

Programa para testigos de violencia doméstica (programa TEVI): dando voz a una realidad silenciosa

Fernando Lacasa

Child and Adolescent Mental Health Research Group. Institut de Recerca Sant Joan de Déu
 Department of Child and Adolescent Mental Health. Hospital Sant Joan de Déu

Anna Butjosa

Child and Adolescent Mental Health Research Group. Institut de Recerca Sant Joan de Déu
 Department of Child and Adolescent Mental Health. Hospital Sant Joan de Déu
 Etiopathogenesis and treatment of gray mental disorders (MERITT), Institute of Recerca Sant Joan de Déu

Biomedical Research Networking Center in Mental Health (CIBERSAM), Madrid

María Angeles Navarro

Department of Child and Adolescent Mental Health. Hospital Sant Joan de Déu

Eva Maria Ortiz-Jiménez

Department of Child and Adolescent Mental Health. Hospital Sant Joan de Déu

Teresa Richart

Department of Child and Adolescent Mental Health. Hospital Sant Joan de Déu

TEVI Group[1]

Department of Child and Adolescent Mental Health. Hospital Sant Joan de Déu

CCAMH Group[2]

Department of Child and Adolescent Mental Health. Hospital Sant Joan de Déu

Mar Álvarez-Segura

Child and Adolescent Mental Health Research Group. Institut de Recerca Sant Joan de Déu

Department of Child and Adolescent Mental Health. Hospital Sant Joan de Déu

Recibido: 22.03.2024 **Aceptado:** 07.04.2024

DOI: <https://doi.org/10.32093/ambits.vi60504955>

Resumen

Programa para testigos de violencia doméstica (programa TEVI): dando voz a una realidad silenciosa

La exposición a la violencia doméstica es un tipo de maltrato con consecuencias equiparables a las del maltrato directo. Dos terceras partes de estas niñas, niños y adolescentes sufren problemas de salud mental, así como problemas en el desarrollo, cognitivos, sociales y escolares. Pero la violencia doméstica es un problema silencioso y estos niños llegan a los centros de salud mental infantil y juvenil con multitud de síntomas psicológicos que pueden ser diagnosticados y tratados erróneamente si no se detecta la violencia sufrida. El Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) de Cornellà creó hace más de 20 años un programa para detectar, diagnosticar y tratar específicamente los problemas de salud mental relacionados con el maltrato y exposición a la violencia doméstica. El programa se ha escalado e

implementado en otros cuatro CSMIJs y Hospitales de Día, que como el de Cornellà, forman parte del área comunitaria del Hospital Sant Joan de Déu de Barcelona. Este trabajo explica las principales características del programa y los tratamientos desarrollados.

Palabras clave: violencia doméstica, maltrato, niño-as, adolescentes, salud mental, programa.

Abstract

Program for witnesses of domestic violence (TEVI program): giving voice to a silent reality

Exposure to domestic violence is a type of abuse with consequences comparable to those of direct abuse. Two-thirds of these children and adolescents suffer mental health problems, as well as developmental, cognitive, social and school problems. But domestic violence is a silent problem, and these children arrive at child and adolescent mental health centers with a multitude of psychological symptoms that can be misdiagnosed and mistreated if the violence suffered is not detected. The Child and Youth Mental Health Center (CSMIJ) in Cornellà created a program more than 20 years ago to specifically detect, diagnose and treat mental health problems related to abuse and exposure to domestic violence. The program has been scaled up and implemented in four other CSMIJs and Day Hospitals, which, like the one in Cornellà, are part of the Hospital Sant Joan de Déu in the Barcelona community area. This paper explains the program's main characteristics and the treatments being developed.

Keywords: domestic violence, abuse, child, adolescent, mental health, program.

Introducción

La exposición a la violencia doméstica es un problema de salud.

Los niños y adolescentes testigos de violencia consultan frecuentemente la Red de Salud Mental de Cataluña, aunque esta realidad no se conoce suficientemente. Según datos publicados, el 19% de los niños y adolescentes atendidos en los Centros de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) de Barcelona y su área metropolitana son Testimonios de Violencia Doméstica (TVD), es decir, han visto o escuchado a los suyos padres como se empujaban, golpeaban o rompían objetos durante sus discusiones (Olaya et al, 2010).

Los estudios informan que en la población general existe una prevalencia de exposición infantil a la violencia hacia un cuidador de los niños de aproximadamente un 10% para una sola exposición y un 5% para una exposición repetida (Annerbäck, Wingren, Svedin y Gustafsson, 2010). Estos datos han empeorado con la pandemia y en 2021, la Fundación ANAR atendió a un 49,5% más de niños y adolescentes TVD respecto a 2019 (ANAR, 2021). Esto provocó un aumento del número de niños, adolescentes y familias a tratar y ser acompañados por los servicios de salud mental, aumentando la demanda de los servicios que ya estaban tensionados (Katz et al, 2021).

Las consecuencias después de la exposición a la violencia.

La exposición a la violencia es un poderoso factor de riesgo de salud mental y física y desadaptación social. La evidencia de los TVD ha mostrado consecuencias negativas a corto y largo plazo. El 63% de estos niños y adolescentes TVD tienen peor salud mental, comparados con los no expuestos a violencia doméstica (Kitzmann et al, 2003; Kitzmann M., 2010).

