Programa Aduana, médicas/os de crónicos de familia, médicos rurales, trabajadores sociales, enfermería domiciliaria y agentes de seguimiento socioeducativo, entre otros, tienen altas posibilidades de detectar algunas situaciones de violencia que pueden no evidenciarse en consultorio, al concurrir por diversos motivos al domicilio.

Para los casos que involucren niño/as, adolescentes, personas adultas mayores dependientes o personas con discapacidad en situación de vulnerabilidad se evaluará el grado de entendimiento y capacidad de toma de decisiones, así como la existencia de posibles cuidadores. En situaciones de bajo riesgo detectadas en urgencia y emergencia, se recomendará una policlínica de referencia y desde la emergencia se informará a ERV (Equipo de Referencia en Violencia) del centro de salud correspondiente a su zona sobre la situación, para organizar el seguimiento que sea necesario a más largo plazo. El ERV evaluará la situación y podrá generar las acciones que considere necesarias. Desde el servicio de emergencia se entregará a la persona una receta con indicación de control en policlínica (sin consignar motivo de consulta), lo cual será coordinado por vía interna interinstitucional, para evitar que el agresor encuentre el pedido de interconsulta con el dato clínico y aumente el riesgo. Finalmente, el seguimiento se realiza mediante las consultas previstas o generando las que sean necesarias a través del médico o trabajador social.

Si bien el protocolo descrito a continuación no se encontraba vigente en el momento en el que se realizó el campo de investigación, se menciona dado que es la última referencia en dicha materia.

Protocolo ASSE 2023: *Protocolo para la atención a personas en situación de violencia basada en género y generaciones.*

Se plantea una serie de criterios a tener en cuenta en la intervención en situaciones de VBG, la cual tiene en cuenta el impacto de la violencia en la salud (física y psíquica); el tipo de violencia sufrida; riesgo de continuidad de la violencia, riesgo vital (suicidio / homicidio); capacidad de la víctima de tomar decisiones (tomar en cuenta competencia, entendimiento de la situación e información brindada; impacto de la violencia en su salud mental, autonomía progresiva en adolescentes, situaciones de coercibilidad de tipo amenazas, dependencia, entre otras); demanda concreta de la persona que sufre violencia (en función de su capacidad de decidir) y sus necesidades; mapeo de redes, lo que es capacidad del entorno familiar y comunitario de brindar cuidados y apoyos, y existencia de alguna figura protectora (Protocolo para la atención a personas en situación de violencia basada en género y generaciones ASSE, 2023, p.6)

En este caso, el protocolo propone realizar la detección de víctimas de violencia en primer nivel de atención, en policlínicas, en internación hospitalaria, en urgencia y emergencia, en atención domiciliaria, en emergencia móvil o en consultas realizadas a especialistas. La detección se realiza primeramente evaluando la estabilidad física y psíquica del paciente.

La diferencia en este caso es la forma de proceder a partir de entonces, la pesquisa se realiza en una consulta a solas independientemente de su edad, por más que el paciente esté acompañado, y se procede a un diálogo que intente no hacer preguntas reiterativas. En el caso de niños/as, se realiza una serie de preguntas separado/a al adulto responsable sobre la crianza y sobre los posibles hechos que hayan llevado a la consulta.

Para el diagnóstico se tiene en cuenta indicadores físicos, psíquicos, emocionales, cognitivos-conductuales, el relato espontáneo del/a niño/a y su vínculo con los adultos responsables, familiares y del entorno. Dependiendo el caso, se recurre al ERV local, departamental o Unidad de VBG. Para el diagnóstico también se pretende saber los recursos con el que la víctima cuenta y las redes de protección.

Si a un paciente se le considera en situación en riesgo es porque cree que hay chances de que se le siga ejerciendo violencia. La vulnerabilidad de la persona, la peligrosidad de quien la ejerce y características del incidente definirán el riesgo como bajo, moderado o alto.

Para el tratamiento, en caso de inestabilidad, la prioridad es la estabilización, para posteriormente evaluar y atender específicamente la situación de violencia

En el protocolo se hace referencia al siguiente procedimiento que debería aplicarse para tal objetivo, lo que llaman A.N.I.M.A:

A: Atención al escuchar, hacerlo empáticamente

N: No juzgar y validar; demostrar comprensión, credibilidad, desculpabilizar.

I: Informarse acerca de sus necesidades y preocupaciones; evaluarlas y dar respuesta a las necesidades emocionales, físicas, sociales, educativas, recreativas y prácticas (p. ej., el cuidado de los hijos, asistencia a centro educativo).

M: Mejorar la seguridad, elaborar con la persona cuando corresponda (víctimas adultas, competentes), un escenario de protección.

A: Apoyar a la persona para que reciba información, informarla de sus derechos, desculpabilizarla, informar lo valiente que ha sido, informar sobre los servicios y coordinar el respaldo social que necesita. (Protocolo para la atención a personas en situación de violencia basada en género y generaciones ASSE, 2023, p.9)

Este protocolo hace algunas especificaciones de casos para proceder en base a estos, y el caso que podríamos relacionar a NEVG es el riesgo de homicidio, el cual se busca como primera opción de solución redes familiares protectoras, refugios, centros de cuidados, o de forma eventual contemplar la posibilidad de internación.

Otros casos a los que se especifica para saber cómo se procede es en caso de inestabilidad física o afectación grave a la salud y en caso de ideas suicidas, autolesiones o riesgo de suicidio. Considerando el marco teórico, entendemos que estos casos también podrían aplicar en NEVG, ya que estamos informados de las consecuencias que padecen los/as mismos/as, sin embargo, ocurren como consecuencias a largo plazo las cuales no son relacionadas a la causa central de este trabajo.

El seguimiento puede ser con control con médico de referencia, seguimiento por ERVBGG (Equipo de Referencia en Violencia Basada en Género y Generaciones) si hay situación de alto riesgo, y control con equipo de salud mental, SSyRR (Salud Sexual y Reproductiva) u otras interconsultas si corresponde.

El protocolo denota un progreso en relación al anteriormente referido, dado que abarca a más integrantes del hogar como víctimas de violencia de género dentro del hogar, lo cual implica que se logra mayor probabilidad de detectar a los/as NEVG. Esto también genera mayor conciencia social sobre la sociedad.

5.2.2. Protocolo centro privado

A través de las entrevistas realizadas en 2018 a los integrantes del Equipo de violencia doméstica de la mutualista privada, se identifica que no existía un protocolo de atención sobre violencia infantil, y específicamente sobre NEVG, sino que se basan en el protocolo del MSP o, su opción más recurrente, un método de trabajo dirigido por la coordinadora del equipo de violencia doméstica que tuvieron en ese año.

Como particularidad, este centro privado atendía a adultos por derivación de: médicos de diferentes especialidades, destacándose pediatras que derivaban a madres de niños, psiquiatras, médicos de familia, etc. MIDES y/o ONG que trabajaban en el tema VD y Comité de recepción de psicoterapias. En el caso de los/as niños/as, estos/as eran atendidos por derivaciones de: puerta de emergencia pediátrica, pediatras, Comité de recepción de psicoterapias, psicólogos, Clubes de niños, CAIF, Escuelas.

En el Departamento de Salud Mental del centro privado, el equipo se encontraba liderado por un médico psiquiatra y asistido por un médico internista, una nurse y un enfermero, el área de internación breve recibía pacientes cuyo tratamiento requería una estadía corta o continuar la recuperación en otras dependencias especializadas

En lo que respecta a la detección, si cualquier integrante del equipo de esta área tenía una percepción de peligro frente a cualquier llamado debía actuar en consecuencia y comunicar dicha situación al médico coordinador y al equipo asistencial. Cualquier integrante del equipo asistencial podía determinar la percepción de peligro, pero nunca rechazar a priori un llamado sin intentar conseguir una escena segura de peligro.

Para proceder en la intervención, el Médico Coordinador, era quien adoptaba las decisiones de acuerdo al protocolo establecido y aquellas que escapen al mismo siendo la decisión que mejor considere, pero siempre priorizando la seguridad de las personas que asistían al centro. En ningún caso el equipo asistencial llegaría al lugar de asistencia hasta tanto no tuviera la confirmación por parte del Médico Coordinador de la llegada de la unidad.

