



UNIVERSIDAD CES

Un compromiso con la excelencia

**FACTORES CONTEXTUALES, FAMILIARES E INDIVIDUALES ASOCIADOS CON
VIOLENCIA FÍSICA EN NIÑOS, NIÑAS Y ADOLESCENTES EN COLOMBIA EN EL
AÑO 2018**

**CONTEXTUAL, FAMILY, AND INDIVIDUAL FACTORS ASSOCIATED WITH
PHYSICAL ABUSE IN CHILDREN AND ADOLESCENTS IN COLOMBIA (2018)**

**PAULA DANIELA ABRIL BASTO
MARÍA CAMILA SOSSA ALARCÓN**

Tutores:

Tutor temático: Miguel Barrios Acosta, MD, PhD

Tutor metodológico: Doris Cardona Arango, MD, MPH, MSc, PhD

**UNIVERSIDAD DEL ROSARIO
ESCUELA DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD**

**UNIVERSIDAD CES
FACULTAD DE MEDICINA**

MAESTRÍA EN EPIDEMIOLOGÍA

BOGOTÁ, 21 DE NOVIEMBRE DE 2022

“La Universidad del Rosario y la Universidad CES no se hacen responsable de los conceptos emitidos por los investigadores en su trabajo, solo velará por el rigor científico, metodológico y ético del mismo en aras de la búsqueda de la verdad y la justicia.”

CONTENIDO

	Pág.
RESUMEN	6
1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	7
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	7
1.2 JUSTIFICACIÓN	8
1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN	10
2. MARCO TEÓRICO	10
2.1 ANTECEDENTES	10
2.2 REFERENTES CONCEPTUALES	12
2.3 ESTADO DEL ARTE	18
2.3.1 FACTORES ASOCIADOS CON EL MALTRATO INFANTIL	19
2.3.2 SITUACIÓN EN COLOMBIA	27
2.4 MARCO NORMATIVO Y ESTRATEGIAS ACTUALES	30
3. HIPÓTESIS	35
3.1 HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN	35
3.2 HIPÓTESIS ESTADÍSTICAS	35
4. OBJETIVOS	35
4.1 OBJETIVO GENERAL	35
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	35
5. METODOLOGÍA	36
5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN	36
5.2 TIPO DE ESTUDIO	36
5.3 POBLACIÓN DE REFERENCIA	37
5.4 MUESTRA	37
5.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES	38
5.5.1 Diagrama de variables	38
5.5.2 Tabla de variables	39
5.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	41
5.6.1 Fuentes de información	41
5.6.2 Proceso de obtención de la información (qué, quién, cómo, cuándo)	45
5.7 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS	45

5.8	TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS	47
5.9	DIVULGACIÓN DE RESULTADOS	49
6.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	49
7.	RESULTADOS	51
7.1	FACTORES CONTEXTUALES, FAMILIARES E INDIVIDUALES DE LOS NNA	51
7.1.1	Factores contextuales de los NNA	51
7.1.2	Factores familiares de los NNA	55
7.1.3	Factores individuales de los NNA	58
7.2	FACTORES CONTEXTUALES, FAMILIARES E INDIVIDUALES ASOCIADOS A VIOLENCIA FÍSICA EN NNA	65
7.2.1	Factores contextuales asociados a la violencia física en NNA	65
7.2.2	Factores familiares asociados a la violencia física en NNA	65
7.2.3	Factores individuales asociados a la violencia física en NNA	66
7.2	FACTORES CONTEXTUALES, FAMILIARES E INDIVIDUALES QUE EXPLICAN VIOLENCIA FÍSICA EN NNA	68
8.	DISCUSIÓN	70
9.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	77
10.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	84
	ANEXOS	101

LISTA DE TABLAS

	Pg.
Tabla 1. Departamentos de Colombia	27
Tabla 2. Tabla de variables	39
Tabla 3. Distribución de los niños, niñas y adolescentes según factores contextuales, de acuerdo con victimización por violencia física. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018	53
Tabla 4. Distribución de los niños, niñas y adolescentes según factores familiares, de acuerdo con victimización por violencia física. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018	57
Tabla 5. Distribución de los niños, niñas y adolescentes según factores familiares, de acuerdo con victimización por violencia física. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018	62
Tabla 6. Factores contextuales asociados a la violencia física en NN	65
Tabla 7. Factores familiares asociados a la violencia física en NNA	66
Tabla 8. Factores individuales asociados a la violencia física en NNA	67
Tabla 9. Factores contextuales, familiares e individuales asociados a la violencia física en NNA	69

LISTA DE FIGURAS

	Pg.
Figura 1. Diagrama de las variables de estudio	38
Figura 2. Distribución porcentual de los niños, niñas y adolescentes, según zona de procedencia. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018	52
Figura 3. Distribución porcentual de los niños, niñas y adolescentes, según estrato socioeconómico. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018	53
Figura 4. Distribución porcentual de los niños, niñas y adolescentes, según cercanía con la madre. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018	55
Figura 5. Distribución porcentual de los niños, niñas y adolescentes, según cercanía con el padre. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018	56
Figura 6. Distribución de los niños, niñas y adolescentes, según cercanía con el padre y la madre, de acuerdo con la presencia o no de violencia física. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018	56
Figura 7. Distribución de la edad de los niños, niñas y adolescentes. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018	59
Figura 8. Distribución de los niños, niñas y adolescentes, según violencia sexual, de acuerdo con la presencia o no de violencia física. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018	60
Figura 9. Distribución porcentual de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física, según presencia de síntomas de ansiedad. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018	61
Figura 10. Distribución porcentual de los niños, niñas y adolescentes no víctimas de violencia física, según presencia de síntomas de ansiedad. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018	61
Figura 11. Distribución de los niños, niñas y adolescentes, según presencia de alteraciones de salud mental, con respecto a la presencia o no de violencia física. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018	62

RESUMEN

Introducción: la violencia física se ha reportado como el tipo más frecuente de violencia en niños, niñas y adolescentes (NNA) en el mundo, y en Colombia es uno de los tipos más frecuentes. Tiene graves consecuencias para la salud física y mental de quienes la padecen y para las comunidades. Así, existen estrategias para enfrentarla y deben generarse más. **Metodología:** estudio observacional de corte transversal con componente analítico y fuente de información secundaria de la “*Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018*” que incluyó 1090 registros. Se llevaron a cabo análisis descriptivos, bivariados y de regresión logística binomial para identificar los factores contextuales, familiares e individuales asociados a violencia física contra NNA en Colombia. **Resultados:** se encontraron siete factores asociados y que aumentan la probabilidad de ser víctima de violencia física. Dos factores familiares: presentación de violencia contra la mujer en los cuidadores y presentación de violencia contra los hermanos perpetrada por los cuidadores; y cinco factores individuales: ser victimario de violencia, con mayor asociación, seguido de ser hombre, ser mestizo, ser víctima de violencia sexual y presentar síntomas de ansiedad. **Discusión:** todos los factores asociados corresponden a lo reportado en la literatura, excepto ser mestizo. Conocer estos factores permite priorizar la realización de intervenciones dirigidas a la población de NNA que los presenta ya que pueden tener una mayor probabilidad de padecer violencia física, mediante el desarrollo de estrategias contra esta problemática por su elevada prevalencia y porque genera un ciclo de violencia a lo largo de la vida.

Palabras Clave: Child abuse, physical abuse, family violence, intimate partner violence, intimate partner abuse, maltrato a los niños, abuso físico, violencia doméstica, violencia de pareja, polivictimización, Colombia.

1. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El maltrato físico es el uso intencional de fuerza física o implementos contra un niño que resulta o tiene el potencial de resultar en daño físico (1).

Para el año 2016, se estimó que más de la mitad de la población infantil de 2 a 17 años, sufrieron violencia emocional, física o sexual en el último año (2). Para el análisis por continentes, este mismo año, se encontró que las prevalencias mínimas de violencia del año anterior entre los jóvenes de 2 a 14 años y de 15 a 17 años, se acercaron o superaron el 50% para África (3–11) , Asia (4,11,12) y América del Norte (4,12–16), y superaron el 30% para América Latina (4,11,12).

Respecto a los factores asociados al maltrato infantil, se incluyen características del niño como su edad y sexo, siendo más común el maltrato físico en sexo masculino; así como de su familia, su relación con otras personas y su comunidad. Por otro lado, haber sufrido maltrato en la infancia se considera un factor de riesgo para ser perpetrador de violencia, haciendo que generaciones futuras padezcan también esta problemática, sin embargo, la evidencia es controversial al respecto (17).

En 2017, un reporte global de violencia indicó que el tipo más frecuente fue el castigo físico, seguido por el matoneo, las peleas físicas, la violencia física y sexual contra adolescentes mujeres y por último los homicidios infantiles (18); haciendo explícito que la violencia física aporta un número muy importante de víctimas (19). Del mismo modo, se ha encontrado asociación e incluso posible causalidad entre ser víctima de violencia física, emocional y negligencia con distintos desenlaces negativos para la salud (20–45) y con un importante costo en salud (46).

De este modo, en cabeza del U.S Center for Disease Control and Prevention (CDC), diversas entidades han impulsado el desarrollo de Violence against children and youth surveys (VACS) para medir la prevalencia e incidencia de violencia en NNA en distintos países. Esto, con el fin de implementar planes de acción y políticas públicas enfocadas en la violencia física, sexual y emocional en NNA en cada uno de ellos (47).

En Colombia, hay casi 16 millones de NNA. Según el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), al menos el 26% de las mujeres y el 15.8% de los hombres han reportado que golpean a sus hijos como una forma de castigo, y una cuarta parte de todos los adultos manifiestan haber sufrido maltratos físicos de niños (48), además, en Bogotá, se tienen registros de casos sospechosos de maltrato infantil reportando una incidencia de 1,2 por 1000 niños al año, divididos en: 16-30% de maltrato físico, 16-30% de violencia o abuso sexual, 0-15% en niños en condición de calle, sin datos claros respecto a abandono. En cuanto a las muertes infantiles por maltrato, se evidencia una tendencia al incremento en los últimos años (49).

A pesar de que se tienen algunas cifras sobre prevalencia de las diferentes formas de maltrato contra NNA, y que múltiples estados y organizaciones han hecho esfuerzos para hacer frente al maltrato infantil (3,5,6,8,14,15,47,50,51); conocer la incidencia, prevalencia global real y factores asociados a esta problemática es bastante complejo dado que aún falta investigación de calidad al respecto (52). De esta manera, este estudio pretende obtener resultados representativos de la realidad de los NNA colombianos para ofrecer puntos clave de intervención, así como algunas acciones que pueden llevarse a cabo para prevenir y abordar la violencia en NNA en el país.

1.2 JUSTIFICACIÓN

La violencia contra los niños, niñas y adolescentes (NNA), en todas sus formas, afecta a lo largo de toda la vida su salud y bienestar, los de sus familias, comunidades y países (53). Los niños que crecen en familias abusadoras y negligentes están en ambientes que no proveen las oportunidades para un adecuado desarrollo y al contrario están en peligro

de sufrir daños físicos y emocionales (42). También, genera costos elevados para la salud pública, altera las inversiones en educación y la capacidad productiva de generaciones posteriores, mediante la alteración del desarrollo, reducción de la capacidad cerebral normal y la alteración fisiológica de múltiples sistemas corporales (54).

Por otro lado, la violencia tiene múltiples factores implicados en su génesis (55), lo que la convierte en una problemática que debe ser intervenida desde múltiples enfoques. Así, desde el ámbito legal, la *Convención sobre los Derechos del Niño* fue ratificada en Colombia en 1991 (56), indicando que deben garantizarse estos derechos y su incumplimiento puede acarrear sanciones legales, demostrando el compromiso internacional y de obligatorio cumplimiento en Colombia, sobre la protección de los NNA (57), lo cual también se ve en los objetivos de desarrollo sostenible para el año 2030 (58).

Adicionalmente, la investigación en maltrato parece estar dominada por la investigación en abuso sexual, por lo que se deben establecer consensos globales sobre la negligencia, el abuso físico o emocional contra los NNA (59), y la OMS enfatiza la necesidad de que este tema adquiera importancia en prevención y monitoreo epidemiológico recomendando la expansión de la evidencia científica hacia la magnitud, efectos y prevención del problema (60).

En este sentido, esta investigación es relevante ya que permitirá realizar una aproximación a los factores asociados del maltrato físico en NNA en Colombia, tema para el cual aún se identifican vacíos en el conocimiento para el territorio colombiano y es prioritario tanto en el ámbito nacional como internacional, debido a sus graves consecuencias para el individuo y para la comunidad en la que se desarrolla.

La *Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes* (EVCNNA) presenta un panorama general, descriptivo de esta problemática; el cual pretende ser ampliado con esta investigación al identificar asociaciones significativas de algunos factores contextuales, familiares e individuales con el maltrato físico para generar aportes teóricos

al respecto. A partir de los resultados generados con el análisis estadístico a profundidad de la encuesta, será posible realizar aportes prácticos mediante un acercamiento que permita identificar y priorizar aspectos conocidos previamente de manera descriptiva, para que puedan surgir planes de acción específicos que aborden esta problemática en Colombia.

Lo anterior es factible y viable teniendo en cuenta que se trata de un tema sensible. El análisis se hará a partir de los datos de la EVCNNA usando una metodología científica y aplicado los preceptos de la bioética. Se garantizará un apropiado procesamiento de los datos y análisis que van a generar hallazgos significativos propios para la población colombiana. El propósito final es que los principales resultados del estudio sirvan para apoyar la toma de decisiones enfocadas en la protección integral de los niños, niñas y adolescentes colombianos.

1.3 PREGUNTA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son los factores contextuales, familiares e individuales asociados con violencia física en niños, niñas y adolescentes en Colombia en el año 2018?

2. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

La manera de entender el maltrato infantil ha evolucionado en respuesta a los cambios socioculturales que se han dado en el mundo a lo largo de la historia. Es así, como en siglos previos, el castigo físico y el trabajo infantil eran aceptados como parte de la cotidianidad y se respaldaban con la política y la religión en los distintos momentos de la historia; solo había algunos individuos que entendían estos hechos como un problema, sin embargo, no tenían el respaldo suficiente para generar un cambio en el entendimiento colectivo de este asunto y menos para generar cambios en el comportamiento social (61).

Los primeros casos de maltrato infantil fueron descritos por Auguste Ambroise, en el siglo XVIII en su libro *Etude Médico-Légale sur les Attentats aux Mœurs*, provocando controversia en la época ya que hacía referencia a delitos sexuales (62).

Posteriormente, uno de los principales precedentes para empezar a tomar el maltrato infantil como un problema de salud pública y sacar a la luz la problemática del abuso y la negligencia hacia la población infantil fue dado por el Dr. Henry Kempe y cols. quienes describieron por primera vez en los años 60 lo que llamaron el “síndrome del niño maltratado”, un término utilizado para describir las características clínicas de niños que habían sido víctimas de abuso físico, considerándose una causa importante de discapacidad o muerte (63).

Se habló del tema como un síndrome, ya que era una entidad subdiagnosticada y sin unos lineamientos claros sobre cómo debía ser abordada por el personal médico, describiéndolo como una entidad que podía presentarse a cualquier edad, principalmente en menores de 3 años, con determinados hallazgos clínicos y radiológicos que hacían sospechar maltrato físico infantil, cuyo principal perpetrador eran los padres y adicionalmente, describieron los rasgos psicológicos de las familias donde había niños víctimas de este síndrome (63).

Actualmente, el maltrato infantil se define según la OMS como el “*acto u omisión intencionada o no de un adulto, sociedad o país que afecte a un niño en salud, crecimiento físico o desarrollo psicomotor*”. No solo comprende el maltrato físico del niño sino también la ausencia de cuidado, amor y protección razonables de los padres, tutores o familiares hacia los niños. Estas actitudes se originan por múltiples trastornos que interfieren con la capacidad de la familia para criar y proteger a sus hijos (62).

2.2 REFERENTES CONCEPTUALES

Niño/niña

La Convención sobre los Derechos del Niño (CDN), adoptada por la Naciones Unidas en el año 1989, define a niño como *“todo ser humano menor de dieciocho años, salvo que, en virtud de la ley que le sea aplicable, haya alcanzado antes la mayoría de edad”* (64).