Los problemas de salud mental no se limitan a los síntomas del Trastorno por estrés postraumático (TEPT), sino que incluyen secuelas emocionales y conductuales (Carrion y Kletter, 2012). La primera consecuencia estaría relacionada con un empeoramiento del **funcionamiento emocional**, que se encuentra en la base de síntomas de hiperexcitación, evitación, cogniciones y estado de ánimo negativos (Horn et al, 2016; Galano, 2019), así como tasas más altas de depresión, ansiedad e ira en comparación con los niños abusados directamente (Kitamura, 2006; Shukla y Wiesner, 2015), y una mayor probabilidad de sufrir trastorno de estrés postraumático (TEPT), y conductas autolesivas (Edleson, 1999; Morrel, Dubowitz, Kerr & Black, 2003; Olaya et al, 2010). Una segunda consecuencia es un **funcionamiento conductual** problemático, pues la exposición a la violencia doméstica se ha relacionado con un comportamiento antisocial externalizante (Spilsbury, 2008; Schwab-Stone et al 1999). Una tercera área afectada es **el ajuste social**, con mayor riesgo de dificultades en las relaciones entre iguales durante la infancia y adolescencia (Hlavaty & Haselschwerdt, 2019) y menos habilidades de comunicación y de resolución de conflictos (Gleason, 1995; Wolfe, Jaffe, Wilson & Zak, 1985); así como mayor probabilidad de ser víctima de bullying y aislamiento.

El vínculo afectivo o apego es el factor mediador de estos problemas y síntomas psicopatológicos. El apego es el primer y más importante factor de regulación emocional y organizador de las conductas de socialización de los primeros años de vida (Lacasa, 2024). Cuando un cuidador o cuidadora en lugar de cuidar y proteger al niño, agrede al niño o a su madre de la que depende, provoca en el niño una reacción paradójica: se encuentra entre una reacción de fuga del peligro y una reacción de búsqueda de proximidad y refugio con la misma persona agresora. Esto provoca un trauma en el vínculo que incluye un vínculo desorganizado durante la infancia (Spencer et al 2021; Condino 2022). De modo que debe tenerse en cuenta que detrás de los síntomas relacionados con la exposición a la violencia doméstica hay un problema de apego.

En cuarto lugar, están las consecuencias en el **funcionamiento cognitivo**: el TVD sufre efectos negativos como dificultades en las tareas escolares, menor capacidad verbal (Hungerford et al, 2012) y menor coeficiente intelectual que los niños no expuestos (Koenen, Moffitt, Caspi, Taylor, & Purcell, 2003). Por último, la quinta consecuencia es la **salud somática y los estados y desarrollo neurobiológicos** (Forkeet et al, 2019; Tsavoussis et al, 2014). La exposición a la violencia se asocia con peor salud física general, durante el embarazo se incrementa el riesgo de muerte del bebé y en la

primera infancia se dobla el riesgo de ser diagnosticado de asma. Presentan entre 2 y 30 veces más problemas de estreñimiento, náuseas, agotamiento, dificultades para dormir, pesadillas y dolor de estómago. En la adolescencia tienen más problemas de obesidad (Howell et al, 2016) . Estos riesgos físicos y psicológicos son los mismos en regiones y culturas dispares como Palestina o Países Bajos (Achenbach et al, 1987; Howell et al, 2016) .

Los TVD tienen un mayor riesgo de exposición a otros tipos de eventos (Dong et al, 2004). Por otro lado, presenciar la violencia en la infancia aumenta el riesgo de ser una persona agresora en la edad adulta, ser víctima de violencia doméstica y de abusar de los propios hijos e hijas en el futuro (Bevan e Higgins, 2002; Rodríguez et al 2009; Morrelet al, 2003). La exposición a la violencia, junto con el maltrato directo y el abuso sexual, son los predictores más fiables y casi únicos de sufrir o hacer sufrir violencia doméstica en la edad adulta (Bevan & Higgins, 2002; Jankowski et al, 1999; Morrel et al, 2003). Una investigación realizada en el Centro de Salud Mental Infantil y Juvenil (CSMIJ) de Cornellà, confirmó esta **transmisión generacional de la violencia**: el 80% de las mujeres maltratadas y hombres maltratadores, habían sido TVD durante su infancia (Rodriguez et al, 2009).

Los estudios realizados afirman que los TVD, están tan afectados como los directamente maltratados y tienen la misma tasa de problemas psíquicos, físicos, sociales, y escolares (Augustyn & McAlister, 2005; Kitzmann et al, 2003; Zuckerman et al, 1995). Además, el paso del tiempo por sí solo, no reduce los problemas de los niños y niñas testigos de violencia (Overbeek et al, 2015). Muchos TVD tienen TEPT y, si no se tratan, puede haber implicaciones psicológicas duraderas, dificultades educativas y un aumento de los costes de la asistencia sanitaria (Makley y Falcone, 2010). Dados los graves efectos de ser TVD, el desarrollo y el tener pruebas empíricas que validen las intervenciones es una de las prioridades más urgentes.

La clave en la detección de la violencia.

En nuestro país, el Colegio de Médicos recomienda la detección de la violencia doméstica en todos los niveles de atención (Arrizabalaga & Santià, 2012). Las asociaciones americanas de pediatría y medicina familiar también recomiendan el cribado de la violencia doméstica, ya que son el primer punto de contacto de la población con el sistema sanitario. Actualmente el problema está infrarreconocido, infradiagnosticado e infratratado. Una serie de circunstancias afectan a los profesionales a la hora de explorar la violencia, como son la falta de tiempo en la consulta, una formación insuficiente para explorarla y el temor a retraumatizar al paciente (Augustyn & McAlister, 2005; Groves, 1999).

La violencia doméstica es una realidad silenciosa y los niños y adolescentes TVD no suelen ser detectados ni derivados a los servicios de salud mental por este motivo. Se considera que las consultas de pediatría y medicina general son el lugar inmejorable para detectar el problema y dar los primeros pasos hacia la intervención. Sin embargo

las guías de práctica clínica, como la británica NICE (National Institute for Clinical Guidance), recomienda identificar a los niños y adolescentes TVD y que sean derivados a los servicios especializados para su protección y tratamiento (National Institute for Clinical Excellence, 2014).