5.3. Prácticas de atención

En este apartado, se trabajará en base a las entrevistas realizadas en el trabajo de campo realizado en el año 2018, por tanto, lo que se refleja es el discurso que tienen los profesionales de la salud entrevistados sobre sus prácticas de atención. Así que, en base al discurso de los entrevistados (2018), como punto de encuentro entre el equipo de atención público y el equipo de atención privado, no pueden desvincular los casos de NEVG con la violencia hacia la mujer y la violencia “directa” hacia el/la niño/a.

Si bien los entrevistados muestran atención e interés sobre el tema, declaran que al momento de proceder les resulta difícil distinguir una atención hacia estas personas. Este discurso general es explicado posiblemente por el modelo de atención en los protocolos vigentes en el año 2018, sin una ruta distintiva y clara para estas situaciones, en tanto genera incertidumbres en la acción concreta.

Los entrevistados (pediatra, psiquiatra y trabajadora social de ASSE, 2018), expresan que en la mayoría de los casos que se presentan a atenderse, es intrincado encontrar casos de niño/as que sólo hayan sufrido exposición a violencia entre progenitores, sino que hayan sufrido violencia “directamente”. Manifiestan que las mujeres víctimas ya son propensas a negar su situación, por lo tanto, es más difícil aún tener que detectar que el/la niño/a a cargo sufre ciertos trastornos a causa de vivir en un entorno violento. Esto no deja de decir que no se presentan casos exclusivamente de NEVG en lo absoluto, sino que asegurando que existan, no los llegan a detectar.

A su vez también expresan que las estadísticas publicadas en protocolos, informes y artículos de ASSE hasta el año 2018, presentan datos referentes a las mujeres y no sobre los/as menores o el tipo de violencia que hacia ellos/as que se esté efectuando; en otros casos existen referencias sobre menores sometidos a alguna clase de violencia, pero no se especifica ni se obtienen datos oficiales o con la suficiente veracidad sobre el número de menores expuestos a violencia de género.

Por otro lado, expresan que desde los usuarios es posible dar cuenta de una falta de conciencia respecto a ser víctimas de violencia de género en el hogar, por lo tanto, aún es mayor la dificultad de asumir que los/as niños/as a cargo también son víctimas. Puede notarse una retroalimentación entre la sensibilidad social sobre el tema y su abordaje en la salud, por un lado, una escasa conciencia social respecto a NEVG, y por otro, desde el sistema de salud se establece una mínima prioridad al momento de la creación del protocolo, de esta manera es traducido en las prácticas, lo que en su resultado denota una insuficiente atención a los usuarios, ya que esta sucede a través de la atención a la mujer víctima. Resalta aún más la problemática el hecho de que la sociedad no presta la importancia suficiente a NEVG, y esto es considerado como efecto del control social de la medicina al que refiere la teoría de Zola (1999), donde la medicina controla lo que es aceptable o no, riesgoso o no, enfermedad o no en la sociedad, lo cual incide en la visibilidad y por tanto abordaje de la temática. Aquí es cuando también es importante desarmar la idea de centrar atención solo en los enfermos, en tanto, entender que debemos ampliar la mirada a personas con síntomas y riesgos.

Siguiendo adelante en esta indagación descriptiva, es necesario dar cuenta de la conformación de los equipos en las prácticas de atención en salud hacia NEVG. Los equipos de atención en ambos centros están compuestos por disciplinas similares (pediatría, psiquiatría infantil y trabajo social). Las mismas son básicas y necesarias para involucrarse en el equipo multidisciplinario de violencia, sin embargo, dependiendo las situaciones, pueden sumarse psicólogos en los dos centros, psiquiatra de

adultos en el centro privado y medicina legal en el centro público.

Igual la idea es que no sean los equipos de referentes de violencia los que aborden todas las situaciones, sí las situaciones de alto riesgo o las de violencia sexual, pero, sino que estén más que nada apoyando al resto de los técnicos y que sea el pediatra tratante, el médico de familia tratante, y que vaya conformando su equipito ¿no? Bueno, de repente la psicóloga de la policlínica que vea determinados aspectos pero que no pierda ese médico de referencia. (Entrevista realizada a Médica legista de ASSE, 2018)

En ASSE, los actores entrevistados declaran que la conformación del equipo de violencia busca poder tener una cantidad mayor de integrantes ya que el personal no es suficiente en relación a los usuarios, forman su equipo según el personal que se encuentre en ese turno dentro del hospital. A diferencia de estos en la mutualista privada tienen cuatro integrantes base para el horario completo.

Las personas a cargo de la coordinación y planificación de los equipos de atención relacionada situaciones de NEVG tienen distinta formación en salud en los dos centros de salud que aquí se comparan. En ASSE (prestador público) la persona coordinadora es pediatra. En el centro privado la persona coordinadora es psiquiatra de adultos.

Cabe aclarar, que la labor de cada disciplina no es exclusivamente para NEVG, la mayoría hacen referencia a tareas en situaciones de violencia infantil y violencia hacia la mujer. Sin embargo, se considera pertinente describir la tarea de cada profesión involucrada en base al propio discurso de los profesionales correspondientes, ya que en su tarea se encuentran incluidos los/as NEVG como pacientes.

En el caso de la pediatría, se encargan de conocer a los/as niños/as en las policlínicas barriales, por esto pueden conocer en profundidad algunas situaciones y levantar alertas. Realizan evaluación por salud mental e intervienen durante el proceso y su evolución.

El/a trabajador/a social, actúa a demanda del médico de sala. Trabajan con los/as niños/as cuando están internados, pero siempre el menor tiene que estar a cargo de un adulto, por lo tanto, mayormente no están solos (si hay casos que ingresan niños/as sin adultos, se pide al juez que mande un acompañante de INAU). Realizan diagnóstico y derivación a otras disciplinas. El diagnóstico es obteniendo mayor información posible sobre el menor y su familia, indagando sobre el vínculo del padre con el/la niño/a, la madre con el/la niño/a, de qué manera la visualizan estos/as, y a veces también se les pregunta directamente si viven situaciones de violencia o han vivido alguna para que logren visualizar su situación. En este sentido, pueden ayudar a generar la denuncia.

En el caso de la psiquiatría, conocen las situaciones cuando ya sucedieron, evaluando la sintomatología, realizando el abordaje con el/la niño/a y todo su entorno, trabajan en los vínculos de la madre con el/la niño/a y del padre con el/la niño/a, y, si lo consideran necesario lo derivan a un/a psicólogo/a. También hacen el seguimiento post intervención de casos de VD que el resto del equipo ya

venía realizando. Controlan el desarrollo del/la niño/a ya que puede expresar problemas que requieran algún tipo de intervención en la posterioridad. En general, mantienen controlados los síntomas con medicación y previenen las recurrencias.

Desde la Medicina Legal, se observan a los/las niños/as maltratados físicamente. El/la niño/a debe presentar evidencias físicas para ser valorado por la medicina legal. Mayormente ocurre cuando el/la niño/a es maltratado/a directamente, pero también pueden aparecer casos de desnutrición, problemas en el organismo, manifestaciones a causa de estrés y de un entorno negativo para su desarrollo. Determina si las lesiones son o no consecuencias de lo que están relatando, aportan en la evaluación de riesgo y en la elaboración de los informes. Mediante una entrevista realizada en el 2018 a una pediatra de ASSE se entiende que la violencia de pareja también se ha asociado a mayores tasas de mortalidad y morbilidad en los menores de 5 años, por ejemplo, por enfermedades diarreicas y malnutrición. Por eso se considera que esta disciplina también puede ser importante para el equipo de atención hacia NEVG

Ahora, ya presentada la conformación de los equipos que atienden los casos de NEVG, procedemos a indagar el discurso de los entrevistados en 2018 respecto a las prácticas de prevención hacia el caso que tratamos en esta investigación. Hay discursos heterogéneos entre los dos centros de atención. Por un lado, el MSP hace referencia al trabajo interinstitucional realizando difusión de buenas prácticas de crianza. Instituciones educativas, deportivas, comunitarias. Señalan que una de las obligaciones de las instituciones es dar talleres de preparación para el parto.

Por otro lado, ASSE expresa que no existen prácticas de prevención en el hospital, sino que intervienen en las situaciones cuando ya ocurrieron. Por lo tanto, la prevención puede ser realizada a través de trabajo en territorio por INAU, o “Uruguay crece contigo” del MIDES.