Adolescente

Según la OMS, la adolescencia es *“la fase de la vida que va de la niñez a la edad adulta, o sea desde los 10 hasta los 19 años”* (65).

Violencia

La OMS define la violencia como *“uso intencional de la fuerza física, amenazas contra uno mismo, otra persona, un grupo o una comunidad que tiene como consecuencia o es muy probable que tenga como consecuencia un traumatismo, daños psicológicos, problemas de desarrollo o la muerte”* (66). La OPS refiere que la violencia es un problema de salud pública ya que tiene consecuencias tanto en el ámbito social como en la salud; aportando muertes e incrementando la carga de enfermedades mentales, crónicas e infecciosas (67).

Violencia contra los niños

Tipo de violencia que incluye todas las formas de violencia contra las personas menores de 18 años, ya sea perpetrada por los padres u otros cuidadores, compañeros, parejas románticas o extraños (53).

Violencia física

Uso intencional de la fuerza física que puede causar la muerte, discapacidades, lesiones o daños (51), puede ser autoinfligida, interpersonal o colectiva (68); se refiere a todas las agresiones que atentan contra el cuerpo de una persona, ya sea a través de golpes, lanzamiento de objetos, encierro, sacudidas o estrujones, entre otras conductas que puedan ocasionar daños físicos (69).

De acuerdo con el Comité de los Derechos del Niño de las Naciones Unidas, este tipo de violencia en niños puede ser mortal o no mortal e incluye:

- Castigos corporales y todas las demás formas de tortura y tratos crueles, inhumanos o degradantes
- La intimidación física por parte de adultos o de otros niños.

Adicionalmente, identifican hechos de violencia que se producen en particular en niños con discapacidad, así:

- Esterilización forzada, en particular de las niñas.
- La violencia infligida bajo la apariencia de tratamiento.
- La discapacitación deliberada del niño para explotarlo con fines de mendicidad en la calle y en otros lugares (64).

Violencia de pareja

La violencia en la pareja se refiere a cualquier comportamiento, dentro de una relación íntima, que cause o pueda causar daño físico, psíquico o sexual a los miembros de la relación (70).

Violencia intrafamiliar

Según la OMS, la violencia en la familia es la agresión física, psicológica o sexual perpetrada por cualquier familiar, parientes civiles, tutores o encargados de la custodia, afectando a todas las familias sin distinción de raza, edad, educación o condiciones socioeconómicas (71). Además, Cortes C. y cols., hacen referencia a la violencia intrafamiliar como aquella ligada al abuso de poder sobre los miembros más débiles de la familia, afectando principalmente a los niños, a las mujeres, ancianos y a quienes tienen alguna forma de discapacidad (72).

Maltrato infantil

Se refiere al abuso o desatención que sufren los menores de 18 años, incluyendo maltrato físico, psicológico, sexual, negligencia y explotación que causen o tengan el potencial de dañar la salud, desarrollo o dignidad del niño, en una relación de poder o confianza (73).

El Centro para Control y Prevención de Enfermedades (CDC) distingue cuatro tipos de maltrato (1):

- i. Maltrato físico:** uso intencional de la fuerza o implementos contra un niño que resulta en daño físico o potencial daño físico, perpetrado por un padre u otro cuidador. Puede ser un evento único o repetitivo. Excluye el daño físico al área genital o anal y las áreas circundantes a estas, que ocurre durante intentos de abuso sexual.

- ii. Maltrato psicológico:** comportamiento intencional contra un niño que le hace sentir que vale menos, que no es amado, que está en peligro o que solo vale para suplir las necesidades de otros.

- iii. Negligencia:** falla en satisfacer las necesidades básicas físicas, emocionales, médicas/dentales o educacionales de los niños; falla en proveer adecuada nutrición,

higiene o vivienda; o falla en supervisar y asegurar la seguridad del niño. Tiene una alta probabilidad de causar al niño daño físico, mental, espiritual, moral o social.

iv. Abuso sexual: Cualquier acto sexual completado o no, contacto sexual, o interacción sexual sin contacto de un cuidador/padre o persona con relación de poder sobre un niño. Incluye la inducción o coerción de un menor para involucrarse en actividad sexual, la explotación o prostitución para prácticas sexuales y la explotación de menores para fines pornográficos.

Castigo físico

Forma de crianza aceptada por varias culturas y en diferentes periodos históricos; definida como el uso de la fuerza física para que un niño experimente dolor con el propósito de corregir su comportamiento. Se asocia con múltiples desenlaces negativos incluyendo agresiones, comportamiento antisocial y el escalamiento a maltrato físico, además no es efectivo en la corrección de comportamientos a largo plazo, ya que no permite que el niño comprenda que su comportamiento fue inadecuado, solamente hace que deje de efectuarlo en el momento, siendo perjudicial para su desarrollo moral. Por otro lado, su práctica va en contra de los derechos humanos, ya que los niños deben estar libres de cualquier forma de violencia sin importar su fin (49).

Se ha visto tendencia cultural a confundir educación con la aplicación de conductas violentas, considerando que, si no hay violencia, no se está educando ni estableciendo una adecuada disciplina. En este sentido, resulta necesario aclarar que el hecho de no violentar a los niños, niñas y adolescentes no significa en ningún caso no educarlos (48).

Depresión

Enfermedad común pero grave que interfiere con la vida diaria. Se caracteriza por tristeza persistente, pérdida de interés en las actividades con las que normalmente se disfruta e incapacidad para llevar a cabo las actividades cotidianas, durante al menos dos semanas.

Se asocia a pérdida de energía, cambios en el apetito, necesidad de dormir más o menos de lo normal, ansiedad, disminución de la concentración, indecisión, inquietud, sentimiento de inutilidad, culpabilidad o desesperanza y pensamientos de autolesión o suicidio (74).

Ansiedad

Estado emocional estresante y displacentero que provoca un sentimiento de nerviosismo y desasosiego. Puede ser adaptativo ayudando a las personas a mejorar su funcionamiento y a tomar precauciones apropiadas en situaciones potencialmente peligrosas. No obstante, más allá de un determinado nivel, la ansiedad provoca disfunción y angustia convirtiéndose en un problema maladaptativo y considerándose un trastorno (75)

Conducta autolesiva

Destrucción de tejido corporal directa y deliberada en ausencia de intento de suicidio. El método más utilizado es cortar o tallarse con un instrumento afilado como un cuchillo o una navaja de afeitar (cutting); y la mayoría ocurren en los brazos, las piernas y el estómago (76).

Ideación suicida

La ideación suicida son los pensamientos acerca de la voluntad de quitarse la vida, con o sin planificación de método (77).

Intento suicida

El intento suicida es cualquier acto de autoperjuicio infligido con intención autodestructiva, aunque sea vaga o ambigua (77).

Sustancia psicoactiva (SPA)

Cualquier sustancia que al introducirla en el organismo por cualquier vía de administración produce una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central, modificando la conciencia, el estado de ánimo o los procesos cognitivos. Su consumo puede crear consumo problemático o dependencia (78).

Consumo problemático de sustancias

Consumo perjudicial para la salud, para las relaciones interpersonales o que altera actividades diarias o genera problemas económicos o legales. Adicionalmente, se considera problemático todo consumo de SPA en mujeres embarazadas, en periodo de lactancia, niños, niñas y adolescentes (78).

Consumo problemático de alcohol

Consumo antes de los 18 años o:

- En hombres: tomar 5 o más tragos seguidos con frecuencia, más de dos tragos al día o 15 o más tragos a la semana.
- Mujer: tomar 4 o más tragos seguidos con frecuencia, más de un trago al día u 8 o más tragos a la semana.

Lo anterior teniendo en cuenta que un trago se define como 12 onzas o 360 mililitros (mL) de cerveza (5% de contenido de alcohol), una copa de vino de 5 onzas o 150 mL (12% de contenido de alcohol) o un trago de 1.5 onzas o 45 mL de licor (80 grados prueba o 40% de contenido de alcohol) (79).

Conflicto armado

Enfrentamiento violento entre grupos humanos de tamaño masivo y que generalmente, tiene como resultado muertes y destrucción material. Implica un grado de intensidad en la violencia interna, el uso de fuerzas militares y no policiales por parte del Estado para enfrentarse a un determinado grupo insurrecto con una estructura de mando, ejercer un control territorial y llevar a cabo operaciones militares (80).

LGBTIQA+:

Acrónimo para Lesbiana, Gay, Bisexual, Transexual, Intersexual, Queer, Asexual. El "+" representa otras minorías de identidad de género y sexualidad que no se incluyen en el acrónimo (81)

2.3 ESTADO DEL ARTE

La información concreta en cuanto a epidemiología del maltrato infantil es limitada, por lo que, para reducir el maltrato infantil, los países tienen que invertir en estudios robustos de prevalencia nacional de esta problemática, incluyendo exposición a violencia doméstica, maltrato físico, sexual, emocional y negligencia; además, dichos estudios deben usar instrumentos que demuestren validez y deben asegurar la incorporación de todos los tipos de maltrato en las preguntas. Se considera que si los niños son menores de 19 años los estudios deben capturar la incidencia del año previo a la realización del cuestionario, así como la prevalencia en la infancia (en el caso de adolescentes), indagando sobre naturaleza, severidad y frecuencia del maltrato, así como la relación entre el niño y el perpetrador (82).

En un metaanálisis realizado por Stoltenborgh y cols. se estima que la prevalencia de violencia física en NNA es de un 0.3% (85% CI 0.1-1.2) en estudios con terceros como informantes, lo cual no fue estadísticamente significativo, y de un 22.6% (85% CI 20.3-25.1) en estudios de autoreporte. Esta diferencia se debe a que la mayoría de los estudios

con informantes están basados en reportes a profesionales, por lo tanto, capturan solo una parte del “iceberg” comparados con los autoreportes (59).

2.3.1 Factores asociados con el maltrato infantil

La influencia de los factores socioculturales en el maltrato infantil usualmente se aborda de forma superficial, tomándose muchas veces como cuestiones netamente culturales. El poco entendimiento de estos factores afecta la comprensión de la prevalencia, mecanismos y desenlaces del maltrato. Por este motivo el reporte *New Directions in Child Abuse and Neglect Research* propone, desde un modelo ecológico, algunos factores candidatos para explicar este fenómeno, los cuales divide en nivel individual, familiar, contextual y de macrosistema (83).

El modelo ecológico conceptualiza el maltrato como una multiplicidad determinada por fuerzas en el trabajo en el individuo, en la familia y en el comunidad y cultura, y sugiere que estos determinantes se modifican entre sí. Así, los factores de riesgo familiares se pueden modificar por el medio ambiente y la comunidad. Un ejemplo de esto es el riesgo diferencial de acuerdo con la etnia, que puede explicarse por las características socioeconómicas de cada una (1).

Nivel individual y familiar

En el nivel individual se encuentran los factores de riesgo parentales como la historia de maltrato y/o negligencia infantil (transmisión intergeneracional), con un 25-35% de padres que han sido maltratados perpetrando el maltrato hacia sus hijos; maternidad temprana y psicopatología parental como depresión, abuso de sustancias y trastorno de personalidad antisocial. Así como factores de riesgo del menor como discapacidad física o mental. En el nivel familiar exponen la estructura familiar compleja, por ejemplo, con padres que tienen múltiples parejas, las deficientes habilidades parentales, la violencia interparental y el aislamiento social (83).

Como muestra de lo anterior, se ha descrito que las niñas tienen mayor riesgo de abuso sexual, muchas veces como consecuencia de relaciones de poder basadas en el género, pero las tasas de otros tipos de maltrato son similares en ambos sexos en países de altos recursos. En países de bajos recursos, las niñas tienen mayor riesgo de infanticidio, abuso sexual y negligencia, mientras que los niños tienen más riesgo de castigo físico y más probabilidad de ser víctimas de homicidio y violencia que involucra armas. Adicionalmente, los niños con discapacidad tienen mayor riesgo de maltrato, aún no es claro si la discapacidad es una causa o consecuencia de este (1,55).

Se han descrito como factores asociados a ser padres perpetradores de violencia: falta de comprensión del desarrollo de los niños, corta edad, familia uniparental, estar a cargo de muchos niños, estrés, pobreza, enfermedad mental, baja autoestima, pobre control de impulsos, enfermedades mentales, comportamiento antisocial, bajo nivel educativo, no tener empleo, abuso de drogas y alcohol, y exposición al maltrato en la infancia, así como nivel de ingresos y de educación parental, los dos últimos jugando como un factor diferencial en el tipo de maltrato perpetrado (1,17,68).

También, un estudio en China, con entrevistas a profesionales de la salud involucrados en la atención a niños identificó diversos factores de riesgo para maltrato infantil, como la preferencia por tener hijos varones y las muy elevadas expectativas de los padres, y la delegación del cuidado de los hijos a abuelos u otros familiares, las familias uniparentales o combinadas, baja educación de los padres y enfermedad mental o antecedente de maltrato en los padres; y factores del NNA como discapacidad, mal temperamento, falta de conciencia de autoprotección y ser de género femenino (84).

Adicionalmente, se ha reportado que haber sido víctima de algún tipo de violencia aumenta el riesgo de presentar otros tipos de violencia; por ejemplo, haber presentado una agresión física presenta un OR de 3.7 de presentar una ofensa sexual y haber tenido una ofensa sexual presenta un OR de 1.6 de presentar agresión física (19).

En relación con lo anterior, los resultados de la *National Survey of Children's Exposure to Violence (NatSCEV)* - 2008 de EE. UU. indican que el 64.5% de los participantes que reportaron cualquier tipo de victimización directa, reportaron más de un tipo. Por ejemplo, se indicó que un niño agredido físicamente durante el último año tendría cinco veces más probabilidades haber sido víctima de violencia sexual; y el haber sido víctima de agresión física en algún momento de la vida aumentaría más de 6 veces la probabilidad de haber sido víctima de violencia sexual (85).

Nivel contextual y de macrosistema

Del nivel contextual identifican la pobreza, el desempleo, el estatus socioeconómico bajo y las características estructurales y comunitarias de los barrios como factores de riesgo para maltrato y negligencia infantil. Por último, del nivel de macrosistema exponen algunas actitudes sociales como actitudes con respecto a la violencia y el castigo físico que pueden generar la normalización de la violencia. Sin embargo, hacen un énfasis importante en la compleja interrelación que se da entre los factores mencionados de los cuatro niveles que dificulta la explicación del fenómeno de violencia en NNA (83).

Con respecto al nivel contextual, también Xu T y cols identificaron factores como el estilo de vida estresante y el estatus económico (84). Además, en España, Haas BM y cols analizaron durante 12 años las características propias de los barrios de la ciudad de Valencia dónde había familias con medidas de protección para maltrato infantil, mediante entrevistas sobre la percepción de los cuidadores, encontrando que el 80% de ellos consideraban que algún aspecto propio del barrio podía influenciar la posibilidad de maltrato infantil (86).

El riesgo de maltrato infantil sostenido se percibió mayor en barrios con bajos niveles económicos y educativos, y altos niveles de actividad policial. Al interrogar sobre factores del entorno de los barrios que podían relacionarse con el riesgo de violencia, encontraron la baja densidad en las viviendas y el entorno construido con centros de recreación,

bibliotecas, parques o iglesias como posibles factores protectores; y la concepción personal de las condiciones precarias en infraestructura y cuidados del barrio como un posible factor de riesgo (86).

Se asigna a la comunidad un efecto pequeño a moderado, aproximadamente de 10% en la variación en salud de niños y adolescentes, incluyendo maltrato, explicado por el entorno socioeconómico del vecindario y el clima social, que se añade a las características familiares e individuales. Por ejemplo, la alta criminalidad, baja cohesión social, informalidad, violencia en la comunidad y desventajas propias del barrio (1,17).

El conflicto armado también se ha visto relacionado como factor asociado a maltrato infantil; en un estudio realizado en siete comunidades rurales afectadas por la guerra en Uganda, se indagó la violencia en niños de 2 grado de primaria, identificando como factores de riesgo para perpetración de violencia por parte de mujeres cuidadoras la previa exposición a la violencia en la infancia y violencia doméstica en relaciones de pareja ($p < 0.001$) y también, la exposición de los menores a trauma ($p < 0.001$) (87).