Dado el creciente conocimiento de la vulnerabilidad crítica de los niños y adolescentes en el trauma y de sus consecuencias a largo plazo, también se debe sensibilizar a los padres y madres de las familias del riesgo y sobre la importancia de proteger a los niños y adolescentes de la violencia doméstica y comunitaria. Es aquí donde el Proyecto europeo RESCCUE (REcover Spaces for traumatized Children en CommUnitys Ettings), que le detallaremos más adelante, pondrá su grano de arena.

Concepto de exposición a la violencia doméstica.

El concepto de exposición a la violencia doméstica ha ido evolucionando. Al principio se pensaba que el impacto y los efectos de la violencia de pareja en los niños sólo se daba cuando estaban físicamente presentes en las situaciones de violencia. Posteriormente se consideró que las situaciones en las que el niño participa en los eventos violentos, los escucha o ve sus consecuencias estarían dentro del concepto de exposición a la violencia. Holden (2003; citado por Atenciano, 2009), propone el concepto de “exposición a la violencia”, por ser la más inclusiva incluyendo diversas situaciones. El niño o adolescente puede:

- a) Ser testigo ocular de la violencia.
- b) Escuchar palabras o actos violentos cuando se encuentre en una habitación cercana.
- c) Ser testigo de las consecuencias de la violencia: ver a su madre herida o llorando después de una agresión o vivir la visita de la policía.

Los niños y adolescentes expuestos a la violencia doméstica sufren profundamente: ver maltratada a una persona que aman y de quien dependen psicológicamente, por otra persona que también la aman, les produce un enorme sufrimiento. De modo que podemos considerar que la exposición a la violencia es un tipo de maltrato. Prueba de ello es que las consecuencias para la salud que tiene un TVD son prácticamente las mismas que las producidas por el maltrato directo.

Prevalencia de los niños y adolescentes testigos de violencia doméstica.

Se está avanzando mucho en la visibilidad social de las mujeres maltratadas, el 12,5 % de la población española (Delegación Gobierno para la Violencia de Género (2015)), pero no se percibe la dimensión de la exposición de niños y adolescentes a la violencia doméstica.

El 63,6% de las mujeres que han sufrido violencia doméstica en España afirma que sus hijos e hijas estaban presentes o escucharon los episodios de violencia (Delegación Gobierno para la Violencia de Género, 2015). El 92,5% de estas mujeres afirma que sus

hijos eran menores de 18 años cuando sucedieron los hechos. En cualquier caso, aplicando las ratios de la Macroencuesta (2019), implicaría que un total de 2.312.718 niños y adolescentes menores de 18 años han estado expuestos a la violencia doméstica en España. Además, el 64,5% de estos TVD, según las mujeres maltratadas, sufrieron violencia directa, lo que hace un total de 1.484.765 niños y adolescentes. Si aplicáramos estos datos a la población de Cataluña (censo 2011), encontraríamos que 370.833 niños y adolescentes menores de 18 años estarían expuestos a violencia doméstica, y que 238.075 niños y adolescentes, habrían sido además directamente maltratados.

Parentalidad en niños y adolescentes testigos de violencia doméstica.

Según Atenciano (2009), las mujeres maltratadas describen al agresor como un padre con poco contacto con sus hijos e hijas, que se enfada a menudo con ellos y ejerce más prácticas educativas negativas que positivas. Los profesionales que trabajan con estos hombres los describen como padres controladores y autoritarios, que hacen uso de los menores contra las madres y socavan la autoridad de la madre frente a los menores. Según algunas investigaciones, la mujer maltratada, como madre, sufre niveles elevados de estrés, depresión y ansiedad como consecuencia de la violencia sufrida. Y debido a estos trastornos tienen más probabilidad de ser agresivas con sus hijos e hijas (Atenciano, 2009).

En referencia a las intervenciones terapéuticas, se observa que las intervenciones más efectivas para disminuir los síntomas externalizantes e internalizantes de los niños y adolescentes son aquellas que combinan las intervenciones con los niños y adolescentes con las intervenciones sobre la relación entre las madres y los suyos hijos e hijas, es decir, en su vínculo afectivo (Graham- Bermann, Lynch, Banyard, DeVoe & Halabu, 2007).

Características del programa TEVI

El programa TEVI se creó en 2005 en el CSMIJ de Cornellà, cuando nos dimos cuenta de que gran parte de las familias que compartíamos entre el CSMIJ y el Centro de Salud Mental de Adultos (CSMA), no eran familias donde el problema principal de los padres fuera un problema de salud mental, sino que eran familias con problemáticas de violencia doméstica. Era un número tan elevado que decidimos realizar un programa propio.

A partir de entonces el programa TEVI se desarrolló en el resto de CSMIJs y Hospitales de Día (HD) que dependen del Hospital de San Juan de Dios de Barcelona, es decir, Garraf, Alt Penedès, Granollers y Mollet. En este trabajo explicaremos cómo se está haciendo en el CSMIJ de Cornellà, que es el lugar en el que su desarrollo es más cumplido.

A nivel comunitario, se coordina, no sólo con los servicios de salud mental de adultos, sino también con los servicios de atención a las mujeres víctimas de violencia de género, con servicios sociales, cuerpos de seguridad, educación, pediatras y departamento de igualdad de los ayuntamientos de cada una de las cinco localidades (Cornellà, Vilanova y la Geltrú, Alt Penedès, Granollers y Mollet). Se trata del único programa específico a nivel nacional para la atención a TDV, integrado en la red pública de salud mental infanto-juvenil.