En cambio, en el centro privado se expresa que se realiza bastante prevención, con talleres, actividades de información y capacitación. No obstante, en las entrevistas no profundizaron respecto a ello.

En lo que respecta a las prácticas de detección por medio del discurso de los profesionales entrevistados en los dos centros de salud, estas se realizan dentro de las consultas. En general, consideran que es un espacio privilegiado para interactuar con las personas y contemplar cómo también lo hacen entre sí.

(...) y contaba un episodio que el tipo quiso matar a la madre y él tenía tres, cuatro años, y ahora tiene siete y digo... lo recuerda perfectamente, entonces hay cosas que sí que los marcan, hay que saber ver que detrás de muchos trastornos de conducta, detrás de muchas cosas lo primero no es dar medicamentos sino ver qué está pasando, capaz que los medicamentos son necesarios, trabajar en el momento pero también no quedarse con eso de , que “son niños psiquiátricos”, “son niños no sé qué...” y puedes avanzar en que eso puede ser síntoma de otra cosa. (Entrevista realizada a Médica legista de ASSE, 2018).

En los dos centros (pediatra de ASSE, psiquiatra del Centro privado, 2018) logran identificar algunos casos mediante el ingreso por otros motivos, a partir de ello contemplan el relato de los/as niños/as, los dibujos, el juego, la interacción con sus progenitores o entre progenitores, expresiones agresivas, trastornos de conducta, reticencias por parte de la madre para irse del centro de salud o llamados desde el centro escolar por trastornos de hetero-agresividad. Se hacen también algunas menciones a otros síntomas como: la pérdida del control esfínter y no saben por qué sucede, el hipo crecimiento y la desnutrición. Se observa una forma de detección amplia, y variada. Se puede mencionar que, protocolarmente se hace énfasis en la detección a través de las consultas. Sin embargo, no establecen, por ejemplo, la escuela como medio de detección como así está establecido en el protocolo del año 2018. Esto forma parte de la pérdida de casos.

En las dos instituciones resulta difícil describir la intervención hacia casos de NEVG en 2018 ya que en los protocolos del mismo año no plantean una guía definida en estos casos, en tanto no hay claridad de los distintos caminos posibles, sólo el que refiere a los casos de violencia doméstica entre progenitores. Interpretando que el modelo de atención hacia NEVG en el año 2018 es el cruce de diferentes protocolos, el personal de la salud va “resolviendo” sobre la marcha cómo proceder en casos de violencia doméstica, desde aspectos prácticos y centrales como qué alojamiento se le brinda al/la niño/a mientras se le realiza un tratamiento y se le ayuda a su madre víctima, si va a quedarse con otros mayores a cargo, o si la madre está en condiciones de seguir realizando sus tareas de cuidados.

5.3.1 Prácticas de intervención en ASSE

En ASSE, los discursos expresan que en la intervención se plantean como objetivo reducir el factor de riesgo de llegar a sufrir violencia “directamente”.

Ahí hay un gran menú de opciones que ninguna es muy buena la verdad porque nosotros tratamos de todas maneras de que el niño vuelva a convivir con sus seres queridos, de manera que, por imperfecto que sea es raro que nosotros desarraigemos al niño del núcleo familiar, pero hay situaciones que son intolerables cuando sus padres, seres convivientes o los agresores, el niño no vuelve a su casa, en ese caso puede haber hogares sustitutos que va con su madre o no o directamente ir a otras instituciones donde van solos. (Entrevista realizada a Pediatra de ASSE, 2018)

Los NEVG que llegan a esta institución son evaluados desde la emergencia. El/la niño/a es recibido por un equipo multidisciplinario integrado por el pediatra de sala, el trabajador social, el psiquiatra infantil de turno y la coordinadora del equipo (pediatra en este caso). El pediatra lo evalúa y trabaja con

la familia, se propone entender la situación. Principalmente, en casos de NEVG lo/a atienden psiquiatra infantil y trabajador social para realizar una entrevista en conjunto. La entrevista al/la niño/a mantiene ciertos requisitos que intentan no agobiarlos/as con múltiples técnicos que vuelvan a hacerle una entrevista, de esta forma evitan que re-experimente las situaciones y a su vez evitan perder veracidad en el relato por omitir recuerdos.

La entrevista tiene como objetivo observar el factor de riesgo (riesgo que pueda comprometerlos/as a ellos/as también de recibir “violencia directa”), esto es, contemplar si viven en un entorno violento, indagar cómo es el núcleo familiar, quién está a cargo del/la niño/a, cómo es la dinámica familiar.

Teniendo la información suficiente y considerando que en el hogar la violencia es entre padre y madre, se trata de buscar algún adulto referente que no sean los cuidadores de siempre o el habitual (un abuelo, un tío, persona del entorno que sea un referente para el/la niño/a). A su vez se realizan contactos con su policlínica, contactan al pediatra que lo haya atendido anteriormente. Se analiza si tiene lesiones físicas, y luego se le solicita la atención con psiquiatría infantil. Si el psiquiatra considera necesario medicar, empieza a medicar al paciente. Todos los días mantiene intercambios con el/a niño/a, generando más tiempo con el/la mismo/a para crear confianza y obtener información importante a través del dibujo o de su relato. También se le realiza una entrevista a la madre víctima para asesorar, buscar la solución al problema y que sea ella misma la que realice la denuncia. Luego se la contacta con INMUJERES-MIDES.

Al cabo del menor tiempo posible, las distintas partes del equipo expresan su percepción sobre la situación en general, y dependiendo del caso (si dan cuenta de que el/la niño/a corre riesgo de repetir episodios en el hogar), deciden generar una denuncia y realizan un informe a juez o no (hecho que intentan evitar) para evaluar cómo proceder al respecto del/a niño/a con la madre. La denuncia trata de un único informe con las distintas miradas de todos los integrantes del equipo. De ameritar el caso planteado en el informe, el juez decide separar al/la niño/a de la familia y es derivado/a a INAU. En el caso de devolver al/la niño/a a su hogar por no correr riesgo de repetir el episodio (por ejemplo, porque el hecho sucedió fuera de su hogar) se transmiten lineamientos a la familia de cómo actuar en esas situaciones, y finalmente se le realiza un seguimiento en policlínica. Generalmente, los casos de NEVG son de “menor gravedad” y la decisión final es la de la madre a cargo del/la niño/a, donde se contemplan las opciones de realojarlo temporalmente en otro sitio, o volviendo al mismo sitio, lo que lleva a la misma situación.

En caso de policlínica tiene un seguimiento más paulatino y seguro del niño/a, el/la niño/a concurre más frecuentemente a las consultas, con posibilidad de volver a citarlo y derivándolo sobre todo a un/a trabajador/a social de forma de tener al/la niño/a más en contacto.

Esto se expresa en base al discurso de los actores entrevistados en el año 2018 (pediatra, psicólogo,

psiquiatra de ASSE.)

5.3.2 Prácticas de intervención Centro privado

La cita a continuación es un ejemplo del discurso en general del año 2018 que plantea el tipo de intervención hacia NEVG dentro del Centro privado:

En el equipo de referencia en violencia las pautas generales en realidad están pensadas en mujer, pero creo que en niños también, las pautas generales son de abordar las situaciones graves, como las que una valorara como no graves se tratarían de que pudiera ser como atendidas más en primer nivel, más a nivel de consejerías. (Entrevista realizada a Psiquiatra y Coordinadora del equipo de violencia doméstica del Centro privado, 2018).

Lo expresado pone de manifiesto que la intervención está dirigida hacia la mujer y supone adaptarse al niño/a durante el proceso. Esto es, el foco de atención es la mujer víctima de violencia de género dentro del hogar, y en el propósito de mejorar su situación y su entorno, se atiende indirectamente al niño/a.

Como objetivos hacia el/la niño/a declaran contrarrestar los factores que son negativos con otros factores que sean protectores.

Inicialmente el pediatra estudia la sintomatología del NEVG, contempla la situación, eso los acercará a los abordajes que deben tomar como equipo. Valora al/la niño/a, y en el caso de ser necesario existe la posibilidad de derivarlo/a a los servicios de psicoterapia o al equipo de referencia propiamente.