Para la perpetración de violencia por parte de cuidadores hombres, el antecedente de violencia en la infancia fue el factor de riesgo más fuerte ($p < 0.001$), seguido por la severidad de los síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) ($p < 0.02$) y el nivel de problemas relacionados con el alcohol ($p < 0.03$). Los hijos biológicos mostraron tener mayor riesgo de ser víctimas por cuidadores hombres y mujeres ($p < 0.01$) (87).

A pesar de las múltiples asociaciones descritas previamente, existe información contradictoria respecto a los factores asociados a violencia en niños, niñas y adolescentes; por ejemplo, un metaanálisis que incluyó 94 estudios a nivel mundial no encontró ninguno de los factores incluidos en el análisis como asociados a la violencia física; mientras, para la violencia emocional, el estrato socioeconómico bajo ($p < 0.01$), el nivel educativo ($p < 0.05$) y el género femenino ($p < 0.01$), estuvieron asociados

significativamente, encontrándose también asociación significativa de este último con violencia sexual ($p < 0.01$) (88).

Finalmente, como factores protectores contra la violencia se han propuesto los acuciosos cuidados parentales en la infancia, asociado con menores relaciones con pares involucrados en actividades criminales o consumo de sustancias psicoactivas, la alta cohesión social y vínculos fuertes no violentos entre padres e hijos (89).

Consecuencias del maltrato infantil

El maltrato infantil es un problema de salud pública, el cual tiene un impacto inmediato en el desarrollo de los NNA y su calidad de vida, así como un impacto importante en su productividad a largo plazo (83).

En una revisión sistemática del año 2012 (90), se encontraron asociaciones significativas entre la presencia de estos tipos de violencia y trastornos depresivos (20-26), de ansiedad (20,21,25,27,28), uso de drogas y consumo problemático de alcohol (20,21,25,27,29,31), ideas y/o intentos de suicidio (25,27,32-34), conductas sexuales de riesgo e infecciones de transmisión sexual (29,20,35) y enfermedades crónicas como obesidad, diabetes y enfermedades cardiovasculares (30,31, 36-39).

Respecto a salud mental, el maltrato se relaciona con daño psicológico, enfermedades psiquiátricas, problemas de comportamiento en la infancia y adolescencia, trastorno por estrés postraumático, depresión, intentos suicidas, autoagresión, problemas de consumo problemático de alcohol y sustancias psicoactivas (1,68).

A su vez, otros estudios reportan que el maltrato infantil puede ser un factor de riesgo independiente para psicosis o presentación de síntomas psicóticos, un metaanálisis sobre el tema que incluyó 41 estudios, estimó un *odds ratio* (OR) de 3.40 (IC 95% 2.06–5.62) para abuso emocional; 2.95 (IC 95% 2.25–3.88) para abuso físico; 2.90 (IC 95%

1.71–4.92) para negligencia; y 2.38 (IC 95% 1.98–2.87). Es decir, que los pacientes con abuso emocional tienen 2.4 veces más riesgo de presentar estos síntomas, los que presentan abuso físico tienen 1.95 más riesgo y los pacientes sometidos a negligencia tienen 1.38 veces más riesgo con respecto a los que no son víctimas de violencia (40).

También, se ha reportado que los niños y preescolares abusados físicamente tienen más problemas de externalización, incluyendo problemas en las relaciones interpersonales o agresión a adultos u otros niños. En adolescentes, tanto el maltrato físico como la negligencia se asocian con comportamiento criminal, desordenes de personalidad, abuso de sustancias, acontecimientos vitales estresantes. Se han explicado diversos mecanismos biológicos los cuales apoyan la relación de este tipo de maltrato, tanto para el desarrollo de trastornos del afecto como para su tórpida evolución, pronóstico y respuesta al tratamiento psicoterapéutico y farmacológico (42).

Por otro lado, en un metaanálisis realizado por Norman y cols., describieron que, dentro de todos los tipos de violencia, el maltrato físico mostró una mayor asociación con todos los desenlaces asociados en salud mental, excepto trastornos depresivos y de ansiedad, los cuales tuvieron mayor asociación con violencia emocional con un OR de 3.06 (IC 95% 2.43-3.85) para depresión y de 3.21 (IC 95% 2.05-5.03) para ansiedad. Sin embargo, estos trastornos también tuvieron asociación significativa con maltrato físico; en el caso de la ansiedad, se evidenció un OR de 1.51 (IC 95% 1.27- 1.79), con un gradiente dosis-respuesta; para depresión un OR de 1.54 (IC 95% 1.16-2.04), sin asociación significativa con castigo (OR 1.20; IC 95% 0.88-1.61) (90).

Los otros trastornos asociados con maltrato físico, que mostraron mayor asociación respecto a otros tipos de maltrato, fueron: trastornos de la conducta alimentaria (OR 2.58; IC 95% 1.17-5.70), trastornos del comportamiento (OR 2.29; IC 95% 1.76-2.97), uso de drogas (OR 1.92; IC 95% 1.67–2.20), consumo problemático de alcohol (OR 1.26; IC 95% 1.03-1.55), comportamiento suicida (OR 3; IC 95% 2.07-4.33), esquizofrenia (OR 5.81; IC 95% 2.31-14.63) (90).

La cronicidad del maltrato es un predictor importante para el abuso de sustancias, sin embargo, esta relación se ve disminuida una vez los eventos en la niñez son controlados, evidenciándose que, si bien la prevención primaria y secundaria son esenciales, mejorar la prevención terciaria del maltrato infantil tiene una repercusión significativa en dichos desenlaces a largo plazo (43).

En el ámbito de la salud física, algunos estudios asocian el abuso sexual en la infancia temprana con la aparición de hipertensión arterial en mujeres jóvenes (45). Por su parte, el maltrato físico se relaciona con problemas de salud en general como lesiones agudas, dolor crónico, obesidad, enfermedades crónicas en el adulto como enfermedad cardiovascular isquémica, cáncer, enfermedad pulmonar crónica, síndrome de intestino irritable y fibromialgia, esto asociado con la adopción de conductas de riesgo como el tabaquismo, alcoholismo, entre otros. En cuanto a la salud sexual, se ha visto asociado a embarazo adolescente, promiscuidad y prostitución (1,68).

Un estudio de una cohorte retrospectiva que incluyó 152040 participantes del Reino Unido encontró que existe un gradiente dosis respuesta entre la cantidad de tipos de violencia al que son expuestos los menores y el riesgo de presentar enfermedad cardiovascular. Estimaron un *hazard ratio* (HR), entendido como la tasa de eventos en un momento determinado con respecto a quienes no presentan ningún tipo de violencia, de 1.45 (IC 95% 1.31–1.61) para aquellas víctimas expuestas a tres tipos de violencia, HR de 1.26 (IC 95% 1.16–1.38) para la exposición a dos tipos y HR de 1.08 (IC 95% 1.02– 1.15) para la exposición a un solo tipo. También, reportaron aproximadamente un 11% más de riesgo de enfermedad cardiovascular por cada tipo de maltrato adicional (44).

Además, se ha reportado que haber sido víctima de alguno tipo de violencia aumenta el riesgo de presentar otros tipos (19), siendo frecuente la polivictimización, definida por algunos autores, como haber experimentado múltiples victimizaciones de diferentes tipos: abuso sexual, abuso físico, intimidación o exposición a la violencia familiar (85).

También, Norman y cols. describen asociación entre todos los tipos de maltrato (físico, emocional y negligencia) e infecciones de transmisión sexual y/o comportamientos sexuales de riesgo, encontrando mayor asociación con violencia física (OR 1.78; IC 95% 1.50-2.10), y un OR de 2.51 (IC 95% 1.16-5.42) para infección por VIH. En el caso de las enfermedades crónicas no transmisibles, se evidenció asociación de violencia física con obesidad (OR 1.32; IC 95% 1.06-1.64), tabaquismo (OR 1.78; IC 95% 1.26-2.52), enfermedad cardíaca isquémica (OR 1.5; IC 95% 1.40-1.90), asma (HR 1.92; IC 95% 1.32-2.81), migraña y cefalea (OR 1.42; IC 95% 1.24 – 1.62), trastornos neurológicos (OR 2.19; IC 95% 1.30-3.69) (90).

Además, miles de niños mueren anualmente por homicidio o negligencia, tanto así, que el homicidio se encuentra entre las cinco principales causas de muerte en adolescentes, con más del 80% de víctimas y victimarios hombres (2). La OMS estima que 155000 muertes en niños menores de 15 años ocurren cada año en el mundo por abuso o negligencia, lo que representa 0-6% de todas las muertes y 12.7% de las muertes por lesiones (1,68).

Para el año 2000 se estimaron 57000 muertes por homicidio en niños menores de 15 años, siendo mayor el riesgo para los más pequeños (0-4 años). Para el año 2012 se reportaron 95000 víctimas de homicidio en menores de 20 años, en su mayoría en países de ingresos bajos y medios; siendo mayor en la segunda década de vida las muertes por heridas y lesiones intencionales, en especial en los varones. Los padres biológicos son responsables de 4/5 de los casos y los padrastros o madrastras son culpables de la mayoría de los casos restantes (15%), en la infancia generalmente el homicidio es perpetrado en igual medida por padres y madres, pero en niños mayores el homicida usualmente es un hombre. Sin embargo, hay un subregistro importante por la insuficiente investigación y examinación post mortem de los niños en muchos países (1,68,91).

Finalmente, según la OMS, hay 2 tipos de costos económicos de la violencia en general y de la violencia contra NNA: los costos directos del sistema de salud por el tratamiento a corto y largo plazo de las secuelas físicas, el tratamiento de problemas psicológicos y de comportamiento en adultos como secuelas de la violencia, los sistemas de apoyo social de seguimiento, prevención, protección y respuesta a la violencia; y los costos del sistema de justicia debido a las necesidades para el castigo de los actos de violencia contra los niños o para la protección de las víctimas reales o potenciales. En cuanto a los costos indirectos, lo más importante es la pérdida de productividad debida a las alteraciones en el desarrollo infantil costos (46).

En relación con esto, el Consenso de Copenhague estimó un costo mundial de 9.5 billones de dólares, equivalente al 11% del PIB mundial (46) y Mo y colaboradores, estimaron una carga de enfermedad en población japonesa de 1'047580 años de vida ajustados por discapacidad (DALYs) (IC 95% 788388 - 1326 80 DALYs); un gasto directo de 8930.6 millones de dólares (IC 95% 6502.1-11'674.4) y un costo indirecto de 41305.7 millones de dólares (IC 95% 30965.5 -52429.2) en 2016 (92).

2.3.2 Situación en Colombia

Para el año 2018, según el censo nacional de población y vivienda, se estimó que en Colombia viven 48'258494 personas, de las cuales 51.2% son mujeres y 48.8% son hombres (93) y se encuentran distribuidos en los siguientes 32 departamentos y en la ciudad capital – Bogotá, D.C.:

Tabla 1. Departamentos de Colombia

Nombre	Código
Amazonas	91
Antioquia	05
Arauca	81
Atlántico	08

Nombre	Código
Bogotá D.C.	11
Bolívar	13
Boyacá	15
Caldas	17
Caquetá	18
Casanare	85
Cauca	19
Cesar	20
Chocó	27
Córdoba	23
Cundinamarca	25
Guainía	94
Guaviare	95
Huila	41
La Guajira	44
Magdalena	47
Meta	50
Nariño	52
Norte de Santander	54
Putumayo	86
Quindío	63
Risaralda	66
San Andrés	88
Santander	68
Sucre	70
Tolima	73
Valle del Cauca	76
Vaupés	97
Vichada	99

Sobre la violencia en niños, niñas y adolescentes en Colombia, la ISPCAN (*International society for the prevention of child abuse and neglect*, en su edición número 13 de “*World perspectives on Child abuse*”, describe algunas condiciones sociales y comportamientos relacionados con violencia en NNA en Colombia, como la aceptación del castigo físico, menores en situación de calle, menores que son forzados a mendigar, niños que sirven

como soldados, trabajo infantil (menores de 12 años) y responsabilizar niños por crímenes de adultos para evadir enjuiciamiento (49).

Adicionalmente, se describen una serie de comportamientos por parte de los padres o cuidadores como son la violencia física sin dejar lesiones evidentes, la falla en buscar atención médica de forma oportuna, el abuso sexual, explotación o comercio sexual, la exposición de menores a pornografía, el abandono, abuso emocional, violencia doméstica o de pareja y el abuso de sustancias (49).

La ISPCAN cuenta con información oficial sobre reportes de maltrato infantil en Colombia, dentro de los cuales los tipos de violencia más frecuentes fueron el maltrato físico y el abuso sexual (16-30% cada uno), seguido por los niños en situación de calle (0-15%). No se cuenta con cifras para maltrato emocional, abandono, ni maltrato por parte de pares. Respecto al registro de muertes por maltrato infantil, este ha venido en aumento en los últimos 10 años, con una tasa anual de 1-2 por 100000 habitantes, sin datos sobre qué porcentaje corresponde a cada tipo de maltrato (49).

Según el ICBF, entre 2012 y 2019 se reportaron entre 6487 y 10770 casos anuales de violencia física, psicológica o negligencia (excluyendo violencia sexual), con un total de 2617 casos en niños, niñas y adolescentes negros, afrocolombianos, raizales, palenqueros, indígenas y Rom/gitanos, durante estos 8 años. Según el curso de vida, la mayoría de los casos se presentaron en la primera infancia (37%), según la zona de residencia, el mayor número de ingresos se presentó en zona urbana, con un 91%, principalmente en Nariño, seguido de Quindío, Bogotá, Magdalena y Caldas (94).

Adicionalmente, la ISPCAN describe que, aunque existen leyes relacionadas con maltrato infantil desde el año 2000 y existe una agencia gubernamental que responde ante esta problemática, continúan existiendo algunas barreras para la prevención del maltrato infantil como los recursos limitados para mejorar la respuesta gubernamental, la ausencia de definiciones claras en cuanto a los tipos de maltrato infantil, excepto para abuso sexual; la inexistencia de leyes que hagan mandatorio el reporte de sospecha de maltrato

infantil, por lo que es voluntario; la insuficiente regulación sobre el tiempo para llevar a cabo la investigación, además de la falta de entrenamiento mandatorio y periódico del personal de servicios sociales y policía que las conducen (49).

Otras barreras descritas son la pobreza extrema, el declive en vida familiar y sistemas de apoyo informales para padres, la dependencia del país en inversión extranjera para mantener su economía local, el gran sentido de la privacidad familiar y los derechos de los padres de criar a sus hijos a su antojo, el apoyo general del uso de disciplina física en los niños, la falta de compromiso para apoyar y defender los derechos de los niños, el sistema de salud y servicios sociales pobremente desarrollados e inadecuados, el conflicto e inestabilidad política y religiosa, la falla en acceso a servicios de salud mental, y manejo del abuso de sustancias, y la ausencia de leyes que permitan compartir información entre profesionales (49).

Otra problemática relacionada con el maltrato infantil en Colombia es el consumo de sustancias psicoactivas, ya que además de ser un país productor, es un país en donde el uso y abuso de estas sustancias es un fenómeno presente en todos los grupos poblacionales. Según el Estudio Nacional de consumo de SPA en hogares, llevado a cabo en el año 2008, el mayor consumo según grupo de edad se dio en población entre 12-34 años. En el Estudio Nacional de Consumo de Sustancias en Población Escolar del año 2011, los municipios con mayor prevalencia de consumo, con 5 puntos más que el promedio nacional fueron Caldas, Antioquia, Quindío, Risaralda y Bogotá, siendo el tipo de droga lícita más consumido el alcohol (39.8%) y el tipo de droga ilícita más consumido la marihuana (2.8%) (95).

2.4 MARCO NORMATIVO Y ESTRATEGIAS ACTUALES

Objetivos de desarrollo sostenible

La ONU definió 17 Objetivos dentro de la Agenda 2030 sobre Desarrollo Sostenible, con el fin de que los países y sus sociedades emprendan una ruta para mejorar la vida de

todos, sin ningún tipo de discriminación. Dentro del objetivo número 16 “Paz, justicia e instituciones sólidas”, se incluye la meta 16.2 “Poner fin al maltrato, la explotación, la trata y todas las formas de violencia y tortura contra los niños” (58).