Objetivos generales del programa:

1. Mejorar la detección y seguimiento de los niños y adolescentes testigos de violencia machista.
2. Integrarse en los circuitos de atención a las mujeres maltratadas y sus familias en la comunidad.
3. Formar a profesionales sanitarios para detectar y atender a los niños y adolescentes en situaciones de violencia machista incorporando perspectiva género y biopsicosocial.
4. Elaboración de materiales, guías y manuales para la detección, atención y tratamiento de los niños y adolescentes expuestos a violencia machista con problemas de salud mental.
5. Dar a conocer, entre la población y entre los profesionales de la salud, los recursos en violencia machista existentes en el territorio y participación y sinergias con otras organizaciones que trabajan en el ámbito de la protección a los niños.
6. Investigación: Implementar un protocolo de evaluación, creación de bases de datos e investigación en el análisis de datos, para obtener conocimiento científico e indicadores.

Detección, derivación y diagnóstico.

El programa ha desarrollado un protocolo para la detección y exploración de la situación de violencia del niño/a, así como el estado psicológico y emocional en el que se encuentra y su situación psicosocial. El procedimiento se puede iniciar en atención primaria o en el propio CSMIJ y tiene sistematizada la recogida de datos mediante entrevistas y pruebas psicométricas, con una finalidad clínica y de investigación.

La exploración de la exposición a la violencia doméstica se realiza en todas las familias que son derivadas por cualquier motivo de consulta clínica a los CSMIJs de referencia, es decir, los motivos de consulta deben ser clínicos. No se realizan valoraciones si el caso no tiene un motivo de consulta de salud mental detectado. Primero, se hace una valoración de los indicadores de exposición a la violencia doméstica y maltrato de forma clínica o con el cuestionario Woman Abuse Screening Tool (Brown, Lente, Brett, Sas & Pederson, 1996). Si los indicadores son positivos, se explora en profundidad a nivel clínico y social. Trabajo social programa una visita preferente para evaluar las características de la violencia a la que ha estado expuesto el niño o adolescente, la situación social y de seguridad de la familia en la actualidad y se orienta en la relación con el circuito de protección social, sanitaria y jurídica del sector.

Posteriormente, se programan las visitas de evaluación clínica, ya partir de la evaluación clínica y la evaluación psicosocial, se establece un diagnóstico preciso y un adecuado plan de tratamiento.

En el CSMIJ de Cornellà se detectan cada año entre 200 y 250 nuevos casos. En 2023, los principales servicios derivantes de casos con un problema de violencia y salud mental han sido los equipos psicopedagógicos (EAP) y los equipos pediátricos. Sin embargo, existe una diferencia en estas derivaciones: los pediatras detectan los problemas de violencia doméstica en la mitad de los casos y los equipos psicopedagógicos lo hacen en el 20% de los casos (Memoria 2023 del Programa TEVI, CSMIJ de Cornellà).

Los principales motivos de consulta son los problemas de conducta, seguido de ansiedad y tristeza, tanto en niñas como en niños. En cuanto a los diagnósticos, observamos que los más frecuentes son los trastornos reactivos, seguido del TEPT y, en tercer lugar, los problemas de ansiedad y depresión en las niñas y los problemas de conducta en los niños/chicos.

Intervenciones psicoterapéuticas.

Las guías internacionales de tratamiento de pacientes TVD recomiendan que una vez establecida la seguridad en la familia, sea momento de ofrecer diferentes intervenciones psicoterapéuticas. Para los menores se recomiendan intervenciones que incluyan terapia individual, grupal y familiar. El tratamiento se orienta, tanto a mejorar la salud mental y tratar los problemas y síntomas psicopatológicos, como a recuperar las dinámicas relacionales madre-hijo/a alteradas por la violencia.

Un componente esencial de la intervención con menores TVD es la prioridad de apoyar y fortalecer la relación entre el menor y el progenitor no maltratador. Para la mayoría de los menores, una relación fuerte con uno de los padres es un factor clave para la buena evolución de los efectos traumáticos que provocan las experiencias de violencia doméstica (*National Child Traumatic Stress Network, 2015*).

Las intervenciones psicoterapéuticas son esenciales para disminuir el riesgo de transmisión generacional de la violencia, riesgo que se eleva a 80% según datos del propio CSMA de Cornellà (Rodríguez et al, 2009). Los mecanismos de esta transmisión generacional son tanto psicológicos como relacionales, por lo que la acción combinada de los distintos abordajes puede disminuirlo.

Terapia individual.

El objetivo principal de una intervención terapéutica individual es ayudar en la elaboración del trauma vivido y que el niño pueda reparar su historia personal que ha quedado muy dañada (Gómez, 2024). Según Gómez no deben abordarse los acontecimientos traumáticos antes de que el paciente haya depositado un mínimo suficiente de confianza en el terapeuta. Incluso entonces es necesario avanzar cuidadosamente y dando siempre la libertad al paciente de parar el relato cuando lo

deseo. Se deben identificar personas positivas para el paciente, personas que le hayan tratado bien y que representan un apego seguro, para poder evocarlas en determinados momentos difíciles. En función de la edad del paciente, las herramientas terapéuticas que se plantean son las siguientes: el juego, el dibujo, la música y otras actividades que sostengan la relación terapéutica, a la vez que favorecen la simbolización y la mentalización, procesos que suelen estar muy dañados y son fundamentales para recuperar su funcionamiento mental.

Terapia familiar.