El proceso va funcionando con un cuestionario en el que procuran llegar al origen del problema y a su vez dar cuenta del factor de riesgo. El abordaje nunca es sólo con el/la niño/a, sino también con su entorno (familia, y escuela) sobre todo su madre. El pediatra también valora la situación de la madre y la posibilidad de derivarla para que sea atendida. Dentro de estos encuentros, también se pretende concientizar a la madre, que entienda que debe proteger de la misma forma al/a niño/a.

La posibilidad de una entrevista en la que sean evaluados el/a niño/a con su madre o con su familia se realiza de forma conjunta con una psiquiatra de adultos, independientemente que a su lado esté el psiquiatra de niños/as, pediatra o trabajador social, ya que la disciplina de psiquiatría de adultos la ejerce la coordinadora del equipo, que, por su mando jerárquico, le corresponde estar presente en todos los casos.

En una de las entrevistas realizadas, se manifestó que siempre que el/la niño/a no esté en riesgo hay una realidad general que es respetar las decisiones de las familias, aunque el equipo no esté de acuerdo con las mismas. En situaciones de mayor riesgo se interna al/la niño/a y a partir de entonces piensan qué hacer al respecto. Esto último no es lo más frecuente, se trata de una decisión delicada ya que, en el afán por proteger al NEVG se lo aleja de sus vínculos primarios y puede afectar de forma negativa. También

se procura separar a la víctima con el agresor para que no vuelva a tener contacto, en la medida de lo posible. (Entrevista realizada a Psiquiatra infantil del centro privado, 2018)

No hay un plan b, ese niño tiene que vivir en esa familia y tratar de que la familia sea lo mejor que pueda esa familia que no va a ser- va a ser lo que pueda. (Entrevista realizada a Psiquiatra infantil del centro privado. 2018).

A la mujer se la ayuda acompañándola en el camino de la separación del agresor, lo cual implica varios ciclos. Dicho acompañamiento lo hacen sobre todo los psiquiatras de adultos y psicólogos.

La psiquiatra y coordinadora del equipo de violencia doméstica declara que la mujer necesita una salida, sentir que ella tiene autonomía para solucionarlo, y el/la niño/a es quien acompaña la situación, ya que la violencia psicológica del mismo no es tratada, y sí es tratada la psicología del adulto (la madre) para proteger al/la niño/a de no seguir exponiéndolo/a.

En cuanto, al seguimiento de protocolos, en este caso se puede contemplar que organizan la intervención en base a las exigencias de la coordinadora del equipo de violencia doméstica, teniendo una base del protocolo del MSP, pero, aun así, manejan detalles de forma independiente.

En el centro público se declara en una de las entrevistas realizadas a la Pediatra y coordinadora del equipo de violencia, que ASSE realiza el seguimiento en policlínica, el cual es ejercido por el psiquiatra. Dependiendo el caso, se le propone a la familia día y hora de control y controlan al niño/a una o dos veces hasta que lo/a deriven a una policlínica más cercana donde tengan psiquiatría. Luego de ser controlado/a se hace el seguimiento y se estudia si se tiene que controlar por una semana, cada un mes o el tiempo necesario dependiendo de cada caso. Se transporta a INAU y luego se reintegra en el hogar (dependiendo de lo que haya decidido el juez). Las intervenciones y los seguimientos se realizan por INAU. También se apoyan en el programa Aduana⁸ para el seguimiento.

Según lo que expresan los integrantes del equipo de atención del Centro privado también organizan el seguimiento a través de los controles, la diferencia es la ausencia del apoyo en el Programa Aduana.

...a veces estás contra molinos de viento porque si la mujer no quiere no va a seguir, no depende solo del equipo ¿entendes? Pero bueno, un desafío importante es el seguimiento, siempre... (Entrevista realizada a Pediatra de Centro Privado. 2018).

En los casos en los cuales no llega el psiquiatra para controlar el caso, el pediatra realiza el

⁸ El Programa de Aduana está dirigido hacia los menores de dos años, pero puede aplicarse para algunos casos por fuera de ese período de edad. Se hacen derivaciones al mismo cuando los niños no van a los controles, lo cual puede tener múltiples causas, como una situación de negligencia, o la madre no lo lleva porque se presenta en una situación de violencia grave, y está deprimida, etc. Ante estas situaciones el programa aduana hace las visitas a los niños que no concurren.

seguimiento y lleva adelante la evolución de la situación de la mujer y el/la niño/a a cargo. Otra variación es que el/la niño/a puede ser visto por un psicoterapeuta semanalmente. Si no es así tendrá controles cada un cierto tiempo que serán más frecuentes o más distanciados dependiendo la situación, si el seguimiento no continúa en el equipo de referencia siempre van a tener su seguimiento con el pediatra. Cuando hay situaciones más graves se llama al Trabajador social y se busca indagar lo que sucede, citando a que sigan siendo controlados.

5.4. Comparaciones, fortalezas y debilidades

En base a las entrevistas, en los dos centros de salud en el año 2018 se denotaba un fuerte interés en el seguimiento, respetando el protocolo en lo posible. Sin embargo, la institución pública se encontraba con más dificultades para realizarlo, ya que la cantidad de usuarios era innumerable.

Respecto a la revictimización, lo más coincidente según las declaraciones (psiquiatra, pediatra y trabajadora social de ASSE, psiquiatra y trabajadora social de Centro Privado, 2018) fue la ausencia de garantías respecto a que el/la niño/a no siga siendo víctima de la violencia de género entre sus progenitores en el ámbito doméstico. Inclusive, declaraban la existencia de ciertos pacientes que han reingresado por revivir situaciones de VD ya que afirmaban la existencia de una cultura socialmente instaurada que es difícil romper sobre la VD, como, por ejemplo, que los problemas domésticos eran privados y por tanto no exteriorizaban los mismos para acceder a una atención, que no había consecuencias en NEVG porque no eran parte del problema (por lo tanto, no los consideraban víctimas). Esto conlleva una falta de consciencia de la existencia de la violencia psicológica a causa de presenciar violencia, que en su efecto genera dificultad en la detección, a diferencia de la violencia física que, habiendo evidencia de la misma era más probable revertirla. Los dos centros de salud en el año 2018 coinciden en el problema de la falta de capacitación del personal de la salud para abordar esta problemática.

Las fortalezas en la atención según el discurso de los entrevistados en 2018 fueron más heterogéneas, y a su vez en menor cantidad en comparación con las debilidades respecto a las prácticas de atención.

Particularmente, resaltaron como fortaleza la labor interinstitucional en el abordaje de atención, el poder disponer de distintos perfiles y dar un enfoque más global a la intervención.

El discurso del equipo técnico de ASSE (2018) expresó como fortalezas la calidad del funcionamiento del equipo de violencia y un apoyo significativo entre el personal. Resaltó que las directivas de la autoridad sanitaria del Ministerio de Salud Pública hicieron que en los últimos tiempos el problema se encontrara “*sobre la mesa*”, lo cual da cuenta de que la problemática de NEVG comenzó a ser visible tanto para el personal de la salud como para los usuarios. Han visto una evolución hacia el 2018 respecto

a que la historia clínica tenía ítems obligatorios sobre violencia, había una mayor cantidad de mujeres concurriendo por distintos síntomas o problemas de conducta que padecen los/as niños/as, así como una mayor conciencia de sufrir violencia en el hogar, logrando detectar un número más elevado de casos. Destacaron la cobertura de atención en todo el país, de modo que cuando los usuarios se mudaban de un departamento a otro, podían continuar con el seguimiento.

Por parte del discurso del equipo de violencia doméstica del Centro de salud privado (2018) también se dio cuenta como aspecto positivo el trabajo del Ministerio que hacía visible y posible hablar el problema de NEVG, y el apoyo con el trabajo en red dentro del personal en la institución, destacando la interdisciplinariedad y facilitando la respuesta rápida. Destacaron las nuevas prestaciones que tenía el sistema de salud como psicoterapia y otros tratamientos específicos, que existía psiquiatra de niños dentro de los dispositivos de atención y a su vez se haya perdido temor hacia la disciplina.