Convención sobre los Derechos del Niño

La convención sobre los Derechos del Niño es la primera ley internacional que busca promover y proteger los derechos de la infancia. Es el tratado de derechos humanos más ampliamente ratificado y su cumplimiento es de carácter obligatorio en 194 países, los cuales están obligados a tomar todas las medidas administrativas y legislativas necesarias para dar efectividad a los derechos reconocidos (96,97).

Cuenta con 54 artículos en los que se reconocen a los niños y niñas menores de 18 años los mismos derechos que las personas adultas; además de protección especial debido a su condición de personas en desarrollo y crecimiento, reconociendo que son individuos con derecho de pleno desarrollo físico, mental y social, y con derecho a expresar libremente sus opiniones (96,97). Por ejemplo, algunos artículos que propenden por la protección contra la violencia física y sexual en NNA son:

Artículo 19: Protección contra los malos tratos

Artículo 34: Protección frente a la explotación sexual

Artículo 37: Protección contra torturas y penas crueles.

Artículo 39: Promoción de la recuperación física y psicológica de todo niño víctima de cualquier forma de abandono, explotación, abuso, tortura, tratos o penas crueles o degradantes o conflictos armados.

Estrategias INSPIRE

Bajo la coordinación de la OMS y el CDC, diferentes organizaciones internacionales, diseñaron un conjunto de siete estrategias basadas en evidencia para fortalecer

programas de prevención para reducir la violencia en la niñez. Comprenden la implementación y vigilancia del cumplimiento de las leyes; normas y valores; seguridad en el entorno; apoyo para padres, madres y cuidadores; ingresos y fortalecimiento económico; respuesta de los servicios de atención y apoyo; y educación y aptitudes para la vida. Por otro lado, INSPIRE incluye dos actividades transversales que contribuyen a vincular y a fortalecer estas siete estrategias, así como a evaluar el progreso hacia su aplicación, estas actividades son la actuación y coordinación multisectorial y el seguimiento y evaluación (2).

Marco normativo en Colombia

Ley 12 de 1991 "Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos Del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989"

Esta ley ratifica dicha Convención en Colombia y hace que sea obligatorio su cumplimiento. El artículo 19° en su primer numeral, insta a los estados a adoptar *“todas las medidas legislativas, administrativas, sociales y educativas apropiadas para proteger al niño contra toda forma de perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación, incluido el abuso sexual, mientras el niño se encuentre bajo la custodia de los padres, de un representante legal o de cualquier otra persona que lo tenga a su cargo”* (98).

Constitución Política de Colombia de 1991

Es el documento que “busca fortalecer la unidad de la Nación y asegurar a sus integrantes la vida, la convivencia, el trabajo, la justicia, la igualdad, el conocimiento, la libertad y la paz, dentro de un marco jurídico, democrático y participativo que garantice un orden político, económico y social justo”. Dentro de sus artículos, incluye la obligatoriedad de la protección de los derechos de los niños, como se muestra a continuación:

Artículo 44.

“Son derechos fundamentales de los niños: la vida, la integridad física, la salud y la seguridad social, la alimentación equilibrada, su nombre y nacionalidad, tener una familia y no ser separados de ella, el cuidado y amor, la educación y la cultura, la recreación y la libre expresión de su opinión. Serán protegidos contra toda forma de abandono, violencia física o moral, secuestro, venta, abuso sexual, explotación laboral o económica y trabajos riesgosos” (99).

Ley 1098 de 2006 - Código de Infancia y Adolescencia

Establece las normas para la protección integral de los niños, niñas y adolescentes, y obliga a la garantía y restablecimiento en el ejercicio de sus derechos y libertades. De este modo, contempla principios y normas como la protección integral, el interés superior de los niños, niñas y adolescentes, la prevalencia de sus derechos, la corresponsabilidad y la exigibilidad de sus derechos (100).

Ley 2089 de 2021 “Por medio de la cual se prohíbe el uso del castigo físico, los tratos crueles, humillantes o degradantes y cualquier tipo de violencia como método de corrección contra niñas, niños y adolescentes y se dictan otras disposiciones”

Esta ley prohíbe el castigo físico, definido como *“aquella acción de crianza, orientación o educación en que se utilice la fuerza física y que tenga por objeto causar dolor físico, siempre que esta acción no constituya conducta punible de maltrato o violencia intrafamiliar”* y propende por una crianza, orientación o educación sin violencia, respetando los derechos y la dignidad de la niña, niño o adolescente (101)

También adiciona el Artículo 18-A a la Ley 1098 de 2006, sobre *“el derecho de los niños, las niñas y lo adolescentes al buen trato, a recibir orientación, educación cuidado y*

disciplina, por medio de métodos no violentos, en el contexto de los derechos de los padres o de quien ejerza la patria potestad de criarlos y educarlos en sus valores/creencias” (101).

Finalmente, establece una estrategia nacional pedagógica y de prevención que *“promoverá la participación de los padres de familia para identificar e ilustrar alternativas y prácticas para educar, orientar y disciplinar sin violencia, respetando siempre los derechos de los padres sobre la educación de sus hijos en cuanto a valores, ideologías o creencias”*. Adicionalmente, refiere que esta estrategia *“promoverá la inclusión de elementos en materia de salud mental, tratamiento psicológico y manejo psicoemocional” (101)*

Asimismo, refiere que *“el Gobierno Nacional podrá crear centros de formación y ofertar cursos o brindar herramientas a través de organizaciones sociales, las escuelas de padres, entre otras, dirigidas hacia las familias, los padres o quienes ejercen la patria potestad o las personas encargadas de cuidar niños, niñas y adolescentes. Además, realizará acciones de difusión, sensibilización y acompañamiento para prevenir el uso del castigo físico, Articulará esta estrategia con lo dispuesto en el Artículo 6 de la Ley 1959 de 2019” (101).*

Otras normativas vigentes en Colombia

Respecto a otras normativas en Colombia, según el reporte global para la prevención de la violencia en Colombia del año 2014 los planes de acción para la prevención de la violencia en niños, niñas y adolescentes involucran leyes como la ley estatutaria contra violación, la prohibición del castigo corporal, la ley contra armas en centros educativos, la ley contra pandillas y asociaciones delictivas, así como la ley sobre edad legal para contraer matrimonio a los 18 años. También involucran programas como la educación a padres, el entrenamiento para reconocer y evitar abusos sexuales, el enriquecimiento de programas preescolares, las competencias de vida y desarrollo, programas de mentoría, supervisión después del colegio y programas anti matoneo en colegios (102).

3. HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis de investigación

Ser víctima de violencia física durante la infancia y la adolescencia está asociado con factores contextuales, familiares y/o individuales.

3.2 Hipótesis estadísticas

Hipótesis nula -Ho: La violencia física durante la infancia y la adolescencia no está asociada con factores contextuales, familiares y/o individuales.

Hipótesis alterna -Ha: La violencia física durante la infancia y la adolescencia está asociada con factores contextuales, familiares y/o individuales.

4. OBJETIVOS

4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar los factores contextuales, familiares e individuales que se asocian con violencia física en NNA en Colombia en el año 2018, con el fin de encontrar puntos clave que puedan ser priorizados para realizar intervenciones sobre esta problemática en Colombia.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- I. Describir los factores contextuales, familiares e individuales (que se pueden encontrar en EVCNNA) de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física.

- II. Establecer las relaciones entre factores contextuales, familiares e individuales (que se pueden encontrar en EVCNNA) con la violencia física durante la niñez y la adolescencia.
- III. Determinar los factores contextuales, familiares e individuales (que se pueden encontrar en EVCNNA) que se asocian a la violencia física en NNA.

5. METODOLOGÍA

5.1 ENFOQUE METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

Esta investigación se basará en los paradigma positivista y post-positivista, los cuales se califican como cuantitativos, empírico-analíticos, racionales y objetivos. En los cuales el conocimiento es válido si está basado en la observación de los hechos sensibles, los cuales se pueden analizar mediante la lógica deductiva y la matemática, a partir del uso de teoría previa, con el fin de generar teoría nueva para ser contrastada, verificada y reproducida (103,104).

Con base en lo anterior, este estudio busca describir y analizar el fenómeno de la violencia en niños, niñas y adolescentes, utilizando datos de variables significativas, identificadas mediante una revisión previa de literatura con respecto a esta problemática. Estos fueron analizados con técnicas de estadística univariada, bivariada y multivariada y mediante el contraste de hipótesis, con el fin de expresarlo numéricamente en resultados y conclusiones, los cuales se presentaron en tablas, diagramas y modelos estadísticos (104,105).

5.2 TIPO DE ESTUDIO

Estudio observacional de corte transversal con componente analítico y fuente de información secundaria (106,107) a partir de datos recolectados la “*Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018*” (51). No tuvo asignación por parte del equipo investigador de ninguna intervención ni factores del estudio; los datos se

recogieron en un momento específico del tiempo sin realizar seguimiento prospectivo ni retrospectivo y posteriormente la base de datos fue entregada a las investigadoras; finalmente, se realizaron pruebas de estadísticas buscando asociación no causal entre las variables independientes y la dependiente.

5.3 POBLACIÓN DE REFERENCIA

Población civil, no institucionalizada, de 13 a 19 años, residentes en zonas urbanas y rurales de 1122 municipios de 32 departamentos de Colombia y Bogotá D.C sin limitaciones para contestar la encuesta ni vivir en municipios priorizados por conflicto armado. Es la población a la cual se podrán aplicar los resultados de este estudio con base en los objetivos propuestos inicialmente (108).

5.4 MUESTRA

Todos los registros incluidos en la base de datos nacional de la EVCNNA 2018, suministrada por el ministerio de salud, que cumplieron los siguientes criterios de inclusión y exclusión (108):

Criterios de inclusión:

Registros:

- Haber respondido alguna de las preguntas correspondientes a la variable de este estudio “violencia física”.
- Haber respondido tener una edad menor a 19 años al momento de realizar la encuesta de acuerdo con la definición de adolescencia de la OMS, ya que en la encuesta permitían población de hasta 24 años, que se sale de la población de referencia.

Variables:

- Tasa de respuesta mayor al 70%, tomando el “no sabe/no responde” como valores perdidos, a menos que sean de crucial interés para las investigadoras o que por marco teórico se considere que deben ser incluidas.

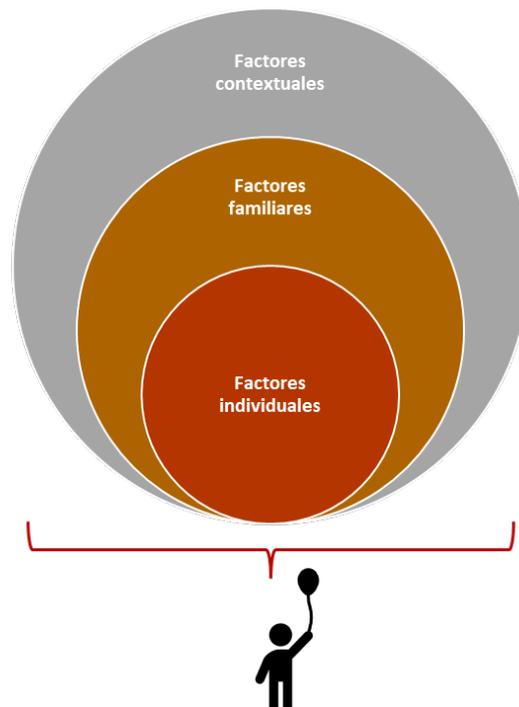
Criterios de exclusión:

- Hacer parte de la base de datos de municipios priorizados por conflicto armado.
- Haber respondido una edad mayor a 19 años o no haber respondido la pregunta edad al momento de realizar la encuesta.

5.5 DESCRIPCIÓN DE LAS VARIABLES

5.5.1 Diagrama de variables

Figura 1. Diagrama de las variables de estudio



5.5.2 Tabla 2. Tabla de variables

VARIABLE	CONCEPTO	RESULTADO	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN
VARIABLES INDEPENDIENTES				
VARIABLES CONTEXTUALES				
Departamento	Departamento dónde se encuentra la vivienda reportada por los participantes en la encuesta EVCNNA	05=10, 08=11, 11=12, 13=13, 15=14, 17=15, 18=16, 19=17, 20=18, 23=19, 25=20, 27=21, 41=22, 44=23, 47=24, 50=25, 52=26, 54=27, 63=28, 66=29, 68=30, 70=31, 73=32, 76=33, 81=34, 85=35, 86=36, 88=37, 91=38, 94=39, 95=40, 97=41, 99=42	Cualitativa	Nominal
Zona	Ubicación de la vivienda dependiendo si es o no cabecera	1=Cabecera, 2=Resto	Cualitativa	Nominal
Estrato socioeconómico	Estrato socioeconómico marcado en el recibo de energía	1= estrato 0 y 1 2= Estrato 2 3= estrato 3 4= estrato 4 5= estrato 5 6=estrato 6 7= No sabe/ No responde.	Cualitativa	Nominal
VARIABLES INDIVIDUALES				
Edad	Edad en años cumplidos	Número entero de 13 a 18.	Cuantitativa	Razón
Sexo	Sexo reportado por los participantes en la encuesta EVCNNA	1=Hombre 2= Mujer	Cualitativa	Nominal
Etnia*	Reconocimiento étnico del participante	1 = Mestizo 2= Minoría étnica 3=Diferente a mestizo o minoría étnica reconocida 4=No sabe/ No responde	Cualitativa	Nominal
Escolaridad	Nivel educativo más alto alcanzado por el participante	1=Ninguno 2=Preescolar 3=Básica primaria (1° - 5°) 4=Básica secundaria (6° - 9°) 5=Media (10° - 13°) 6=Técnico 7=Tecnológico 8=Superior o universitaria	Cualitativa	Ordinal
Orientación sexual*	Orientación sexual	1=Heterosexual 2=LGBTIQA+ 3=No sabe/ No responde	Cualitativa	Nominal

VARIABLE	CONCEPTO	RESULTADO	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN
Ausentismo escolar por situaciones de violencia	Ausentismo escolar por situaciones de violencia en la comunidad o por ser víctima directa	1=Si 2=No 3=No sabe/ No responde	Cualitativa	Nominal
Haber sido victimario de violencia física*	Haber ejercido actos de violencia física	1=Si 2=No 3=No sabe/ No responde	Cualitativa	Nominal
Consumo de sustancias psicoactivas	Haber consumido SPA en el último mes	1=Si 2=No 3=No sabe/ No responde	Cualitativa	Nominal
Consumo problemático de alcohol*	Haber tenido consumo problemático de alcohol en el último mes	1=Si 2=No 3=No sabe/ No responde	Cualitativa	Nominal
Violencia sexual*	Haber sido víctima de cualquier actividad o contacto sexual sin consentimiento.	1=Si 2=No 3= No sabe/No responde	Cualitativa	Nominal
Percepción de castigo físico al menor	Considerar aceptable que el cuidador castigue físicamente a un niño	1=Si 2=No 3=No sabe/ No responde	Cualitativa	Nominal
Síntomas de ansiedad*	Haber presentado síntomas relacionados con ansiedad en los últimos 30 días	1=Si 2=No 3=No sabe/ No responde	Cualitativa	Nominal
Síntomas de depresión*	Haber presentado síntomas relacionados con depresión en los últimos 30 días	1=Si 2=No 3=No sabe/ No responde	Cualitativa	Nominal
Conductas autolesivas	Haber realizado conductas autolesivas alguna vez en la vida	1=Si 2=No 3=No sabe/ No responde	Cualitativa	Nominal
Ideación o intento suicida*	Alguna vez ha pensado en quitarse la vida o ha realizado acciones con el fin de quitarse la vida	1=Si 2=No 3=No sabe/ No responde	Cualitativa	Nominal
VARIABLES FAMILIARES				
Recibir ayuda económica de alguna entidad*	Haber recibido ayudas económicas por alguna entidad pública o privada en el último año	1=Si 2=No 3=No sabe/ No responde	Cualitativa	Nominal

VARIABLE	CONCEPTO	RESULTADO	TIPO	NIVEL DE MEDICIÓN
Miembro del hogar en el RUV	Inclusión en el RUV de algún miembro del hogar	1=Si 2=No 3=No sabe/ No responde	Cualitativa	Nominal
Cercanía con madre biológica*	Percepción de cercanía con madre biológica	1=Cercana 2= No cercana 3= No sabe/No responde	Cualitativa	Nominal
Cercanía con padre biológico*	Percepción de cercanía con padre biológico	1=Cercana 2= No cercana 3= No sabe/No responde	Cualitativa	Nominal
Violencia a la mujer en cuidadores*	Haber presenciado o escuchado violencia física a madre o madrastra por padre o padrastro	1=Si 2=No 3=No sabe/ No responde	Cualitativa	Nominal
Violencia a hermanos por los cuidadores*	Haber presenciado o escuchado violencia física a hermanos de la menor ejercida por cuidadores	1=Si 2=No 3= No tiene hermanos 4=No sabe/ No responde	Cualitativa	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE				
VIOLENCIA FÍSICA				
Violencia física*	Haber sido víctima del uso intencional de fuerza física o implementos contra el NNA que resulta o tiene el potencial de resultar en daño físico	1=Si 2=No 3=No sabe/ No responde	Cualitativa	Nominal

*Información completa de las variables en la tabla de variables dummie anexa.