El abordaje familiar debe realizarse siempre y cuando se hayan tomado las medidas necesarias para frenar el maltrato y los niños no estén corriendo ningún riesgo. Hay que valorar muy bien la inclusión del padre maltratador, porque en muchos casos esto no es posible porque no existe ningún deseo de cambio. Las dinámicas violentas vigentes en la familia, en muchas ocasiones han mermado las capacidades parentales de la madre y la personalidad y roles de los hijos e hijas, por lo que son frecuentes las interacciones disfuncionales. Interacciones que se mantienen después de que ya no esté el padre maltratante, por lo que la capacidad parental de las madres es un factor decisivo en la recuperación de los hijos (Levendosky et al, 2003; Overbeek et al, 2015). El foco de la terapia familiar puede diferir según los siguientes fenómenos: someter al niño a conflictos de lealtades, inversión de roles en los que generalmente las niñas cumplen funciones marentales y parentales, los comportamientos sabotadores por uno o ambos padres, la proyección en el hijo o hija de roles o actitudes del otro progenitor, etc.

Psicoterapia de Grupo de Regulación Emocional y de Relaciones Interpersonales (TREI).

En el año 2014 se publicó el libro Tratamiento de Regulación emocional e Interpersonal para Niños y Adolescentes (TREI), creado por el equipo TEVI (Lacasa, Álvarez, Navarro, Ortiz, & Richart, 2015). El TREI es una modalidad de psicoterapia de grupo semi-estructurado y ha sido diseñado para tratar a niños y adolescentes TVD, aunque también podría ser utilizada con pacientes que han sufrido otros tipos de traumatismos. El tratamiento TREI consta de 12 sesiones de 75 minutos de duración cada una y existe una versión de niños (8-11 años) y otra de adolescentes (12-16 años). Los objetivos de la terapia de grupo TREI son los de favorecer la mentalización, devolviendo a los participantes la posibilidad de pensar sus emociones y reconocerlas tanto en sí mismos como en los demás, para disminuir el riesgo de verse desbordados por ellas. En segundo lugar, reconocer algunos de los síntomas postraumáticos que sufren. En tercer lugar, mejorar su capacidad de relación con los demás, lo que implica prestar atención a sus reacciones y promover conductas alternativas a la agresión al otro o a la inhibición y la parálisis.

Programa TEVICAN: terapia asistida con perros.

Este programa se desarrolló en el CSMIJ de Cornellà con apoyo del Centro de terapias Asistidas con Canes (CTAC). La propuesta de la inclusión de la terapia con perros está apoyada por la literatura. Por un lado se conoce que la presencia de los animales con niños y niñas produce una disminución de la ansiedad basal (Dizon, 2008): los menores ven al animal como un elemento neutro que no los juzga. Por otra parte, la capacidad de confianza de estos niños que han crecido en ambientes violentos queda frecuentemente afectada por lo que no confían fácilmente en un terapeuta. Asimismo, una terapia madre-hijo/a, interviene en la relación entre éste y el progenitor no agresor (la mayoría de las veces la madre) para mejorar la relación entre ambos, que muchas veces ha quedado dañada por la experiencia de violencia.

Programa TEVIVELA: Niños y Velas.

El programa Infants i Veles está organizado por la federación de Vela, el Ayuntamiento de Cornellà y el CSMIJ. A través de diversas salidas en barco, con aprendizajes del deporte de la vela fundamentalmente prácticos, se pretende proporcionar experiencias satisfactorias de relación madre-hijo/a, empoderamiento, gozo y buen trato. El trabajo de equipo pone en juego los estilos relacionales de madres y niños, así como los conflictos latentes entre ellos. Entonces la acción de las terapeutas y el grupo puede ser una oportunidad de modificación y mejora de las relaciones entre hijos/as y madres. Otro efecto positivo que hemos observado es que las familias participantes en la experiencia Niños y Velas mejoran la adherencia al tratamiento psicológico. Madres e hijos/as expresan mayor confianza en el tratamiento.

Trabajo comunitario.

El programa TEVI sigue las recomendaciones de la OMS (Organización Mundial de la Salud) y está integrado como parte del Circuito de detección y acción de violencia de género de la comunidad. Se trabaja en estrecha colaboración con los equipos del Circuito Asistencial de la Violencia. Se revisan las derivaciones, se establecen estrategias conjuntas para mejorar la vinculación de los casos y se hace un seguimiento de los niños y adolescentes, la madre y la familia. Así pues, existe una coordinación constante con profesionales de la Red comunitaria: Servicios Sociales, Centro de la Mujer, Casa de acogida, Equipos sanitarios, EAPS, CSMA, etc. con el objetivo de integrar los abordajes realizados y dar el soporte más idóneo a cada caso y familia de forma individualizada.

Investigación.

Proyecto Europeo RESCCUE (REcover Spaces for traumatized Children en CommUnitysEttings).

En febrero de 2023 inició el proyecto europeo RESCCUE que tiene como objetivo **recuperar y rescatar espacios seguros de apoyo, detección y prevención de la**

violencia doméstica y online en la infancia y adolescencia. Este objetivo actúa en distintos escenarios: educativo y sanitario (centros de atención primaria y mental). El proyecto sigue un proceso de cocreación, validación e implementación, es decir, un proceso constructivo con el trabajo colaborativo entre los adolescentes, docentes y familias con el acompañamiento de los profesionales RESCCUE.