En lo que respecta a debilidades que declaraban tener los actores del MSP en 2018, faltaba fortalecer los dispositivos en los territorios rurales, y profundizar en las respuestas. En algunos departamentos no se lograron conformar equipos. A su vez se manifestó que, en general, en las mutualistas privadas existían menos trabajadores sociales que en los hospitales debido a paradigmas que aún no han desaparecido:

... no todas las instituciones mutuales tienen trabajadores sociales dentro de sus equipos técnicos, porque este... no es una profesión que esté... digamos, yo qué sé, todavía hay algunos paradigmas que cuesta romper, como que el trabajo social es para los pobres, que la violencia es para los pobres, en ASSE hay muchos más trabajadores sociales que en las mutualistas, ni hablar de los seguros privados... (Responsable del Programa violencia, género y generaciones del MSP. 2018).

También se indicó la existencia de consultas tardías, y derivaciones no adecuadas a determinados especialistas, explicando la escasez de personal para un abordaje de atención más efectivo. Se hizo referencia a la administración económica de los fondos que el Estado brindaba, ya que el Ministerio proponía ciertas metas como, por ejemplo: reperfilamiento de los equipos de realizar un mínimo de 20 horas semanales y estas debían ser pagas, y, por otro lado, proponía un asesoramiento a los técnicos de la institución de forma telefónica a modo retén. Pero estas metas no se habían logrado ya que había que manejar los fondos del Estado, y, si se invertía en estas perdían en otras. Y, por último, mencionaron una debilidad en la capacitación de los equipos, donde consideraron esencial mejorarla y sumar integrantes a los mismos para llegar tratar directamente y en profundidad casos de NEVG.

De acuerdo al discurso de los entrevistados de ASSE en el año 2018, una de las debilidades identificadas por el Equipo de Violencia fue el lento proceso de resolución judicial, provocando mayor tiempo de internación de los/as niños/as e impidiendo el ingreso de otros/as, lo que no garantizaba la protección que les correspondía dentro del hospital. Por este motivo el equipo de atención evitaba

generar denuncia, simplemente intentaban recibir sugerencias del juez de familia y no realizaban la denuncia propiamente dicha. Cuando esto sucedía había resultados negativos, como casos donde el/la niño/a volvía al ambiente familiar extremadamente violento. Aun así, otros entrevistados (Psiquiatra y Pediatra de ASSE, 2018) declararon no tener suficiente tiempo durante la internación para atender de forma pertinente al/la niño/a, ya que no había suficientes camas y debían apresurar el proceso para recibir a los siguientes. De esta forma priorizaron a los/as niños/as con problemas físicos y no sociales o psicológicos.

A su vez, no había registros de la cantidad de las situaciones vistas, por lo cual, no hubo forma de plantear en gerencia que se necesitaban más horas para los referentes. Se le suma que, luego de las 4 pm. no había trabajo social, sugiriendo que debía mejorar el aspecto logístico. Por otro lado, no existía una policlínica especializada en violencia, sino que la atención sobre la misma era directa en internación. Sumaron la poca cantidad de psiquiatras en comparación con la cantidad de pacientes, dificultando la derivación de los pacientes a periferia y obstaculizando el seguimiento a los mismos. Contaron con ausencia de psicólogo y ausencia de psiquiatra de adultos. Manifestaron que hubo muchos casos perdidos, y esto lo relacionaron al “desborde” de cantidad de usuarios por parte de psiquiatras y trabajadores sociales, aumentando los casos psiquiátricos.

También se expresó la existencia de una falta de formación y entrenamiento por parte del personal para conocer el protocolo y así manejar adecuadamente el abordaje de atención, por ejemplo: la comunicación con el usuario para obtener mayor información posible y captar la veracidad en los dobles discursos. Existían cursos para mayor formación, pero estaban por fuera del horario de trabajo, por lo tanto, muchas personas no se anotaban para realizarlos. Encontraban poco motivacional el hecho de que no recibían ningún “plus” si realizaban más trabajo del asignado. Los sueldos eran bajos y por estos motivos dificultó que el personal del hospital persistiera en el tiempo.

Con lo mencionado anteriormente, el personal se encontró afectado emocionalmente por cumplir varias tareas necesitando más personas que quisieran trabajar dentro de los equipos. La Coordinadora del equipo expresó solicitar insumos y personal, ya que, a falta de estos, le correspondían más tareas de las que debía. Resaltaron una escasa comunicación de los distintos niveles de atención entre médicos, y una comunicación “apagada” del equipo que atendía a los/as niños/as maltratados.

Respecto a las debilidades en los recursos, aun basándonos en los profesionales entrevistados en ASSE (2018) expresaron falta de buen funcionamiento de herramientas para el trabajo: computadoras que no funcionaban adecuadamente, poca señal de internet, falta de zona donde organizar todos los informes para fiscales y jueces, ausencia de móviles exclusivamente para el horario laboral (utilizando el propio y no separando el tiempo de trabajo con el tiempo fuera de él). Consideraron que había resoluciones “no justas”, como, por ejemplo, dejando al violento libre y a la mujer violentada “presa”

con sus hijos/as en el hogar para mayor protección. En situaciones las cuales la mujer quería salir debía realizar un proceso engorroso para que la policía le permitiera salir, llevando con ella a todos/as sus hijos/as para que simplemente pudiera realizarse el control. Mencionaron el difícil acceso a viviendas disponibles para separar las mujeres maltratadas de los agresores, según los discursos, estaba el Ministerio de Vivienda que, para obtener una vivienda se debían cumplir ciertos requisitos y las víctimas tenían estar acompañadas por el equipo, demorando la separación.

En el centro privado, respecto a las debilidades en la atención en base a los discursos de los profesionales de salud (2018), predominó el discurso sobre el escaso horario de todos los profesionales y mayores usuarios en comparación. Marcaron la falta de articulación dentro del equipo de violencia doméstica como, por ejemplo, dificultades de coordinación. En todos los casos, nunca se encontraban todos los actores reunidos debido a la falta de tiempo. Asimismo, hubo falta de fortalecimiento de la red de equipo. Se manifestó que los casos de NEVG no estaban considerados dentro del sistema de salud, tomando más importancia a otros casos. Los discursos del año 2018 expresaron que son muchos los casos que pasan por este prestador privado, por lo tanto, al personal le resulta difícil controlar. Sin embargo, denotaron estigmas con la consulta psiquiátrica por parte de los usuarios, suponen que se debió a la legitimización de este tipo de violencia en la cultura. Por último, destacaron falta de recursos en salud mental, y, coincidentemente a ASSE, capacitación en los profesionales.

Aun basándonos en las entrevistas de los profesionales de la salud en los centros público y privado (2018), los desafíos se encuentran estrechamente relacionados con las debilidades, pero pueden agregarse algunos comentarios en particular, como, que en el MSP se planteó mayor calidad en la respuesta del abordaje, más accesible y rápida. Una mayor articulación a nivel de territorio y poder conformar equipos en otros departamentos. También una mayor capacitación de personal.

En ASSE, apostaron a la prevención y de esta forma se lograría disminuir los casos. También detectar más casos que no se alcanzan, y realizar un seguimiento efectivo de forma que no haya reingresos. Para el Centro Privado, consideraron como desafío la mayor conexión entre actores para un mejor funcionamiento, el poder seguir trabajando intersectorialmente con escuelas, clubes de niños, CAIF, y, mejorar el seguimiento para garantizar que el/a niño/a deje de ser víctima.

Todos los actores entrevistados en 2018 (en los dos centros de salud), expresaron que procurarían hacer lo mejor posible en las condiciones dadas, pero se podría trabajar más sobre el tema.

6. Conclusiones

Interinstitucionalmente, en el año 2018 se planteó desarmar el discurso de invisibilización de los NEVG y considerar a los/as mismos/as como víctimas a la par respecto a la madre víctima de VD. El principal objetivo al respecto es poder desarmar estructuras conceptuales que impiden el abordaje integral de los/as NEVG, y, por tanto, es fundamental insistir sobre su impacto, ya que, en base a los estudios planteados en los antecedentes y el marco teórico, es de vital importancia comprender que el hecho de que niños/as crezcan en un entorno en el que existe violencia, ya los/as convierte en víctimas de la misma puesto que supone una experiencia traumática que daña su desarrollo.