5.6 TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

5.6.1 Fuentes de información

Fuente de información secundaria dado que se tomaron los registros de la **“Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018”**. A continuación, se enuncian los apartados metodológicos más importantes de la encuesta utilizada:

La EVCNNA en Colombia se hizo con el objetivo de conocer la prevalencia de la violencia física, sexual y psicológica contra niños, niñas y adolescentes; para lo cual se

encuestaron personas entre los 13 y 24 años durante el 21 de agosto y el 24 de octubre de 2018 (51).

Instrumentos y recolección de la información de la EVCNNA:

La recolección de datos se realizó mediante un cuestionario para los jefes del hogar seleccionado y cuestionarios para los NNA participantes, dependiendo de si eran hombres o mujeres. Se utilizó el cuestionario realizado por el CDC para las EVCNNA a nivel global, adaptado al español luego de realizar encuestas cognitivas y evaluaciones cualitativas, así como de tener en cuenta el contexto local y cultural (51).

El cuestionario para los participantes incluyó aproximadamente 300 preguntas que incluyeron temas como demografía; relaciones padre-hijo, educación, vínculos generales con la familia, amigos y comunidad; creencias de género; seguridad; presenciar violencia en el hogar o en la comunidad; historia sexual y conductas de riesgo; eventos de violencia física, sexual y psicológica; comisión de conductas violentas, embarazo; condiciones de salud y conductas de riesgo; si informaron sobre los eventos violentos, si buscaron y utilizaron servicios; orientación sexual, desplazamiento interno, remesas, migración, bullying, sexo en línea, porte de armas y violencia comunitaria (51).

Se realizó una capacitación a los líderes de equipo y encuestadores en cuanto a temas de violencia en NNA y en temas de recolección, entrada de la información y remisión de víctimas de violencia. Adicionalmente, se realizó una prueba piloto en zona urbana y rural (51).

Población de la EVCNNA: población civil, no institucionalizada, de 13 a 24 años, residentes en zonas urbanas y rurales de 1122 municipios de 32 departamentos de Colombia y Bogotá D.C sin limitaciones para contestar la encuesta.

Criterios de inclusión EVCNNA:

- Estar viviendo en los hogares muestreados en Colombia
- Tener entre 13 y 24 años en el momento de la encuesta
- Hablar español fluidamente

Criterios de exclusión EVCNNA:

- No estar en capacidad de entender y/o responder las preguntas de la encuesta debido a una deficiencia cognitiva o discapacidad física significativa.
- Vivir o residir en instituciones como hospitales, prisiones, hogares geriátricos u otras similares.

Muestra EVCNNA

Para esta investigación se utilizaron los datos recogidos de todos los participantes de la EVCNNA, la cual tuvo el siguiente diseño muestral:

Tomó una submuestra de la Muestra Maestra de Hogares para Estudios en Salud diseñada por el Ministerio de Salud y Protección Social. Incluyó 2 estratos: nacional y 170 municipios priorizados históricamente afectados por el conflicto armado; adicionalmente, tuvo una sobre muestra de 20% en áreas específicas de las cuatro principales ciudades del país, Bogotá, Cali, Medellín y Barranquilla.

De esta manera obtuvieron el siguiente número de NNA para la muestra:

Nacional: 1299 hombres con una tasa de respuesta del 48% y 1406 mujeres con una tasa de respuesta de 54%.

Municipios priorizados (170): 1211 hombres con una tasa de respuesta del 56% y 1302 mujeres con una tasa de respuesta del 57%.

Finalmente, de acuerdo con la tasa de respuesta se obtuvieron 5218 encuestas (51).

Calidad del dato de la EVCNNA

Para asegurar la calidad de los datos recolectados, al realizar la EVCNNA se tuvo en cuenta:

- El tamaño de la muestra fue suficientemente representativo geográficamente (totalidad de departamentos y municipios de Colombia).
- La de tasa de respuesta demuestra equilibrio y homogeneidad de la distribución de la muestra entre hombres y mujeres.
- El equipo de encuestadores recibió entrenamiento teórico y práctico – prueba piloto.
- La encuesta siguió un flujo lógico dependiendo de las respuestas recibidas durante el desarrollo de la entrevista.
- Se usaron unidades secundarias de muestreo para evitar realizar la encuesta a la víctima y al agresor.
- Acompañamiento asistencial e institucional favorecieron confidencialidad de los encuestados.
- Las entrevistas se realizaron en lugares privados y aislados de la casa (51).

VARIABLES DE LA EVCNNA:

La EVCNNA tuvo en cuenta un total de 461 variables en torno a la violencia contra niños, niñas y adolescentes (51). Se adjunta el diccionario de variables de la encuesta como Anexo 1.

5.6.2 Proceso de obtención de la información

Para la realización del presente estudio se envió una solicitud formal al Ministerio de Salud y Protección Social solicitando la base de datos de la encuesta EVCNNA 2018, quienes respondieron mediante correo electrónico enviando el link para descarga de esta el 02 de marzo del 2021. Dentro de la carpeta se encontraron los siguientes documentos: base de datos anonimizada nacional, base de datos anonimizada de municipios priorizados, diccionarios de variables para cada una de las bases, documentos metodológicos, resumen ejecutivo de la encuesta e instrumentos utilizados.

A partir de la base de datos anonimizada nacional se realizó una subbase de datos con las modificaciones necesarias para obtener las variables definitivas seleccionadas para la realización del estudio de acuerdo con el marco teórico.

5.7 CONTROL DE ERRORES Y SESGOS

Se realizó una revisión minuciosa por cada una de las 2 investigadoras para verificar el estado inicial de las bases de datos, identificando que las variables incluidas correspondieran con el diccionario adjuntado por el Ministerio.

Para la selección de las variables a estudiar se tuvo en cuenta una revisión de la literatura sobre los factores asociados a violencia en niños, niñas y adolescentes, encontrando una clasificación en: individuales, familiares y contextuales. A partir de esto se identificaron las variables relacionadas con violencia física en la base de datos, verificando que las respuestas correspondían con las opciones válidas para cada pregunta, se crearon las variables dummy necesarias y se categorizaron en cada uno de estos grupos. Posteriormente, se seleccionaron para el estudio aquellas que tuvieran un porcentaje de respuesta mínimo del 70% por parte de los participantes menores de 19 años, excepto en la variable escolaridad, donde se aceptó un porcentaje de respuesta menor, debido a

su relevancia encontrada en la literatura para el desenlace de violencia en niños, niñas y adolescentes.

La revisión y adecuación de la base de datos se hizo de manera independiente por cada una de las investigadoras y posteriormente de manera conjunta para evitar equivocaciones. Finalmente, se construyó la subbase de datos definitiva con la cual se realizaron los análisis estadísticos.

Posibles sesgos de este estudio:

a. Sesgo de selección:

- i. No se incluyeron los municipios priorizados dado que probablemente la población difiera de manera importante con la población nacional, sin embargo, en el informe final se aclara que los resultados y conclusiones no deben ser aplicados a esta población.
- ii. Sesgo de selección de las variables, para lo cual se excluyeron aquellas con un porcentaje de respuesta menor al 30% tomando la opción de respuesta “no sabe/no responde” como datos perdidos, a menos que fueran de crucial interés para el investigador o que por marco teórico se considerara que debían ser incluidas.

b. Sesgo de información:

- i. Al conocer los resultados descriptivos generales de la EVCNNA puede ocurrir una desviación al momento de seleccionar las variables a incluir en el estudio; para esto las investigadoras limitaron la selección de las variables a partir del marco teórico sin incluir una revisión previa de los resultados de la EVCNNA.
- ii. Debido a la sensibilidad del tema de la violencia, en las preguntas concernientes a violencia física, es probable que los NNA víctimas no se identifiquen como tal. Al ser información secundaria no se puede controlar el sesgo desde la recolección de los datos sin embargo se conoce que la calidad metodológica de la EVCNNA trató de disminuirlo y se declara en el informe final.

iii. En cuanto al consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, es probable que los NNA no respondan las preguntas concernientes a este tema con veracidad dado las implicaciones y prohibiciones de esto en menores de edad. Al ser información secundaria no se puede controlar el sesgo sin embargo a nivel metodológico la EVCNNA trató de evitarlo.

c. Confusión

i. Se realizó un análisis multivariado para controlar el efecto confusor de algunas variables.

5.8 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se construyó una subbase de datos con las variables y registros que cumplieron los criterios de inclusión. Se ajustó tomando las opciones de respuesta 98: No sabe y 99: No responde, en cada una de las variables y construyendo una opción única – No sabe, no responde-. Las modificaciones adicionales requeridas para algunas variables independientes se presentan en el Anexo 2.

La base de datos definitiva para el estudio se importó desde Excel al programa Jamovi (109) donde se procesaron los análisis estadísticos, así:

Análisis de los datos

Con respecto al objetivo “*I. Describir los aspectos contextuales, familiares e individuales de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física*”; para todas las variables independientes contextuales, familiares e individuales del estudio, a excepción de la variable edad, así como para la variable dependiente violencia física se hicieron tablas de frecuencia, se calcularon porcentajes y para las más relevantes se realizaron gráficos de barras y circulares en el programa Excel. Además, para la variable edad se comprobó la normalidad y se calculó la media y la desviación estándar (110).

Para alcanzar el objetivo *“II. Establecer las asociaciones entre factores contextuales, familiares e individuales con ser víctima de violencia física durante la niñez y la adolescencia”*; se realizó la prueba de Chi cuadrado de asociación con la variable Violencia física para todas las variables independientes contextuales, familiares e individuales del estudio a excepción de departamento, escolaridad y edad (111). Para realizar este análisis se dicotomizaron las variables incluyendo la opción de respuesta “No sabe/ no responde” dentro de la opción de respuesta “No”, en vez de contar esos datos como perdidos, para conservar el tamaño de la muestra (n) y no disminuir la potencia del estudio (112).

Para alcanzar el objetivo *“II. Establecer las asociaciones entre factores contextuales, familiares e individuales con ser víctima de violencia física durante la niñez y la adolescencia”*; se realizó la prueba de Chi cuadrado de asociación con la variable Violencia física para todas las variables independientes contextuales, familiares e individuales del estudio a excepción de departamento, escolaridad y edad (138). Para realizar este análisis se dicotomizaron las variables incluyendo la opción de respuesta “No sabe/ no responde” dentro de la opción de respuesta “No”, en vez de contar esos datos como perdidos, para conservar el tamaño de la muestra (n) y no disminuir la potencia del estudio (139).

Para la variable edad, dado su distribución normal, se realizó la prueba T-student para muestras independientes con la variable Violencia física (113).

Para alcanzar el objetivo *“III.Determinar los factores contextuales, familiares e individuales que explican de manera estadística la violencia física en NNA”* se realizó un modelo de regresión logística, incluyendo todas las variables independientes contextuales, familiares e individuales que tuvieron en el análisis bivariado un valor de $p < 0.25$. Se encontraron los OR con sus intervalos de confianza (114).

5.9 DIVULGACIÓN DE RESULTADOS

Se generará un artículo académico exponiendo los resultados obtenidos y las conclusiones generadas a partir de la investigación, el cual será enviado para publicación en una revista indexada.

6. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Esta investigación aceptó y adoptó los principios éticos para investigación médica en seres humanos establecidos por la Declaración de Helsinki de la Asamblea Médica Mundial (115), buscando comprender los factores que se asocian con el maltrato infantil en Colombia como un problema de salud pública y contribuir al diseño de intervenciones adecuadas. Además, es una investigación que respetó la confidencialidad de los participantes ya que se usó una base de datos previamente anonimizada, y según la información de recolección de la información inicial de la EVCNNA se sabe que los participantes firmaron consentimiento informado previo a contestar las preguntas; finalmente, los resultados del estudio serán divulgados de manera abierta para poder ser consultados.

También, la Resolución 8430 de 1993 *“Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud”* en Colombia (116); definiéndose como una investigación **sin riesgo**, dado que se realizó el análisis de fuentes secundarias con datos previamente recolectados y anonimizados con garantía del respeto a la dignidad, protección de los derechos y bienestar de los sujetos encuestados.

Adicionalmente, se tuvo en cuenta la Ley 1581 de 2012 *“Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales”* en Colombia, garantizando que la base de datos utilizada fue obtenida teniendo en cuenta los principios de legalidad, finalidad, libertad, veracidad, transparencia, acceso y circulación restringida,

seguridad y confidencialidad (117). De esta manera, al momento de recibirla, ninguno de los participantes podía ser identificado a partir de la información allí contenida.

Previo a la utilización de la base de datos de la EVCNNA 2018 (51), se verificó que la recolección de esta información tuviera las garantías éticas necesarias, lo cual estaba declarado en la encuesta así:

- La encuesta tuvo una perspectiva centrada en los derechos humanos con énfasis en la protección de poblaciones vulnerables y no revictimización.
- Para la realización de encuestas en menores de edad se obtuvo previamente el consentimiento informado del jefe del hogar (JH) y el asentimiento informado de los NNA participantes.
- Para la realización de encuestas en mayores de edad se obtuvo el consentimiento informado de los participantes.
- Se siguieron las directrices y recomendaciones de la OMS para la obtención del consentimiento informado para preguntas sobre violencia doméstica y sobre la definición del estudio en términos distintos a la violencia. No se dejó de informar a los JH, de la manera más completa posible, sobre el contenido de la encuesta; sin embargo, no se corrió el riesgo de represalias en contra de los encuestados/as o encuestadores.
- La encuesta se llevó a cabo en un lugar privado y aislado (exteriores).
- Los encuestadores recibieron una capacitación sobre primeros auxilios psicológicos y ofrecieron remisiones gratuitas y directas a quienes reportaron ser víctimas de violencia, mostraron alteraciones emocionales durante la encuesta, pidieron ayuda directamente, fueron un caso agudo (<24 horas).
- El estudio de la encuesta fue sometida y aprobada por dos comités de ética, nacional e internacional.

Al comprobar que los datos fueron recogidos con una aproximación ética adecuada, la base de datos anonimizada se solicitó al Ministerio de Salud, con fines académicos,

quienes la entregaron directamente a las investigadoras. Se verificó que tuviera los datos anonimizados de todos los participantes previo a su manipulación con fines del estudio.

Finalmente, este proyecto fue sometido y aprobado mediante evaluación expedita por el Comité de ética de la Universidad del Rosario (anexo 3); todos los investigadores y asesores declaran no tener ningún conflicto de interés.

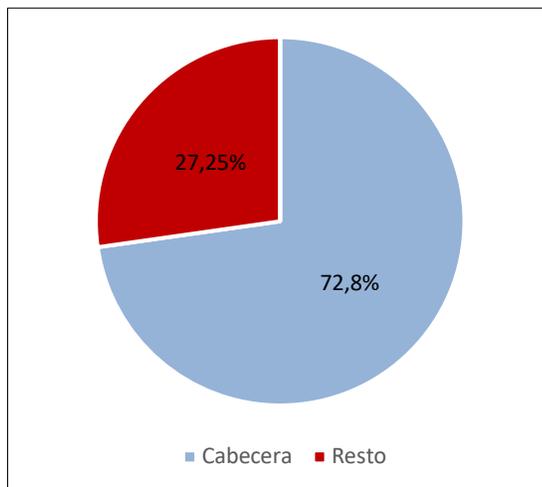
7. RESULTADOS

7.1 FACTORES CONTEXTUALES, FAMILIARES E INDIVIDUALES DE LOS NNA

7.1.1 FACTORES CONTEXTUALES DE LOS NNA

La mayoría de los NNA estuvieron ubicados en cabeceras y cerca al 30% estuvo ubicado en zonas rurales (Figura 1); siendo esto similar tanto en el grupo de víctimas de violencia física como en el de no víctimas. Hubo participantes de los 32 departamentos de Colombia, dentro de los cuales, los cinco departamentos en los que se encontró el mayor porcentaje de NNA fueron en orden descendente: Valle del Cauca (8.5%), Atlántico (7.6%), Antioquia (6.6%), Guainía (4.8%) y Amazonas (4,2%); mientras que los departamentos con menos representación fueron San Andrés (1.5%) Cundinamarca (1.6%), Magdalena (1.4%), Caldas (1.4%) y Guaviare (0.9%). Por su parte, Bogotá tuvo una participación importante con 3.9% de los participantes.