El equipo de RESCCUE creó un conjunto de actividades para compartir los recursos generados conjuntamente durante talleres escolares de 2h para estudiantes y profesionales. El taller RESCCUE sobre **bienestar mental para estudiantes** se llamó "Amarnos para reconectar y se creó un juego print&play sobre **ciberviolencia para el alumnado** que recibió el nombre de "Mi papel en una situación de ciberviolencia" donde ha retos de ciberseguridad. En cuanto al taller sobre **bienestar mental para profesionales de la educación** se llamó "Cuídate para apoyar a los demás" y el pack digital contiene las siguientes actividades: 1) Compartir las emociones y las estrategias para gestionarlas y 2) Detección y actuación en casos de violencia. Asimismo, se realiza un taller RESCCUE de **apoyo a las víctimas de violencia para los profesionales de la educación** con el nombre de "El vínculo: la clave de un espacio seguro" que contiene el siguiente contenido: 1) Pensar juntos: La confianza epistémica, 2) Compartir estrategias para construir vínculos, y 3) Compartir recursos para construir vínculos.

Respecto a la **sección RESCCUE familias**, los talleres dirigidos a familias de adolescentes también se realizó un proceso de creación/validación e implantación. En la fase de creación/validación se realizaron grupos focales con familias de adolescentes y entrevistas a profesionales de salud mental comunitaria que están en contacto con familias de adolescentes. Gracias a este proceso, a partir de la experiencia de los participantes se exploraron e identificar las situaciones de malestar que podrían ayudarse a prevenir mediante los talleres de relaciones familiares llamados "STOP malestar". En la fase de implantación de los talleres durante el año 2024 se realizarán tres grupos que se iniciarán en paralelo durante 8 sesiones en el segundo trimestre escolar y, tres más, en el tercer trimestre escolar. A continuación se muestra el contenido de las 8 reuniones que se harán semanalmente con una duración de 90 minutos: 1er encuentro) Confiando en los demás para poder acompañar a nuestros adolescentes; 2º encuentro) La familia, un entorno donde crecer; 3er encuentro) Lo que transmitimos a través de la lengua; 4º encuentro) Las necesidades de los niños y adolescentes; 5º encuentro) ¿Por qué nos cuesta tanto poner límites?; 6º encuentro) ¿Qué podemos hacer cuando identificamos que nuestros hijos tienen relaciones afectivas que nos preocupan?; 7º encuentro) Cómo prevenir y actuar ante las conductas de riesgo; y 8º encuentro) Buenos momentos en familia.

Ensayo clínico del Tratamiento Grupal de Regulación Emocional y desarrollo de habilidades interpersonales.

Se está llevando a cabo un estudio llamado "Ensayo clínico del tratamiento grupal de regulación emocional y desarrollo de habilidades interpersonales en niños y

adolescentes testigos de violencia MERIT” (Manual of Emotional Regulation and Interpersonal abilities in children and adolescents group Therapy (PIC 90-20). El objetivo principal es reducir la sintomatología traumática, depresiva y ansiosa, la desregulación emocional, las dificultades interpersonales, los síntomas externalizantes e internalizantes y las quejas somáticas. Asimismo, se valorarán las diferencias entre el grupo que realiza la terapia y el grupo que no la realiza en el aumento de la conducta prosocial a través del Tratamiento de Regulación Emocional e Interpersonal (TREI). El tipo de diseño es experimental prospectivo con grupo control dividido en dos subgrupos de edad (8-11 años y 12-17 años) (Memoria TEVI 2023).

Conclusiones

El programa TEVI fue pionero en poner hace 20 años el acento en la necesidad de reconocer el sufrimiento de niñas, niños y adolescentes expuestos al maltrato de sus madres. Es un programa nuevo, en primer lugar, porque su foco son los niños y adolescentes que tienen problemas de salud mental a causa de la violencia doméstica o agravada por ésta. Es una realidad poco tenida en cuenta en ámbitos clínicos, lo que aumenta el riesgo de diagnósticos y tratamientos erróneos. Es un programa terapéutico y preventivo al disminuir el riesgo de desarrollar o agravar psicopatología, ya que se conoce muy bien la relación entre la exposición a violencia y la psicopatología infantil y adulta. Es también preventivo de la repetición transgeneracional de la violencia, fenómeno también conocido por el que las víctimas y victimarios de hoy se convierten en víctimas y victimarios mañana.

Es un programa basado en la evidencia científica, realizado por un equipo multidisciplinar y que trabaja colaborativamente con las redes comunitarias del territorio, tanto de salud como de educación y servicios sociales. La violencia doméstica es un problema complejo que afecta a los niños, a las familias, a la comunidad ya toda Sociedad. No existen soluciones sencillas, pensamos que desde el ámbito de la salud mental infantil y juvenil el programa TEVST, reconoce esta complejidad, trabaja con ella y en estos casi 25 años de existencia, ha ayudado a cientos de niños, niñas adolescentes ya sus familias.

Referencias Bibliográficas

- Achenbach, T. M., McConaughy, S. H., & Howell, C. T. (1987). "Child/adolescent behavioral and emotional problems: implications of cross-informant correlations for situational specificity". *Psychol.Bull.*, 101(0033–2909; 0033–2909; 2), 213–232.