No sólo la historia de la infancia pueda ser un factor que ha hecho retrasar en el tiempo el interés sobre los NEVG, sino también que, las madres (en contexto de VD) no habían considerado necesario tratar la salud de los/as niños/as ya que creían que no eran afectados/as por los hechos de VD hacia las mujeres, de forma que no percibían la situación o expresaban que se olvidarían a corto plazo. (Aguiar, 2014)

En el año 2018 en Uruguay, a partir de la investigación realizada en este trabajo, se puede manifestar la existencia de un cruce de dos modelos de atención para alcanzar estos casos: atención a las mujeres víctimas de violencia doméstica y atención a la violencia “directa” hacia los/as niños/as. Los actores del MSP (Responsable del Programa de la Niñez y la Responsable del Programa de violencia, género y generaciones, 2018) señalaron que se pensó en un cambio de la meta prestacional por parte de la misma institución y que surge desde el incentivo de una reestructuración de los equipos de referencia, los cuales no fueran solamente de violencia hacia la mujer, sino hacia todo el ciclo de vida y no exclusivamente donde estaba previamente visualizada, ya que declaraban que el protocolo de MSP que mantuvieron vigente en el 2018 fue realizado luego del año 2005, antes de que ASSE (prestador público) se descentralizara el MSP, lo que hizo que el protocolo se mantuviera desactualizado ya que la creación del mismo fue enfocada mayormente en ASSE, en un modelo hospitalario, fuera de la realidad del sistema de salud actual.

Se entiende que las prácticas de atención hacia NEVG respetaron los protocolos hasta donde fue posible hacerlo ya que no existía una ruta específica creada para ellos/as. De esta forma, si las prácticas presentaban fallas, se debió a los percances en los planteos normativos, no especificando todos los casos y los caminos posibles.

Un punto en común entre el equipo de atención de ASSE y el equipo de atención privado, es que no pudieron autonomizar o desvincular los casos de NEVG con la violencia hacia la mujer y la violencia “directa” hacia el/la niño/a. Sin embargo, considerando a Zarza (2011) sin bien los efectos de ser víctima “indirecta” son los mismos que los de ser víctima directa, las diferencia el origen, por lo tanto, también la intervención y el tratamiento para cada situación. Sin embargo, esto último no fue considerado para

el abordaje de atención.

También, en los dos centros se apreció una alta detección de casos en forma variada, aunque la mayoría no pudieron separar casos de NEVG con la violencia física hacia el/la niño/a y la violencia hacia la madre, explicándose por la falta de un mapa de ruta específica sobre NEVG, y a su vez, falta de conciencia en la población para que fueran más visibles los/as mismos/as. A partir de esto, puede notarse una retroalimentación en la relación sensibilidad social y salud, transmitiendo por parte de la primera una escasa atención al problema, y la salud responde a ello estableciendo mínima prioridad al momento de la creación del protocolo. Esto provoca insuficiente atención, lo que se interpreta como parte del control social de la medicina que plantea Zola (1999). Este control social de la medicina y el tardío reconocimiento de la infancia en la historia (Ariés, 1987) son fuertes factores influyentes en la invisibilización actual de NEVG.

En cuanto a la calidad de la atención prestada en los dos centros, la práctica de intervención no tuvo en cuenta el sufrimiento propio del/la niño/a y se dio por supuesto que el trabajo en la recuperación de la madre conllevaría la recuperación de sus hijos/as, vulnerando los derechos y necesidades propias de estos, sobre todo vulnerando su salud mental. Hasta el momento podemos interpretar falta de reflexividad de la que refiere Segato (2003), que hace un juicio ético respecto al “chip” que se crea llamada cultura, siendo parte del proceso de socialización tomado de Berger y Luckman (1966), y que logra el cambio de la referencia moral. Estas cuestiones sociales desencadenan los demás resultados.

Una de las respuestas más frecuentes que expresaron los actores entrevistados en los dos centros de salud fue la ausencia de garantías respecto a que el/la niño/a no siga siendo víctima de la violencia de género entre sus progenitores en el ámbito doméstico.

Las diferencias entre ASSE y prestador privado en base a las entrevistas en el año 2018 es en referencia a la cantidad de personal y de usuarios en cada uno, siendo un menor número de casos en el centro privado que en ASSE.

Otra diferencia es que, en las prácticas de ASSE se contempla un seguimiento de los protocolos, donde estos resaltan la labor interinstitucional para la prevención en todos los casos. En cambio, el centro privado en su discurso no especifica un trabajo de prevención en cooperación con otros centros.

En lo que respecta a la intervención, en el centro privado se atendían a los/as niños/as a través de la mujer madre-víctima de VD, y a partir del proceso de tratamiento a la misma veían qué decidían al respecto, tratando de no desarraigar al menor de su madre. En ASSE se atendió en muchos casos al menor con un mayor a cargo, cualquiera sea, y en base a cuestionarios familiares se decidió, contemplando todas las posibilidades, si desarraigar al menor de su madre o no, sin seguir el protocolo que tenía como requisito no hacerlo. En el centro privado en el año 2018 siempre estaba presente la psiquiatra de adultos y variaba el segundo profesional que acompañaba el proceso, ya que la psiquiatra

de adultos hasta el momento era la coordinadora del equipo y quien manejaba el proceso de atención.

En el seguimiento post intervención, en ASSE existía el Plan Aduana, sin embargo, el mismo se encontraba con dificultades para realizar el seguimiento ya que la cantidad de usuarios era innumerable. Se consideraba como gran fortaleza el trabajo integral interinstitucional en los dos centros. Aun así, se esperaba la unificación de criterios en los protocolos para abordar los casos de NEVG.

Como debilidades en general, los profesionales de la salud entrevistados en 2018, manifestaron que existían retrasos en los informes periciales por parte de los juzgados. Por otro lado, la invisibilidad de los NEVG hizo que los recursos de atención a estos/as niños/as sean escasos, no estaban protocolizados y contaban con un número reducido de personal trabajando en ellos. Si bien se han descrito algunos protocolos que se orientan a la atención sobre NEVG, no garantizaban que se apliquen todos los protocolos en un mismo abordaje.

La escasez y baja calidad de recursos se debía a la falta de formación específica en violencia de género en el ámbito familiar, infancia y adolescencia. Como resultado, el sistema fallaba a la hora de cubrir sus necesidades para alcanzar la plena recuperación de la violencia sufrida y de crecer en un entorno estable y seguro libre de violencia, como consecuencia, continuaba la cadena de transmisión de violencia de género. Se indicaban consultas tardías, derivaciones no adecuadas a determinados especialistas.

Como desafíos a considerar, si bien se encuentran relacionados a las debilidades, se requería trabajar aún más en la prevención para generar un cambio, concientizar a la población del fenómeno de NEVG, y de esta forma modificar el protocolo.

En el protocolo de ASSE vigente en la actualidad (2023) se nota una ampliación en la mirada de la violencia doméstica de forma intergeneracional, lo que nos aproxima al interés y la mejora de atención hacia NEVG. Aun así, la atención hacia los mismos no está definida en los protocolos, llevando a que siempre se dificulte en la práctica o se pierdan casos. No se realizaron entrevistas al personal que trabaja actualmente en casos de NEVG.

Sería importante atender a los/as niños/as en los conflictos emocionales que presenten, ayudarles a realizar las adaptaciones necesarias en los cambios que toda ruptura de la situación violenta produce, favorecer pautas de relación no violentas, apoyar a las madres y al ambiente familiar extenso sobre el modo de resolver conflictos, favorecer el desarrollo personal, familiar y social de los/as niños/as, y prevenir la perpetuación de la violencia. Como prevención resulta importante traer a Hernández Pita (2014) quien plantea la necesidad de generar cambios en múltiples dimensiones que atraviesan al problema, cómo transformar la función social de la educación para hacer legítimas las mentalidades y representaciones sociales que se orienten a la equidad de género.