Figura 2. Distribución porcentual de los niños, niñas y adolescentes, según zona de procedencia. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018



El porcentaje más alto de NNA víctimas de violencia física estuvo ubicado en el Valle del Cauca (9.8%), seguido por Antioquia (8.3%) y el menor porcentaje estuvo en los departamentos de Guaviare (0.6%) y San Andrés con 0.8%. Dentro del grupo de NNA que no fueron víctimas de violencia el mayor porcentaje se encontró en Atlántico (9.5%) y el menor en Caldas (0.9%).

La mayoría de los NNA indicó vivir en residencias ubicadas en estratos bajos 0 y 1 con un 51.3%, seguido por el estrato 2 con 24.2%; los estratos medio y alto, solamente representaron el 3.1%, siendo interesante que los participantes que respondieron “No sabe/ no responde” correspondieron al 9.4%, superando la proporción de personas en estos últimos estratos, y que no hubo ningún participante perteneciente al estrato 6. La distribución porcentual de los participantes de los grupos de violencia física y no violencia física fue similar al comportamiento general de la variable explicado anteriormente.

Figura 3. Distribución porcentual de los niños, niñas y adolescentes, según estrato socioeconómico. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018

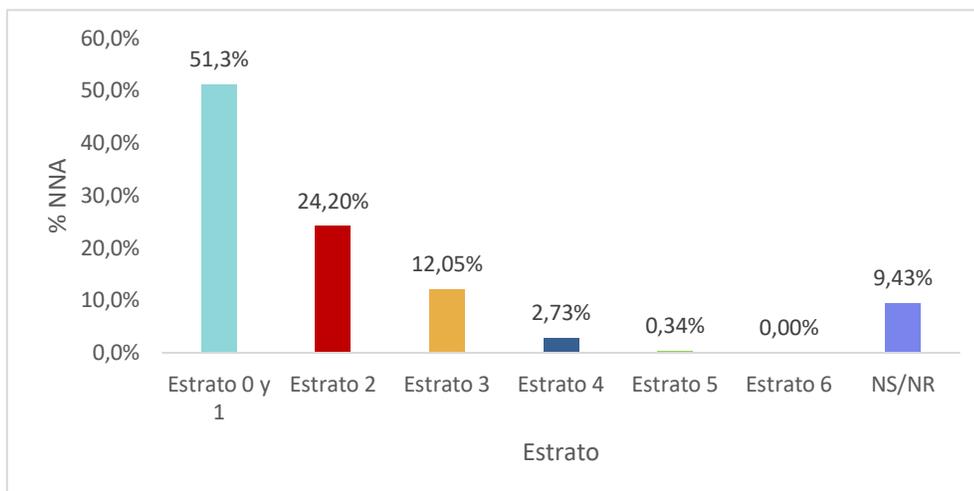


Tabla 3. Distribución de los niños, niñas y adolescentes según factores contextuales, de acuerdo con victimización por violencia física. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018

Factores contextuales	Víctimas de violencia física n= 530 (48,6%)		No víctimas de violencia física n= 560 (51.38%)		Total n= 1090 (100%)	
	f	%	f	%	f	%
Departamento (n=1090)						
05: Antioquia	44	8,30%	28	5,00%	72	7%
08: Atlántico	30	5,66%	53	9,46%	83	8%
11: Bogotá D.C.	26	4,91%	17	3,04%	43	4%
13: Bolívar	13	2,45%	10	1,79%	23	2%
14: Boyacá	17	3,21%	21	3,75%	38	3%
15: Caldas	10	1,89%	5	0,89%	15	1%
16: Caquetá	17	3,21%	16	2,86%	33	3%
17: Cauca	6	1,13%	17	3,04%	23	2%
18: Cesar	5	0,94%	15	2,68%	20	2%
19: Córdoba	11	2,08%	21	3,75%	32	3%
20: Cundinamarca	8	1,51%	9	1,61%	17	2%
21: Chocó	14	2,64%	19	3,39%	33	3%
22: Huila	23	4,34%	16	2,86%	39	4%
23: La Guajira	7	1,32%	14	2,50%	21	2%
24: Magdalena	7	1,32%	8	1,43%	15	1%

Factores contextuales	Víctimas de violencia física n= 530 (48,6%)		No víctimas de violencia física n= 560 (51.38%)		Total n= 1090 (100%)	
	f	%	f	%	f	%
Departamento (n=1090)						
25: Meta	15	2,83%	16	2,86%	31	3%
26: Nariño	16	3,02%	14	2,50%	30	3%
27: Norte de Santander	21	3,96%	22	3,93%	43	4%
28: Quindío	12	2,26%	10	1,79%	22	2%
29: Risaralda	10	1,89%	15	2,68%	25	2%
30: Santander	17	3,21%	7	1,25%	24	2%
31: Sucre	18	3,40%	15	2,68%	33	3%
32: Tolima	18	3,40%	13	2,32%	31	3%
33: Valle del Cauca	52	9,81%	41	7,32%	93	9%
34: Arauca	16	3,02%	11	1,96%	27	2%
35: Casanare	13	2,45%	10	1,79%	23	2%
36: Putumayo	10	1,89%	8	1,43%	18	2%
37: San Andrés	4	0,75%	12	2,14%	16	1%
38: Amazonas	17	3,21%	29	5,18%	46	4%
39: Guainía	20	3,77%	32	5,71%	52	5%
40: Guaviare	3	0,57%	7	1,25%	10	1%
41: Vaupés	22	4,15%	12	2,14%	34	3%
42: Vichada	8	1,51%	17	3,04%	25	2%
Total	530	100,00%	560	100,00%	1090	100%
Zona (n=1090)						
Cabecera	378	71,32%	415	74,11%	793	73%
Resto	152	28,68%	145	25,89%	297	27%
Total	530	100,00%	560	100,00%	1090	100%
Estrato socioeconómico (n=880)						
Estrato 0 y 1	212	50,24%	239	52,18%	451	51%
Estrato 2	115	27,25%	98	21,40%	213	24%
Estrato 3	44	10,43%	62	13,54%	106	12%
Estrato 4	8	1,90%	16	3,49%	24	3%
Estrato 5	2	0,47%	1	0,22%	3	0%
Estrato 6	0	0,00%	0	0,00%	0	0%
No sabe/No responde	41	9,72%	42	9,17%	83	9%
TOTAL	422	100,00%	458	100,00%	880	100%

7.1.2 FACTORES FAMILIARES DE LOS NNA

Dentro del grupo de NNA víctimas de violencia física, el 32.5% refirieron que su hogar había recibido ayuda económica de alguna entidad y la mayoría (77.1%) no tenían ningún miembro de la familia inscrito en el RUV, observándose un comportamiento similar en los NNA no víctimas de violencia física, con un 33.6% que refirieron que su hogar había recibido ayuda económica de ninguna entidad y un 80.7% sin miembros de la familia inscritos en el RUV.

En cuanto a la cercanía con los padres, la mayoría de NNA refirieron ser cercanos a ellos; en el caso de la madre, menos del 10% refirió no ser cercano (figura 4) y para el caso del padre, el 27.6% refirieron no ser cercanos (figura 5). Se evidenció que en el grupo de NNA víctimas de violencia hubo mayor proporción que refirieron no ser cercanos al padre, comportamiento que se mantuvo para el caso de la cercanía con la madre, con una diferencia porcentual cercana al 6% en ambos casos (figura 6).

Figura 4. Distribución porcentual de los niños, niñas y adolescentes, según cercanía con la madre con respecto a violencia física. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018

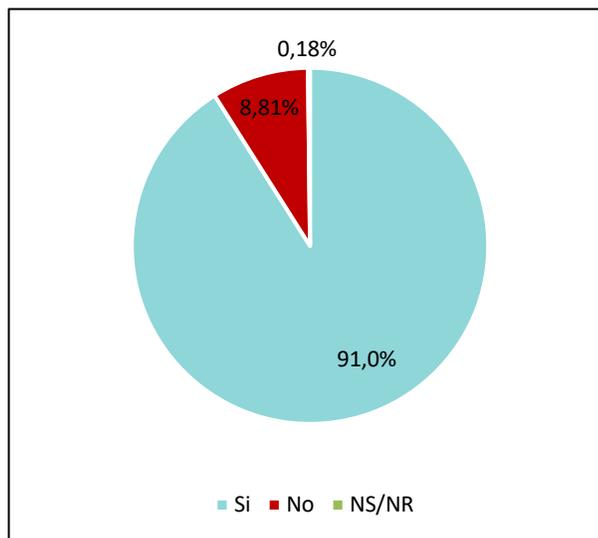


Figura 5. Distribución porcentual de los niños, niñas y adolescentes, según cercanía con el padre. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018

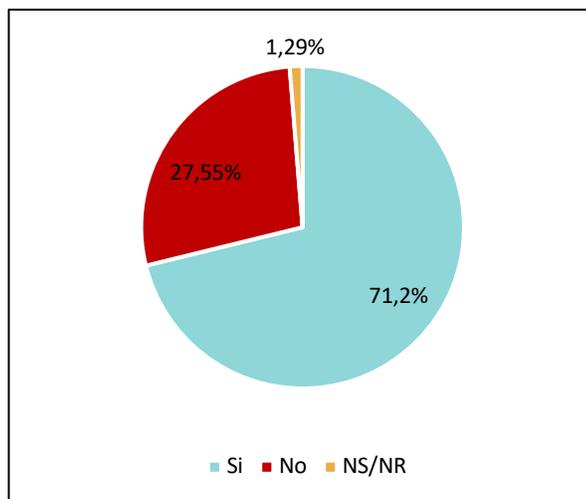
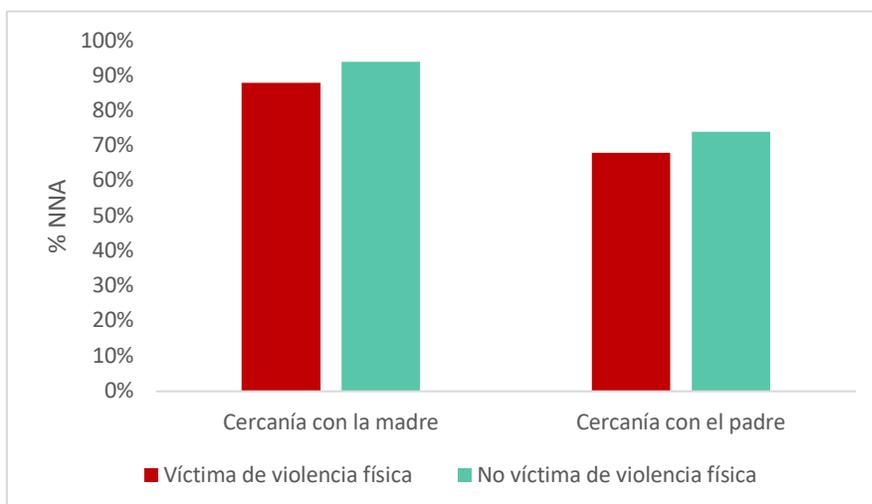


Figura 6. Distribución de los niños, niñas y adolescentes, según cercanía con el padre y la madre, de acuerdo con la presencia o no de violencia física. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018



La mayoría de los participantes refirieron que no hubo violencia contra la mujer en sus cuidadores, tendencia que se mantuvo tanto en víctimas como no víctimas de violencia física. Sin embargo, en el grupo de víctimas de violencia física hubo 18.1% más violencia contra la mujer que en el grupo de no víctimas.

Por su parte, en cuanto a la violencia contra los hermanos en el hogar, el 59.1% de los NNA indicaron que en su hogar no se presentaba este fenómeno, siendo mayor el porcentaje de violencia contra los hermanos en el grupo de víctimas de violencia física que en el de los que no fueron víctimas (34.3% vs 11.1%).

Tabla 4. Distribución de los niños, niñas y adolescentes según factores familiares, de acuerdo con victimización por violencia física. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018

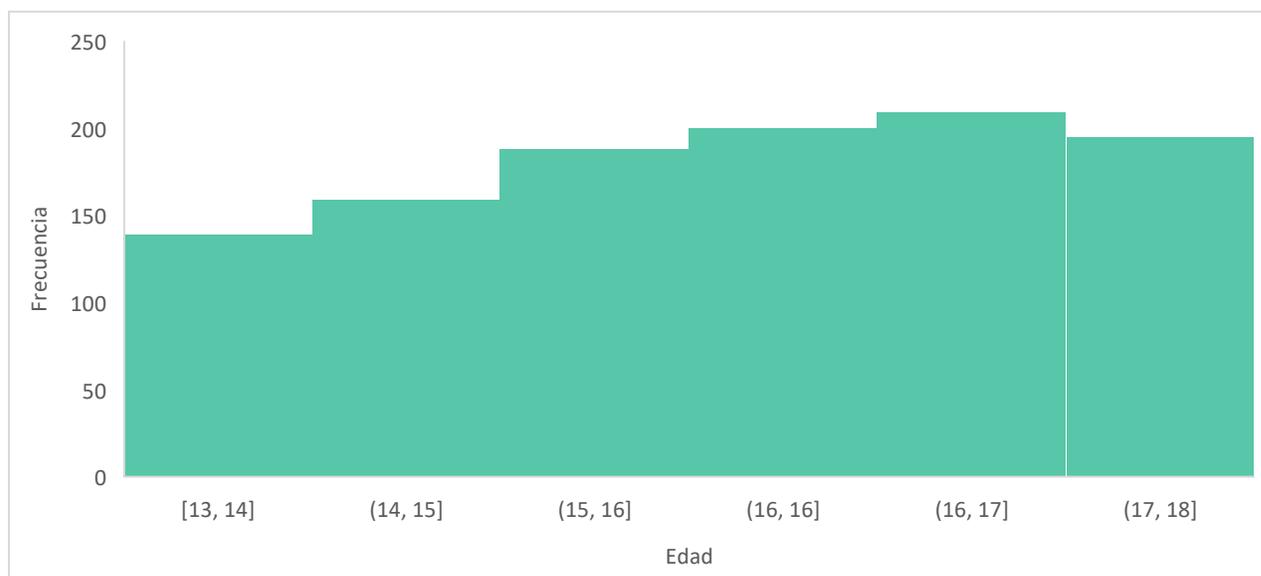
Factores familiares	Víctimas de violencia física n= 530 (48.6%)		No víctimas de violencia física n= 560 (51.38%)		Total n= 1090 (100%)	
	f	%	f	%	f	%
Recibir ayuda económica de alguna entidad (n=941)						
Si	149	32,46%	162	33,61%	311	33,05%
No	309	67,32%	320	66,39%	629	66,84%
No sabe/No responde	1	0,22%	0	0,00%	1	0,11%
Total	459	100,00%	482	100,00%	941	
Miembro del hogar en el RUV (n=941)						
Si	102	22,22%	91	18,88%	193	20,51%
No	354	77,12%	389	80,71%	743	78,96%
No sabe/No responde	3	0,65%	2	0,41%	5	0,53%
Total	459	100,00%	482	100,00%	941	100,00%
Cercanía con madre biológica (n=1090)						
Cercana	466	87,92%	526	93,93%	992	91,01%
No cercana	63	11,89%	33	5,89%	96	8,81%
No sabe/No responde	1	0,19%	1	0,18%	2	0,18%
Total	530	100,00%	560	100,00%	1090	100,00%

Factores familiares	Víctimas de violencia física n= 530 (48.6%)		No víctimas de violencia física n= 560 (51.38%)			Total n= 1090 (100%)
	f	%	f	%	f	%
Cercanía con padre biológico (n=933)						
Cercano	307	68,07%	357	74.07%	664	71,17%
No cercano	138	30,60%	119	24.69%	257	27,55%
No sabe/No responde	6	1,33%	6	1.24%	12	1,29%
Total	451	100,00%	482	100.00%	933	100,00%
Violencia a la mujer en cuidadores (n=1090)						
Si	167	31,51%	75	13,39%	242	22,20%
No	354	66,79%	482	86,07%	836	76,70%
No sabe/No responde	9	1,70%	3	0,54%	12	1,10%
Total	530	100,00%	560	100,00%	1090	100,00%
Violencia a hermanos por los cuidadores (n=1090)						
Si	182	34,34%	62	11.07%	364	34,83%
No	309	58,30%	474	84.64%	618	59,14%
No tiene hermanos	34	6,42%	21	3.75%	55	5,26%
No sabe/No responde	5	0,94%	3	0.54%	8	0,77%
Total	530	100,00%	560	100.00%	1045	100,00%

7.1.3 FACTORES INDIVIDUALES DE LOS NNA

La edad media de los participantes fue de 15.7, con un mínimo de 13 años y un máximo de 18 años (figura 7), siendo muy similar en los grupos de víctimas y no víctimas de violencia. La distribución general por sexo fue homogénea, sin embargo, en el grupo de víctimas de violencia física hubo una mayor proporción de hombres con 57.4%, mientras que en el grupo de los NNA que no fueron víctimas, la mayoría correspondió a mujeres (53.8%). En cuanto a la etnia, cada grupo étnico reportado por los participantes incluyó cerca del 30% y el 12.6% respondió “no sabe, no responde”; la distribución entre víctimas y no víctimas de violencia física fue similar.