- ANAR- Fundación. (2020). *Comparecencia de la Fundación ANAR ante la Comisión para la Reconstrucción social y Económica del Congreso de los Diputados con objeto de informar sobre los efectos del Confinamiento sobre los menores de edad en España* (pp. 1–13).
<https://www.anar.org/wp-content/uploads/2020/05/Comparecencia-de-ANAR-en-el-Congreso-29-05-2020-4.pdf>
- Annerbäck, E.M., Wingren, G., Svedin, C.G., & Gustafsson, P.A. (2010). "Prevalence and characteristics of child physical abuse in Sweden - Findings from a population-based youth survey". *Acta Paediatrica, International Journal of Paediatrics*, 99(8), 1229-1236.
- Arrizabalaga, P., & Santiñà, M. (2012). "L'abordatge mèdic de la violència envers les dones i llurs fills i filles". In *Quaderns de la Bona Praxi* (No. 31; Centre d'estudis Col.Legials). http://www.gencat.cat/salut/botss/html/ca/dir3612/qbp_31.pdf
- Atenciano Jiménez, B. (2009). "Menores Expuestos a Violencia contra la Pareja : Notas para una Práctica Clínica Basada en la Evidencia". *Clínica y Salud*, 20(3), 261–272.
- Augustyn, M., & McAlister, G. B. (2005). "Training clinicians to identify the hidden victims: children and adolescents who witness violence". *American Journal of Preventive Medicine*, 29(0749–3797; 0749–3797; 5), 272–278.
- Bevan, E., & Higgins, D. J. (2002). "Is Domestic Violence Learned? The Contribution of Five Forms of Child Maltreatment to Men's Violence and Adjustment". *Journal of Family Violence*, 17(3), 223–245. <https://doi.org/10.1023/A:1016053228021>
- Brown, J. B., Lent, B., Brett, P. J., Sas, G., & Pederson, L. L. (1996). "Development of the Woman Abuse Screening Tool for use in family practice". *Family Medicine*, 28(6), 422–428.
- Carrion, V.G., Kletter, H. (2012). "Posttraumatic stress disorder: shifting toward a developmental framework". *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am*. 21(3):573-91. doi: 10.1016/j.chc.2012.05.004. Epub 2012 May 30. PMID: 22800995.
- Delegación Gobierno para la Violencia de Género (2015). *Macroencuesta de Violencia contra la Mujer*. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad: Centro de Publicaciones.
- Dizon, M.-R. (2008). *Self-Disclosure Among Youth Exposed To Community Violence* (Issue February). Stanford University.
- Dong, M., Anda, R.F., Felitti, V.J., Dube, S.R., Williamson, D.F., Thompson, T.J., Loo, C.M., Giles, W.H. (2004) "The interrelatedness of multiple forms of childhood abuse, neglect, and household dysfunction". *Child Abuse Negl*. 28(7):771-84. doi: 10.1016/j.chiabu.2004.01.008. PMID: 15261471.
- Edleson, J. L. (1999). "Children's witnessing of adult domestic violence". *Journal of Interpersonal Violence*, 14(8), 839-870.
- Forke C.M., Catalozzi M., Localio A.R., Grisso J.A., Wiebe D.J., Fein J.A (2019). "Intergenerational effects of witnessing domestic violence: Health of the

- witnesses and their children". *Prev Med Rep.* 28;15:100942. [http://doi:10.1016/j.pmedr.2019.100942](http://doi.org/10.1016/j.pmedr.2019.100942). PMID: 31321205; PMCID: PMC6614529
- Gleason, W. J. (1995). "Children of battered women: developmental delays and behavioral dysfunction". *Violence and Victims*, 10(2), 153–160.
- Graham-Bermann, S. a, Lynch, S., Banyard, V., DeVoe, E. R., & Halabu, H. (2007). "Community-based intervention for children exposed to intimate partner violence: an efficacy trial". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75(2), 199–209. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.75.2.199>
- Groves, B. M. (1999). "Mental health services for children who witness domestic violence". *Future of Children*, 9(3), 122–132.
- Howell, K. H., Barnes, S. E., Miller, L. E., & Graham-Bermann, S. a. (2016). "Developmental variations in the impact of intimate partner violence exposure during childhood". *Journal of Injury and Violence Research*, 8(1), 43–57. <https://doi.org/10.5249/jivr...>
- Hungerford, A., Wait, S. K., Fritz, A. M., & Clements, C. M. (2012). "Exposure to intimate partner violence and children's psychological adjustment, cognitive functioning, and social competence". A review. *Aggression and Violent Behavior*, 17(4), 373-382. doi:10.1016/j.avb.2012.04.002
- Jankowski, M. K., Leitemberg, H., Henning, K., & Coffey, P. (1999). "Intergenerational Transmission of Dating Aggression as a Function of Witnessing Only Same Sex Parents vs. Opposite Sex Parents vs. Both Parents as Perpetrators of Domestic Violence". *Journal of Family Violence*, 14(3), 267–279. <https://doi.org/10.1023/A:1022814416666>
- Katz I., Katz C., Andresen S., Bérubé A., Collin-Vezina D., Fallon B., Fouché A., Haffejee S., Masrawa N., Muñoz P., Priolo Filho S.,R., Tarabulsky G., Truter E., Varela N., Wekerle C. (2021). "Child maltreatment reports and Child Protection Service responses during COVID-19: Knowledge exchange among Australia, Brazil, Canada, Colombia, Germany, Israel, and South Africa". *Child Abuse Negl.* ;116(Pt 2):105078. <http://doi:10.1016/j.chiabu.2021.105078>.
- Kitamura, T., Hasui, C. (2006) "Anger feelings and anger expression as a mediator of the effects of witnessing family violence on anxiety and depression in Japanese adolescents". *J Interpers Violence.* ;21(7):843-55. <http://doi:10.1177/0886260506288933>. PMID: 16731987.
- Kitzmann, K. M., Gaylord, N. K., Holt, A. R., & Kenny, E. D. (2003). "Child witnesses to domestic violence: A meta-analytic review". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(2), 339–352. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.339>
- Kitzmann M., K. (2010). *La Violencia Doméstica y su Impacto en el Desarrollo Social y Emocional de los Niños Pequeños* (R. E. Tremblay, R. G. Barr, & Rd. Peters (eds.)). Enciclopedia Sobre El Desarrollo de La Primera Infancia. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.71.2.339>
- Koenen K.C., Moffitt T.E., Caspi A., Taylor A., Purcell S (2003). "Domestic violence is