7. Bibliografía

- Aguiar, T. (2014). *Niñ@s en la Primera Infancia testigos de Violencia Doméstica*. Montevideo, Uruguay.
- Aguilar Redorta (s/f). *Niños y niñas expuestos a violencia de género: una forma de violencia infantil*. Madrid, España.
- Alberdi, I. (1999). *El significado del género en las ciencias sociales. Política y Sociedad, Género y Ciencias Sociales*. Nro. 32. Complutense, Madrid.
- Alcántara López M. (2010). *Las víctimas invisibles, afectación psicológica en menores expuestos a violencia de género*. Universidad de Murcia.
- Amorín, D. (2008) *Apuntes para una posible Psicología Evolutiva*. Serie cuadernos de psicología evolutiva Montevideo: Psicolibros- Waslala
- Anderson, J (2006). *Género y desarrollo*. Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo, Uruguay. - Ariés, P. (1987). *El descubrimiento de la infancia*. En *El niño y la vida familiar en el antigua régimen Madrid*: Taurus.
- Baader Bade, C. (2014). *Niños y niñas expuestos/as a violencia intrafamiliar: significados otorgados a la violencia intrafamiliar y organización del desarrollo psicológico*. Universidad de Chile, Chile.
- Barrán, J.P. (1994). *Historia de la sensibilidad en Uruguay. El disciplinamiento (1860- 1920)*. Montevideo: Ediciones de la Banda Oriental.
- Benia W, Reyes I. (2008). *Temas de salud pública*, tomo 1 y 2. Departamento de Medicina Preventiva y Social Montevideo, Uruguay: Oficina del libro.
- Berger y Luckman (1966). *La construcción social de la realidad*. Editorial Random House.
- Boltanski, L. (1975). *Las Clases Sociales y el cuerpo. Los usos sociales del cuerpo* (primera parte).
- Bompart, A. (2013). *Abordaje de enfermería en casos de violencia intrafamiliar y de género*. Universidad de Córdoba. Argentina
- Bonino, L. (2002) *Las microviolencias y sus efectos. Claves para su detección*. Asociación para la Defensa de la Salud Pública de Madrid, editor. La prevención y detección de la violencia contra las mujeres desde la atención primaria de salud. Madrid.
- Bourdieu, P (1998). *La dominación masculina*. París. Editorial Anagrama, Barcelona.
- Briceño León, R. (2007). *Sociología de la violencia en América Latina*. Alcaldía Metropolitana. Ecuador

- Cabrera, M. (2010). *Poder y dolor: Análisis sociológico de los factores desencadenantes de la violencia de género en las relaciones de pareja*. Universidad de Granada. España.
- Caraveo-Anduaga JJ, Colmenares-Bermúdez E, Martínez-Vélez NA. (2002). *Síntomas, percepción y demanda de atención en salud mental en niños y adolescentes de la Ciudad de México*. Salud Pública Mex.
- Carrasco, C. Borderías, C. y Torns, T. (2011). *Trabajo de cuidados*. España.
- Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. (2015) *Víctimas invisibles de la violencia de género*. Gobierno de España. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e Igualdad Centro de Publicaciones Pº del Prado, nº 18 - 28014 – Madrid.
- Dreyer, Karen (2016). *Violencia doméstica: construcción del vínculo madre-hijo varón y reproducción de vínculos violentos*. UdelaR. Facultad de Psicología. Montevideo, Uruguay
- Díaz Gracia, S. (2015). *Las víctimas invisibles*. Universidad de La Laguna
- Echeburúa, E. y Redondo, S. (2010). *¿Por qué víctima es femenino y agresor masculino? La violencia contra la pareja y las agresiones sexuales*. Madrid: Pirámide
- ELA. (2009) *Violencia familiar. Aportes para la discusión de políticas públicas y acceso a la justicia*. Argentina
- Estévez, A., Ginnobili, S. (2009). *Concepciones de adolescencia*. Facultad de Ciencias de la Educación. Universidad Nacional del Comahue
- Freidson, L. (1975) *Las Clases Sociales y el cuerpo. Los usos sociales del cuerpo* (primera parte).
- Gambetta, V. (2018) *El femicidio íntimo en Uruguay*. Universidad de la República, Facultad de Ciencias Sociales. Montevideo, Uruguay.
- Gómez, L. (2011) *Menores víctimas y testigos de violencia familiar*. Universidad Saragoza. España.
- Hernandez Pita, I. (2014). *Violencia de género. Una mirada desde la sociología*. Sobre la presente edición: Editorial Científico-Técnica. Instituto Cubano del Libro Editorial Científico-Técnica. La Habana, Cuba.
- Horno, P. (coord.) (2006). *Atención a los niños y niñas víctimas de la violencia de género*. Desclée de Brouwer.
- Horno, P. (2009). *Amor y violencia: La dimensión afectiva del maltrato*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Herrera. T. (2012). *Evaluación del plan nacional de lucha contra la violencia doméstica. Informe final*. Montevideo, Uruguay.

-Instituto Aragonés de la Mujer. (s/f) *Una mirada hacia los hijos e hijas expuestos a situaciones de violencia de género. Orientaciones para la intervención desde los Servicios Sociales de Aragón*. Fundación ADCARA. España.

-Jaramillo, L. (2007). *Concepción de infancia*. Universidad del Norte. Colombia

-Lamas, M. (1995). *Usos y Dificultades de la Categoría Analítica de Género*. La Ventana, Guadalajara.

-Lehmann, P. (2000). *Postramatic stress disorder (PTSD) and Child witness to mother- assault: a summary and review*. Children and Youth Services Review, 22, 275-306.

-Lima Larrique, J. (2013). *Intervenciones en maltrato infantil intrafamiliar desde Clubes de Niños: algunos aportes para contribuir al trabajo en situaciones difíciles*. Universidad de la República. Facultad de Ciencias Sociales.

-López Monsalve, B. (2014). *Violencia de género e infancia. Hacia una visibilización de los hijos e hijas de mujeres víctimas de violencia de género*. Universidad de Alicante

-Lozano, F. Salas Rosso, F. Paullier, A. (2011). *Descubrir la violencia doméstica en la consulta médica para trascender el tratamiento sintomático Análisis de la población atendida en una policlínica de atención primaria en Montevideo*. Medicina familiar y comunitaria. Montevideo, Uruguay.

-Magnone, N. (2019). *Division sexual del trabajo, violencia de género y derechos sexuales y reproductivos: categorías para un trabajo social feminista*.

-MIDES, INMUJERES, UNICEF (2021). *Respuestas publicas dirigidas hacia hijos e hijas de mujeres víctimas de femicidio. Avances y desafíos*. Montevideo, Uruguay.

-OPS (2020). *Informe sobre la situación regional 2020: Prevenir y responder a la violencia contra las niñas y los niños en las Américas*.

-Patró Hernández, Rosa y Limiñana Gras, Rosa María. (2005). *Víctimas de violencia familiar: Consecuencias psicológicas en hijos de mujeres maltratadas*. Universidad de Murcia.

-Pavez, I. (2013). *Sociología de la Infancia: las niñas y los niños como actores sociales*. Universidad Bernardo O'Higgins

- Pérez Falero, M. (2014). *Maltrato infantil intrafamiliar*. Universidad de la República
- Perojo Páez, V. (2015). *La violencia contra la mujer: abordaje en profesionales de la Atención Primaria desde una perspectiva bioética*. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba.
- Presidencia de la República Oriental del Uruguay (2010). *Refugios para víctimas de violencia doméstica buscan preservar la vida de madres e hijos*. Montevideo, Uruguay.
- Valles, M. (2002). *Entrevistas cualitativas*. Centro de investigaciones sociológicas. Madrid. España
- Vasilachis, I. (2006). *Estrategias de investigación cualitativa*. Barcelona, España.
- Red Uruguaya contra la violencia doméstica y sexual. (2020). *Miradas sobre violencia basada en género y generaciones*. Uruguay.
- Rivas, M. (2015). *Mujeres madres: comportamientos ambivalentes ante situaciones de violencia doméstica. El significado de los hijos/as en la toma de decisiones (quedarse o alejarse) del vínculo con el agresor*. Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.
- Save the children (s/f). *Atención a los niños y niñas víctimas de la violencia de género en Andalucía*. España.
- Segato, Rita (2003.) *Las estructuras elementales de la violencia. Ensayos sobre género entre la antropología, el psicoanálisis y los derechos humanos*. Universidad Nacional de Quilmes, Buenos Aires.
- Seijo, D., Fariña, F. y Arce, R. (2009). *La violencia doméstica. Repercusiones en los hijos*. En Fariña, F., Arce, R. y Buela-Casal, G. *Violencia de género. Tratado psicológico y legal*. (pp. 119-132). Madrid: Biblioteca Nueva
- Scott, Joan W. (1986). *El género: una categoría útil para el análisis histórico*. En Historia y género: las mujeres en la Europa moderna y contemporánea, James Amelany y Mary Nash (eds.), Edicions Alfons el Magnanim, 1990.
- Simmel, G. (1988). *Comienzos de la sociología analítica en Timasheff*. Editorial Fondo de Cultura Económica, México, Buenos Aires.
- SIIPIAV (2021). *Informe de Gestión*. Montevideo.
- Soler, A, Teixeira TC y Jaime V (2008). *Discapacidad y dependencia: una perspectiva de género*. Universidad de Granada, PUC Minas Gerais y Universitat de València
- Souza, N. (2014). *Repercusiones del maltrato infantil en la constitución del Sistema de Apego*

durante la primera infancia. Universidad de la República. Facultad de psicología.