Figura 7. Distribución de la edad de los niños, niñas y adolescentes. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018



Todos los participantes tuvieron al menos educación básica primaria, la mayoría reportaron escolaridad básica secundaria, seguido por educación media con el 32.5% y el mayor nivel de escolaridad fue educación superior reportado por un participante correspondiente al 0.5%. En el caso de ausentismo escolar por situaciones de violencia, se evidenció un comportamiento diferencial entre NNA víctimas y no víctimas de violencia física, con un 15.7% de NNA que refirieron ausentismo escolar en el primer grupo, versus 5.7% en el segundo.

En lo correspondiente a orientación sexual, el 94% de los participantes se identificaron como heterosexuales, y entre víctimas y no víctimas de violencia física hubo una diferencia de 2.3% en los que se identificaron como LGBTIQ+, siendo mayor en el grupo de víctimas. Por otro lado, el 17.2% de los NNA reportaron haber sido víctimas de violencia sexual, siendo mayor el porcentaje de víctimas de violencia sexual en quienes también habían sido víctimas de violencia física con 24.3% versus 10.5% en los que no habían sido víctimas de violencia física (figura 8).

Figura 8. Distribución porcentual de los niños, niñas y adolescentes, según violencia sexual, de acuerdo con la presencia o no de violencia física. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018



Al evaluar la percepción positiva sobre el castigo físico de los NNA, se evidencia que esta fue mayor en el grupo de NNA víctimas de violencia física, comparado con aquellos no víctimas (25.28% vs 13.21%). Por otra parte, el 22.4% de los NNA refirieron haber sido victimarios de violencia física, con una diferencia de casi 30% a favor de los que fueron víctimas de violencia física con respecto a los que no lo fueron.

En relación con la salud mental, la mayoría refiere no haber consumido SPA con un 93.3% y el 54.2% refiere no haber tenido consumo problemático de alcohol. En el grupo de víctimas de violencia física, el 8.68% refirió consumo SPA y el 44% refirió consumo problemático de alcohol, por su parte, en el grupo de los que no han sido víctimas de esta violencia los porcentajes fueron menores con 4.3% y 33.9% respectivamente.

El 69.6% de NNA presentaron síntomas de ansiedad y el 61.6% presentaron síntomas de depresión, siendo mayor el porcentaje en las víctimas de violencia física con respecto a los que no se reportaron como víctimas con un 77.7% versus un 61.7% en el caso de

ansiedad (Figura 9 y figura 10), y 69.3% versus 54.3% en el caso de depresión (figura 11).

Figura 9. Distribución porcentual de los niños, niñas y adolescentes víctimas de violencia física, según presencia de síntomas de ansiedad. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018

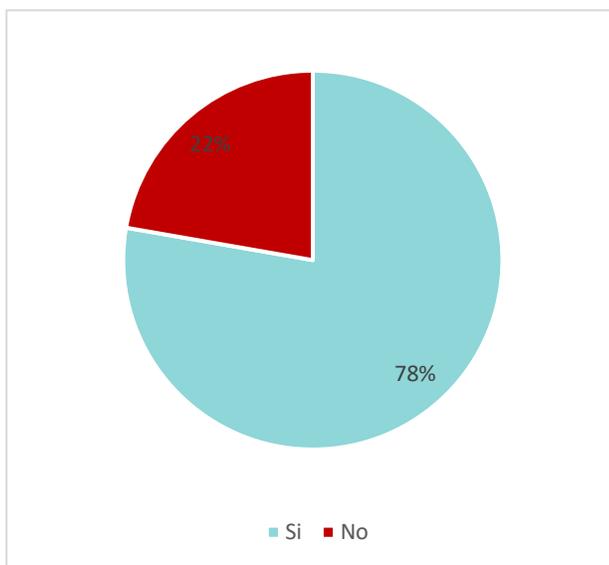


Figura 10. Distribución porcentual de los niños, niñas y adolescentes no víctimas de violencia física, según presencia de síntomas de ansiedad. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018

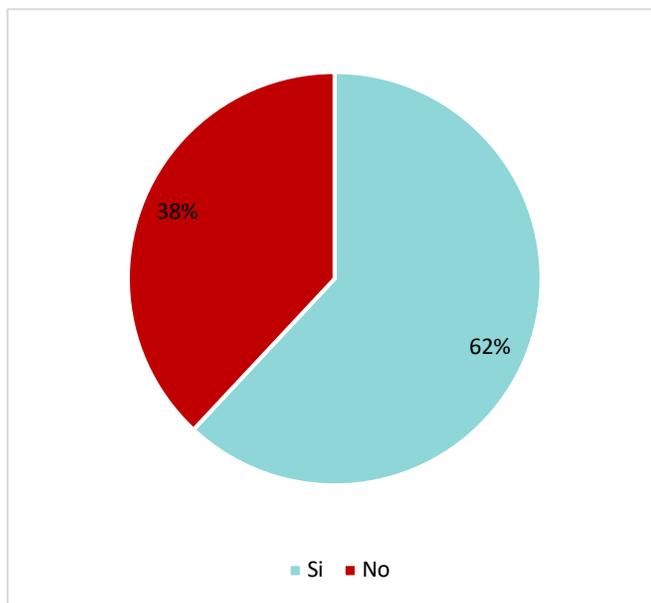
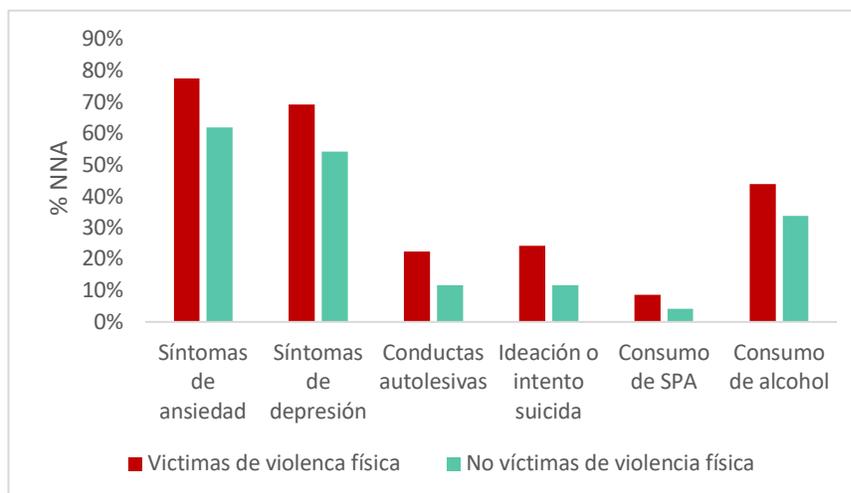


Figura 11. Distribución de los niños, niñas y adolescentes, según presencia alteraciones de salud mental, con respecto a la presencia o no de violencia física. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018



El 16.9% de los NNA refirieron haber realizado conductas autolesivas, siendo mayor el porcentaje en el grupo de víctimas de violencia física con 22.5% versus 11.6% en el grupo de quienes no fueron víctimas de violencia física. Finalmente, el 17.8% de los NNA reportaron haber tenido ideación o intento suicida, teniendo un comportamiento similar a la variable anterior con 24.3% en víctimas versus 11.6% en no víctimas.

Tabla 5. Distribución de los niños, niñas y adolescentes según factores individuales, de acuerdo con victimización por violencia física. Encuesta de violencia contra niños, niñas y adolescentes – Colombia 2018

Factores individuales	Víctimas de violencia física n= 530 (48,6%)		No víctimas de violencia física n= 560 (51.38%)		Total n= 1090 (100%)	
	f	%	f	%	f	%
	Edad (n=1090)	Media: 15.6 DE: 1.69		Media: 15.8 DE: 1.61		Media: 15.7 DE: 1.65
Sexo (n=1090)						
Hombre	304	57,36%	259	46,25%	563	51,65%
Mujer	226	42,64%	301	53,75%	527	48,35%
Total	530	100,00%	560	100,00%	1090	100,00%

Factores individuales	Víctimas de violencia física n= 530 (48,6%)		No víctimas de violencia física n= 560 (51.38%)		Total n= 1090 (100%)	
	f	%	f	%	f	%
Etnia (n=1090)						
Mestizo	172	32,45%	152	27,14%	324	29,72%
Minoría étnica Diferente a mestizo o minoría étnica reconocida	144	27,17%	168	30,00%	312	28,62%
No sabe/No responde	148	27,92%	169	30,18%	317	29,08%
Total	66	12,45%	71	12,68%	137	12,57%
Total	530	100,00%	560	100,00%	1090	100,00%
Escolaridad (n=206)						
Básica primaria (1º-5º)	12	11,11%	12	12,24%	24	11,65%
Básica secundaria (6º-9º)	54	50,00%	52	53,06%	106	51,46%
Media (10º-13º)	36	33,33%	31	31,63%	67	32,52%
Técnico	5	4,63%	3	3,06%	8	3,88%
Superior o Universitaria	1	0,93%	0	0,00%	1	0,49%
Total	108	100,00%	98	100,00%	206	100,00%
Ausentismo escolar por violencia (n= 1090)						
Si	83	15,66%	32	5,71%	115	10,55%
No	446	84,15%	527	94,11%	973	89,27%
No sabe/No responde	1	0,19%	1	0,18%	2	0,18%
Total	530	100,00%	560	100,00%	1090	100,00%
Orientación sexual (n=1090)						
Heterosexual	491	92,64%	536	95,71%	1027	94,22%
LGBTIQA+	35	6,60%	24	4,29%	59	5,41%
No sabe/No responde	4	0,75%	0	0,00%	4	0,37%
Total	530	100,00%	560	100,00%	1090	100,00%
Victimario de violencia física (n=967)						
Si	168	38,89%	49	9,16%	217	22,44%
No	264	61,11%	486	90,84%	750	77,56%
Total	432	100,00%	535	100,00%	967	100,00%
Consumo de SPA (n=1090)						
Si	46	8,68%	24	4,29%	70	6,42%
No	482	90,94%	535	95,54%	1017	93,30%
No sabe/No responde	2	0,38%	1	0,18%	3	0,28%
Total	530	100,00%	560	100,00%	1090	100,00%

Factores individuales	Víctimas de violencia física n= 530 (48,6%)		No víctimas de violencia física n= 560 (51.38%)		Total n= 1090 (100%)	
	f	%	f	%	f	%
	Consumo problemático de alcohol (n=759)					
Si	169	44,01%	127	33,87%	296	39,00%
No	193	50,26%	218	58,13%	411	54,15%
No sabe/No responde	22	5,73%	30	8,00%	52	6,85%
Total	384	100,00%	375	100,00%	759	100,00%
Víctima de violencia sexual (n=1066)						
Si	125	24,32%	58	10,51%	183	17,17%
No	389	75,68%	494	89,49%	883	82,83%
Total	514	100,00%	552	100,00%	1066	100,00%
Percepción aceptable del castigo físico por el menor (n= 1090)						
Si	134	25,28%	74	13,21%	208	19,08%
No	377	71,13%	470	83,93%	847	77,71%
No sabe/No responde	19	3,58%	16	2,86%	35	3,21%
Total	530	100,00%	560	100,00%	1090	100,00%
Síntomas de ansiedad (n=1090)						
Si	412	77,74%	347	61,96%	759	69,63%
No	118	22,26%	213	38,04%	331	30,37%
Total	530	100,00%	560	100,00%	1090	100,00%
Síntomas de depresión (n=1090)						
Si	367	69,25%	304	54,29%	671	61,56%
No	163	30,75%	256	45,71%	419	38,44%
Total	530	100,00%	560	100,00%	1090	100,00%
Conductas autolesivas (n=1090)						
Si	119	22,45%	65	11,61%	184	16,88%
No	411	77,55%	495	88,39%	906	83,12%
Total	530	100,00%	560	100,00%	1090	100,00%
Factores individuales	Víctimas de violencia física n= 530 (48,6%)		No víctimas de violencia física n= 560 (51.38%)		Total n= 1090 (100%)	
	f	%	f	%	f	%

Ideación o intento suicida (n=1090)						
Si	129	24,34%	65	11,61%	194	17,80%
No	401	75,66%	493	88,04%	894	82,02%
No sabe/No responde	0	0,00%	2	0,36%	2	0,18%
Total	530	100,00%	560	100,00%	1090	100,00%

7.2 FACTORES CONTEXTUALES, FAMILIARES E INDIVIDUALES ASOCIADOS A VIOLENCIA FÍSICA EN NNA

7.2.1 FACTORES CONTEXTUALES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA FÍSICA EN NNA

No se encontró asociación significativa entre los factores contextuales zona, ni estrato socioeconómico con ser víctima de violencia física en NNA.

Tabla 6. Factores contextuales asociados a la violencia física en NNA

Factores contextuales		Víctimas de violencia física		No víctimas de violencia física		X ²	Valor P	OR	IC 95%
		f	%	f	%				
Zona (n=1090)	Cabecera	378	71%	415	74%	1.1	0.3	0.87	0.67-1.13
	Resto	152	29%	145	26%				
Estrato socioeconómico (n=880)	Bajo-Medio bajo	371	88%	399	87%	0.1	0.72	1.08	0.72-1.61
	Medio-Alto	51	12%	59	13%				

7.2.2 FACTORES FAMILIARES RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA FÍSICA EN NNA

Se encontraron dos factores familiares asociados a ser víctima de violencia física en NNA y que disminuyen la probabilidad de serlo. En cuanto a la cercanía los padres, si hay cercanía con la madre se disminuye 0.53 veces la posibilidad de presentar esta violencia y se disminuye 0.25 si hay cercanía con el padre con respecto a no ser cercanos. Como factores familiares asociados que aumentan la probabilidad de ser víctima de violencia

física se encontraron la presencia de violencia contra la mujer en cuidadores y la violencia en hermanos por parte de los cuidadores, aumentando la posibilidad de ser víctima de violencia física 1.98 y 3.2 veces más respectivamente.