- associated with environmental suppression of IQ in young children". *Dev Psychopathol*, 15(2):297-311. [https://doi: 10.1017/s0954579403000166](https://doi.org/10.1017/s0954579403000166). PMID: 12931829.
- Lacasa, F. (2024). *Memòria 2023 del Programa TEVI*. Cornellà de Llobregat: Centre de Salut Mental Infanto-Juvenil.
- Lacasa, F. (2024). Maltrato, trauma y apego. In F. Lacasa & M. Alvarez (Eds.), *Niños y adolescentes atrapados en la violencia doméstica* (pp. 19–35).
- Lacasa, F., Álvarez, M., Navarro, M. Á., Ortiz, E., & Richart, M. T. (2015). *Tratamiento grupal de regulación emocional e interpersonal para niños y adolescentes* (F. Lacasa (ed.); 1st ed.). Ediciones Sant Joan de Déu.
- Levendosky, A. a, Huth-Bocks, A. C., Shapiro, D. L., & Semel, M. a. (2003). "The impact of domestic violence on the maternal-child relationship and preschool-age children's functioning". *Journal of Family Psychology*, 17(3), 275–287. <https://doi.org/10.1037/0893-3200.17.3.275>
- Makley, A.T., & Falcone, R.A. (2010). "Posttraumatic stress disorder in the pediatric trauma patient". *Seminars in Pediatric Surgery*, 19, 292–299.
- Morrel, T. M., Dubowitz, H., Kerr, M. A., & Black, M. M. (2003). "The Effect of Maternal Victimization on Children: A Cross-Informant Study". *Journal of Family Violence*, 18(1), 29–41. <https://doi.org/10.1023/A:1021401414414>
- National Child Traumatic Stress Network. (2015). *Interventions for Children Exposed to Domestic Violence: Core Principles*. Child Trauma Home. <http://www.nctsn.org/content/interventions-children-exposed-domestic-violence-core-principles>
- National Institute for Clinical Excellence, N. (2014). *Domestic violence and abuse: how health services , social care and the organisations they work with can respond effectively* (N. National Institute for Clinical Excellence (ed.); No. 50; Issue February). guidance.nice.org.uk/ph50
- Olaya, B., Ezpeleta, L., de la Osa, N., Granero, R., & Doménech, J. M. (2010). "Mental health needs of children exposed to intimate partner violence seeking help from mental health services". *Children and Youth Services Review*, 32(7), 1004–1011. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2010.03.028>
- Overbeek, M. M., De Schipper, J. C., Willemen, A. M., Lamers-Winkelmann, F., & Schuengel, C. (2015). "Mediators and Treatment Factors in Intervention for Children Exposed to Interparental Violence". *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, April 2015, 1–17. <https://doi.org/10.1080/15374416.2015.1012720>
- Rodriguez, A. M., Perez, A., & Rojas, A. (2009). "The Secure Attachment as a Psychopathology's Protective Factor in a Sample of Battered Women". *4th International Attachment Conference 2009*.
- Shukla, K.D., Wiesner, M. (2015) "Direct and indirect violence exposure: relations to depression for economically disadvantaged ethnic minority mid-adolescents".

Violence Vict. 2015;30(1):120-35. doi: 10.1891/0886-6708.vv-d-12-00042.
 PMID: 25774418

Spencer, C.M., Keilholtz, B.M., Stith, S.M. (2021). "The Association between Attachment Styles and Physical Intimate Partner Violence Perpetration and Victimization". A Meta-Analysis. *Fam. Proc.*, 60: 270-284. <https://doi.org/10.1111/famp.12545>.

Spilsbury, J.C., Kahana, S., Drotar, D., Creedon, R., Flannery, D.J., Friedman, S. (2008). "Profiles of behavioral problems in children who witness domestic violence". *Violence Vict.*;23(1):3-17. doi: 10.1891/0886-6708.23.1.3. PMID: 18396578.

Tsavoussis, A., Stawicki, S.P., Stoicea, N., Papadimos, T., J. (2014). "Child-witnessed domestic violence and its adverse effects on brain development: a call for societal self-examination and awareness". *Front Public Health*.10;2:178. <http://doi:10.3389/fpubh.2014.00178>. PMID: 25346927; PMCID: PMC4193214.

Zuckerman, B., Augustyn, M., Groves, B. M., & Parker, S. (1995). "Silent victims revisited: the special case of domestic violence". *Pediatrics*, 96(3 Pt 1), 511–513.

Wolfe, D. A., Jaffe, P., Wilson, S. K., & Zak, L. (1985). "Children of battered women: the relation of child behavior to family violence and maternal stress". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(0022–006; 5), 657–665.

Notas:

[1] TEVI Group: Fernando Lacasa; Lilian Dehont; Maria Alba Molins; Cristina Gómez; Raquel Celma; Miriam Paredes; Agnès Mayoral; Eva M. Ortiz; Judith Melgarejo; Laia Mateu; Enrique Vicente Ameijeiras; Anna Butjosa Molines.

[2] CCAMH Group: Fernando Lacasa; Teresa Richart; Toni Marin; Marta Tejedor; Eva Galobardes; Miriam Sanabra; Laura Martínez; María A. Navarro; Natalia Albiac; Esther Francisco; Eva M. Ortiz; Mireia Merino; Carola G. González; Pablo Prada; Mar Álvarez; Daniel Cruz; Myriam García; Anna Butjosa.

Correspondencia con los autores: Anna Butjosa Molines. E- mail: anna.butjosam@sjd.es