-Tuana, A. (2013). *Derechos humanos y violencia doméstica. Herramientas conceptuales para docentes.* ANEP, Dirección de derechos humanos, MIDES, INMUJERES. Uruguay.

- UNICEF (2017). *La violencia en la Primera Infancia.* Marco Regional de UNICEF para América Latina y el Caribe. Panamá, República de Panamá.

-Vasilachis de Gialdino, I. (2006) *Estrategias de investigación cualitativa.* Gedisa Editorial. Barcelona, España.

-Vila M. (2010) *Violencia doméstica hacia la mujer.* Universidad de Valencia

-Viola L. (2010) *Repercusión de la violencia doméstica en la salud mental infantil. Valoración del daño psíquico.* Facultad de Medicina. Montevideo, Uruguay.

-Zarza, B. (2011) *Los menores ante la violencia doméstica.* Universidad de Salamanca. España

-Zola I. K. (1999) *La medicina como institución de control social.* Sociological Review. Publicada por Blackwell Publishers, Oxford, Inglaterra. International Journal of health Services. Publicada por Baywood Publishing Co. Inc., Nueva York, Estados Unidos. Routledge, Londres. Organización Mundial de la Salud. Editorial Universidad de Antioquia.

Sitios Web:

● Blog argentino. *Catedra Libre Justicia Restaurativa y Derechos Humanos UNLP - Niños/as víctimas de violencia de género.* (2019) Disponible en:

[NIÑOS/AS VÍCTIMAS DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO | Catedra Libre Justicia Restaurativa y Derechos Humanos UNLP](#)

● [Inmujeres \(2013\) Disponible en:](#)

<http://www.inmujeres.gub.uy/18620/publicaciones-de-inmujeres>

● MSP (2023) *Cometidos del MSP.* Disponible en:

[Cometidos | Ministerio de Salud Pública \(www.gub.uy\)](#)

● MSP (2021) *Creación de metas asistenciales 2022-2023*. PDF Disponible en:

[Metas asistenciales | Ministerio de Salud Pública \(www.gub.uy\)](http://www.gub.uy)

● Organización Mundial de la Salud. (2016). *Violencia contra la mujer Violencia de pareja y violencia sexual contra la mujer*. Nota descriptiva noviembre de 2016. Publicaciones. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs239/es/>

● Organización Mundial de la Salud (2017). *Salud mental. Artículo Temas de salud*. Disponible en: http://www.who.int/topics/mental_health/es/

● Organización Mundial de la Salud (1978). *Concepto de atención en salud*. Disponible en: [¿Qué es la atención médica según la OMS? \(centrobanamex.com.mx\)](http://centrobanamex.com.mx).

● Save the Children (2014). *Huérfanos por la violencia de género. Publicaciones*. Disponible en: <https://www.savethechildren.es/publicaciones/huerfanos-por-la-violencia-de-genero>

● SIPIAV (2016). Disponible en:

<http://www.inau.gub.uy/index.php/component/k2/item/1944-sipiav>

● UNICEF (2005) *Definición de infancia*. Disponible en: <https://www.unicef.org/spanish/sowc05/childhooddefined.html>

● Sociología de la Infancia: las niñas y los niños como actores sociales. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/269970773_Sociologia_de_la_Infancia_las_ninas_y_los_ninos_como_actores_sociales.

Glosario

MSP- Ministerio de Salud Pública.

NEVG- Niños/as expuestos a violencia de genero.

VI- Víctimas invisibles

NNA- Niños, niñas y adolescentes

OMS- Organización Mundial de la Salud.

OPS - Organización Panamericana de la Salud.

VD- Violencia doméstica.

VBBG- Violencia basada en género y generaciones.

SSyRR. Salud Sexual y Reproductiva.

ERV- Equipo de Referencia en Violencia.

SIPIAV- Sistema Integral de Protección a la infancia y a la Adolescencia contra la Violencia.

Anexo

Instrumento de relevamiento. Guía de entrevista:

Enfoque macro (Entrevista a integrantes del MSP y a coordinadores de los equipos de atención)

¿Considera que la temática de NEVG está instalada como un problema en la sociedad uruguaya?

Protocolos

1. ¿El mismo, está instalado como temática en los programas de atención en salud?
2. ¿Existe un protocolo formal de atención?
3. ¿Considera necesaria instalar la problemática en los programas de atención? ¿Por qué es pertinente?
4. ¿Cuándo se incluyó este programa en el campo de la salud? ¿Por qué? (el motivo de haberlo establecido)
5. ¿Cuáles son las recomendaciones previstas en cuanto a la conformación de equipos de salud para el abordaje de estas situaciones?
6. ¿Cuáles considera que deberían ser?
7. ¿Qué tipo de intervenciones deberían hacerse en el sector salud? 8- ¿Cómo fue pensado el protocolo?
8. ¿Cómo valora el protocolo?

Prácticas

1. ¿Cuáles son los lineamientos institucionales para abordar la temática?
2. ¿Cuál es el rol que está cumpliendo el MS para asegurar el cumplimiento de los protocolos?
3. ¿Existen medidas de prevención? ¿Cuáles son?
4. ¿Cuáles son las prácticas para la detección de estas situaciones?
5. ¿Cómo se procede cuando se detectan este tipo de situaciones? 15- ¿Cómo está conformado el equipo técnico?
6. ¿Se cuentan con los recursos suficientes para la atención necesaria en nuestro país? 17- ¿Qué instituciones están involucradas en esta problemática?
7. ¿Considera necesaria la intervención de más instituciones? ¿Cuáles?
8. ¿Qué aspectos destaca como positivos de los procedimientos previstos para el abordaje de las situaciones de NEVG?
9. ¿Y qué aspectos destaca como positivos respecto a las prácticas institucionales?
10. ¿Qué dificultades identifica para el abordaje de la temática? ¿Cuáles respecto a protocolos y cuáles referidas a prácticas profesionales?
11. ¿Identifica desafíos respecto a los abordajes de atención? ¿De qué tipo?
12. ¿Existen proyectos a futuro sobre acciones, programas, organizaciones que pueda mencionar para mejorar la atención?
13. ¿Quisiera agregar algo?

Enfoque micro (Entrevista a los integrantes de los equipos de atención)

¿Considera que la temática de NEVG está instalada como un problema en la sociedad uruguaya?

Prácticas

1. ¿Cuáles son las prácticas y procedimientos que adopta para el abordaje de estas situaciones?
2. ¿Hay prácticas de prevención? ¿Cuáles son?
3. ¿Cuáles son las prácticas de detección sobre NEVG?
4. ¿De qué diferentes maneras se presentan los casos a abordar?

5. ¿Cuáles casos son más frecuentes?
6. ¿Cómo se procede en estos casos? (paso a paso).
7. ¿Qué profesionales se involucran en el abordaje?
8. ¿Cuáles deben involucrarse?
9. ¿Considera que se adoptan los procedimientos formales previstos en la práctica? Si no, ¿Por qué razones? ¿Qué dificultades presenta?
10. ¿Existe un seguimiento de la situación una vez que finaliza la intervención?
11. ¿Luego de la intervención, hay garantía de que el niño o la niña no siga siendo víctima de esa situación?
12. ¿Cómo valora las prácticas de atención?
13. ¿Considera que las prácticas de atención presentan debilidades, barreras u obstáculos? ¿De qué tipo?
14. ¿Cuáles son sus fortalezas?
15. ¿Qué desafíos presentan como equipo de atención?
16. ¿Quisiera agregar algo?