Tabla 7. Factores familiares asociados a la violencia física en NNA

Factores familiares		Víctimas de violencia física		No víctimas de violencia física		χ^2	Valor p	OR	IC 95%
		f	%	f	%				
Recibir ayuda económica (n=941)	Si	149	32%	162	34%	0.1	0.708	0.95	0.72-1.25
	No	310	68%	320	66%			1	
Miembro del hogar en el RUV (n=941)	Si	102	22%	91	19%	1.6	0.204	1.23	0.89-1.69
	No	357	78%	391	81%			1	
Cercanía con madre biológica (n=1090)	Si	466	88%	526	94%	12.0	<0.001	0.47	0.31-0.73
	No	64	12%	34	6%			1	
Cercanía con padre biológico (n=933)	Si	307	68%	357	74%	4.1	0.043	0.75	0.56-0.99
	No	144	32%	125	26%			1	
Violencia a la mujer en cuidadores (n=1090)	Si	167	32%	75	13%	51.7	<0.001	2.98	2.19-4.03
	No	363	68%	485	87%			1	
Violencia a hermanos por cuidadores (n=1090)	Si	182	34%	62	11%	4.2	<0.001	4.2	3.05-5.78
	No	348	66%	498	89%			1	

7.2.3 FACTORES INDIVIDUALES RELACIONADOS CON LA VIOLENCIA FÍSICA EN NNA

En el análisis sin ajustar, todos los factores individuales estudiados, a excepción de la edad y la etnia presentaron asociación estadísticamente significativa con ser víctima de violencia física en NNA. Ser heterosexual se encontró asociado con padecer violencia física, teniendo estos NNA 0.44 veces menos posibilidades de victimización con respecto a la población LGBTIQA+. Por su parte, los hombres tienen 0.56 veces más posibilidad que las mujeres de presentar este tipo de violencia.

Los NNA que han tenido que faltar a estudiar por causa de violencia, han sido victimarios de violencia, tienen una percepción aceptable del castigo físico o han sufrido abuso sexual presentan 2.06, 5.31, 1.22 y 1.74 veces más posibilidad ser víctimas de violencia física respectivamente. Por su parte, de los factores relacionados con la salud mental, el consumo de SPA representó 1.12 veces más posibilidad de que el NNA sea víctima de violencia física, el consumo problemático de alcohol 0.54 veces más, los síntomas de ansiedad 1.14 veces más, los síntomas de depresión 0.9 veces más y la ideación y/o intento suicida 1.45 veces más.

Tabla 8. Factores individuales asociados a la violencia física en NNA

Factores individuales		Víctimas de violencia física		No víctimas de violencia física		X ²	Valor p	OR	IC 95%
		f	%	f	%				
Edad (n=1090)							0.169		
Sexo (n=1090)	Hombre	304	57%	259	46%	13.5	<0.001	1.56	1.23-1.99
	Mujer	226	43%	301	54%			1	
Etnia (n=1090)	Mestizo	172	32%	152	27%	3.7	0.055	1.29	0.99-1.67
	Diferente a mestizo	358	68%	408	73%			1	
Orientación sexual (n=1090)	Heterosexual	491	93%	536	96%	4.7	0.03	0.56	0.33-0.95
	LGBTIQA+	39	7%	24	4%			1	
Ausentismo escolar por violencia (n= 1090)	Si	83	16%	32	6%	28.5	<0.001	3.06	2.00-4.69
	No	447	84%	528	94%			1	
Victimario de violencia física (n=967)	Si	168	39%	49	9%	121	<0.001	6.31	4.44-8.97
	No	264	61%	486	91%			1	
Consumo de SPA (n=1090)	Si	46	9%	24	4%	8.8	0.003	2.12	1.28-3.53
	No	484	91%	536	96%			1	
Consumo problemático de alcohol (n=759)	Si	169	44%	127	34%	8.4	0.004	1.54	1.15-2.07
	No	215	56%	249	66%			1	
Víctima de violencia sexual (n=1066)	Si	125	24%	58	11%	35.7	<0.001	2.74	1.95-3.84
	No	389	76%	494	89%			1	
Factores individuales		Víctimas de violencia física		No víctimas de violencia física		X ²	Valor p	OR	IC 95%
		f	%	f	%				
Si		134	25%	74	13%	25.7	<0.001	2.22	1.62-3.04

Percepción aceptable del castigo físico por el menor (n= 1090)	No	396	75%	486	87%			1	
Síntomas de ansiedad (n=1090)	Si	412	78%	347	62%	32.0	<0.001	2.14	1.64-2.80
	No	118	22%	213	38%			1	
Síntomas de depresión (n=1090)	Si	367	69%	304	54%	25.8	<0.001	1.9	1.48-2.43
	No	163	31%	256	46%			1	
Conductas autolesivas (n=1090)	Si	119	22%	65	12%	22.8	<0.001	2.2	1.59-3.07
	No	411	78%	495	88%			1	
Ideación o intento suicida (n=1090)	Si	129	24%	65	12%	30.2	<0.001	2.45	1.77-3.39
	No	401	76%	495	88%			1	

7.3 FACTORES CONTEXTUALES, FAMILIARES E INDIVIDUALES ASOCIADOS A LA VIOLENCIA FÍSICA EN NNA

En el análisis ajustado, se encontraron 7 factores asociados y que aumentan la probabilidad de ser víctima de violencia física. Dos factores familiares: presentación de violencia contra la mujer en los cuidadores y presentación de violencia contra los hermanos por parte de los cuidadores; y cinco factores individuales: ser hombre, ser mestizo, ser víctima de violencia sexual, presentar síntomas de ansiedad y ser victimario de violencia, este último asociado en mayor magnitud.

Los NNA que han estado en un hogar donde ha habido violencia contra la mujer en los cuidadores presentan 1.9 veces la posibilidad de padecer violencia física con respecto a los que no, disminuyendo 1.08 veces esta posibilidad respecto al análisis crudo. Adicionalmente, quienes han tenido hermanos víctimas de violencia perpetrada por los cuidadores, presentan 1.98 veces la posibilidad de padecer violencia física con respecto a los que no, disminuyendo 2.22 veces esta posibilidad al ajustar por covariables con respecto al análisis bivariado.

Hubo dos variables que aumentaron la magnitud de la asociación al realizar el análisis multivariado. De acuerdo con este, ser hombre aumenta la posibilidad de padecer violencia física en 1.33 veces, incrementando 0.77 veces con respecto al análisis crudo,

al igual que la asociación con ser mestizo aumentó en 0.39 veces con respecto al análisis crudo.

Por su parte, los demás factores individuales presentaron una disminución en la magnitud de la asociación en el análisis ajustado versus el análisis crudo. La asociación entre ser víctima de violencia física y presentar síntomas de ansiedad disminuyó 0.36 veces, con ser víctima de violencia sexual disminuyó 0.84 veces y con ser victimario de violencia física 0.83 veces, indicando que ser victimario aumenta la posibilidad de ser víctima de violencia física 4.48 veces con respecto a quienes no son victimarios.

Tabla 9. Factores contextuales, familiares e individuales asociados a la violencia física en NNA

Factores		OR crudo	IC 95%	OR ajustado	IC 95%	p
Factores familiares						
Miembro del hogar en el RUV (n=941)	Si	1.23	0.89-1.69	1.34	0.79-2.28	0.277
	No	1		1		
Cercanía con madre biológica (n=1090)	Si	0.47	0.31-0.73	0.84	0.39-1.84	0.677
	No	1		1		
Cercanía con padre biológico (n=933)	Si	0.75	0.56-0.99	1.29	0.82-2.03	0.267
	No	1				
Violencia a la mujer en cuidadores (n=1090)	Si	2.98	2.19-4.03	1.9	1.13-3.18	0.015
	No	1		1		
Violencia a hermanos por cuidadores (n=1090)	Si	4.2	3.05-5.78	1.98	1.20-3.28	0.008
	No	1		1		
Factores individuales						
Edad (n=1090)				1.03	0.89-1.18	0.701
Sexo (n=1090)	Hombre	1.56	1.23-1.99	2.33	1.48-3.65	<0.001
	Mujer	1		1		
Etnia (n=1090)	Mestizo	1.29	0.99-1.67	1.68	1.08-2.62	0.022
	Diferente a mestizo	1		1		
Orientación sexual (n=1090)	Heterosexual	0.56	0.33-0.95	1.04	0.41-2.65	0.936
	LGBTIQA+	1		1		
Ausentismo escolar por violencia (n= 1090)	Si	3.06	2.00-4.69	1.7	0.87-3.31	0.118
	No	1		1		
Victimario de violencia física (n=967)	Si	6.31	4.44-8.97	5.48	3.07-9.75	<0.001
	No	1		1		

Factores		OR crudo	IC 95%	OR ajustado	IC 95%	p
Consumo de SPA (n=1090)	Si	2.12	1.28-3.53	1.28	0.59-2.75	0.534
	No	1		1		
Consumo problemático de alcohol (n=759)	Si	1.54	1.15-2.07	1.5	0.97-2.32	0.07
	No	1		1		
Víctima de violencia sexual (n=1066)	Si	2.74	1.95-3.84	1.9	1.05-3.45	0.035
	No	1		1		
Percepción aceptable del castigo físico por el menor (n= 1090)	Si	2.22	1.62-3.04	1.68	0.98-2.88	0.058
	No	1		1		
Síntomas de ansiedad (n=1090)	Si	2.14	1.64-2.80	1.78	1.08-2.92	0.024
	No	1		1		
Síntomas de depresión (n=1090)	Si	1.9	1.48-2.43	1.27	0.79-2.02	0.302
	No	1		1		
Conductas autolesivas (n=1090)	Si	2.2	1.59-3.07	0.91	0.47-1.76	0.773
	No	1		1		
Ideación o intento suicida (n=1090)	Si	2.45	1.77-3.39	1.8	0.91-3.55	0.089
	No	1		1		

8. DISCUSIÓN

Este estudio encontró siete factores asociados y que pueden ayudar a explicar la violencia física contra NNA en Colombia, dos familiares y cinco individuales. Dentro de los factores familiares, se encontró que la presencia de violencia contra la mujer en los cuidadores y la presencia de violencia contra los hermanos por parte de los cuidadores aumentan la probabilidad de ser víctima de violencia física; y dentro de los factores individuales que aumentan la probabilidad de ser víctima de esta violencia se encontraron: ser hombre, haber sido víctima de violencia sexual, tener síntomas de ansiedad, ser victimario de violencia y ser mestizo.

La asociación de mayor magnitud se encontró entre ser víctima de violencia física y ser perpetrador de violencia física. Así, hay distintos estudios que documentan la asociación entre violencia en la infancia y perpetración de violencia. A saber, Milaniak et al. encontraron una asociación entre abuso físico, sexual y negligencia en NNA con tres diferentes tipos de violencia: violencia criminal, abuso a NNA y violencia a la pareja (118),

también, en Estados Unidos reportaron que en las mujeres existe una asociación entre abuso físico en la niñez y perpetración de violencia en la pareja (119).

Otro estudio reportó asociación entre el abuso físico en la infancia con la perpetración de abuso físico en la pareja, así como, con ser víctimas de violencia de pareja en mujeres; por otro lado, indica que los hombres y mujeres que usan disciplina física contra sus hijos están en parte dirigidos por sus propias experiencias de maltrato infantil creando un círculo de violencia a lo largo de la vida (120).

Ser hombre fue el segundo factor más asociado, indicando en ellos una mayor probabilidad de ser víctima de violencia física, lo cual corresponde con varios artículos publicados al respecto, como reportes de la OMS que exponen que los niños varones son quienes más frecuentemente y más severamente sufren castigo físico (89); también se ha reportado que los padres suelen ejercer castigo físico más frecuentemente a sus hijos varones y las madres a sus hijas (121). Por otro lado, se ha reportado, que los niños varones también tienen mayor probabilidad de ser víctimas de homicidio, siendo mayor en países de bajos y medios ingresos, y de violencia que involucra armas (55).

Por su parte, se encontró que la violencia contra la mujer y contra los hermanos en el hogar aumentó la probabilidad de que los NNA sean víctimas de violencia física, esto va de la mano con la evidencia disponible dónde indican que la exposición a violencia de pareja podría ser el precursor más importante de mortalidad por maltrato infantil en varios países incluido Colombia (68). Además, Hamby y cols., describen que presenciar violencia de pareja en los padres se asocia con múltiples formas de maltrato en los menores, entre ellas violencia física, también describen asociación entre presenciar violencia física contra los hermanos y presenciar violencia física de pareja (122). Otro estudio, reportó la asociación entre violencia física en la pareja y el padecimiento de violencia física severa en adolescentes (123).

Lo anterior, es respaldado por la OPS quienes exponen puntos claros de intersección entre la violencia contra la mujer y la violencia contra los niños. Exponen factores de riesgo compartidos como son: la inequidad de género y la discriminación, la falta de instituciones respondientes, sanciones legales débiles contra la violencia, la dominancia masculina en el hogar, el conflicto marital y el uso de drogas y alcohol; así como normas sociales que los potencian. Adicionalmente, exponen consecuencias compartidas a nivel de salud física, mental, sexual y reproductiva, como también en cuanto a polivictimización que puede tener efectos acumulativos (124).

Hasta aquí, se puede decir que los entornos violentos, que probablemente están permeados por la violencia de género, en la cual el hombre participa de forma preponderante en su génesis generando una cascada de violencia que recibe la mujer al interior de su relación de pareja y que luego desplaza a los hijos; son los que aumentan la probabilidad de que los NNA sean víctimas de violencia física y como mencionamos anteriormente, victimarios de esta perpetuando este ciclo.

En cuanto a la polivictimización de niños, niñas y adolescentes, la Encuesta nacional de exposición a violencia infantil de Estados Unidos reportó que un niño expuesto a violencia física tiene más riesgo de sufrir violencia sexual y viceversa (85). Esta misma asociación se encontró en este estudio, según el cual existe una asociación donde los NNA víctimas de violencia sexual tienen mayor posibilidad de ser también víctimas de violencia física de los que no han sufrido violencia sexual. Frente a esto, se puede hipotetizar que la victimización corporal de los niños a través de los golpes, el castigo y abuso físico debe disminuir la capacidad de protección y de valoración del propio cuerpo, posicionándose el abuso físico como un posible factor de riesgo para el abuso sexual.

Esta asociación confirmada es relevante, ya que se ha descrito una relación dosis respuesta entre la salud física y mental con la exposición acumulativa a diferentes tipos de violencia, identificando diversas consecuencias asociadas. Concretamente, se ha puntualizado sobre la posible presentación de síndrome de estrés postraumático,

comportamientos disruptivos, problemas de adicción a sustancias, depresión, suicidio (125), dolor crónico, enfermedades gastrointestinales y respiratorias, trastornos musculoesqueléticos y enfermedades de la piel (126).

En cuanto a la salud mental, es llamativa la elevada prevalencia de síntomas de ansiedad en los NNA de la encuesta, ya que en la *“Encuesta Nacional de Salud Mental – 2015”*, describían una prevalencia de trastornos de ansiedad de 12.9% para los adolescentes en toda la vida y de 2% en los niños y niñas entre 7 y 11 años en el último año (127) (7; lo cual puede hablar de un subdiagnóstico de los trastornos, donde no se tienen en cuenta algunos síntomas particulares como los indagados en la EVCNNA.

También, el presente estudio encontró asociación entre tener síntomas de ansiedad y ser víctima de violencia física. La asociación entre violencia física y síntomas o patologías de salud mental se ha expuesto ampliamente. Rehan y cols. encontraron asociación entre depresión y ansiedad con violencia sexual, emocional, negligencia y violencia física severa; siendo mayor en mujeres que en hombres (128). También, hay reportes de la asociación de cualquier tipo de trastorno de ansiedad y violencia física (129).

Asimismo, se encontró que los NNA identificados como mestizos tuvieron mayor posibilidad de ser víctimas de violencia física; lo cual no corresponde con lo presentado en otras fuentes donde manifiestan que los NNA pertenecientes a minorías étnicas tienen un mayor riesgo de ser víctimas de violencia, probablemente por los factores de riesgo asociados a la exclusión social de estos grupos y a las características sociodemográficas propias de cada uno (89); por lo cual no se considera que realmente esta asociación y menos en esta dirección deba tenerse en cuenta a la hora planear estrategias para abordar la problemática aquí evaluada.

Este resultado puede deberse a la forma en que se recogió la información sobre esta variable en la EVCNNA ya que permitió que los NNA se identificaran fuera de los grupos étnicos reconocidos en el país y de la categoría mestizos, en la cual según el DANE se

encontraba más del 80% de esta población en el censo del año 2018 (130), mientras en este estudio estuvo cerca al 30%. Además, al no incluir los territorios priorizados por conflicto armado en este estudio, pudo encontrarse una menor asociación entre pertenecer a un grupo étnico y ser víctima de violencia física, ya que se ha descrito que esta asociación tiene una amplia relación con que las personas pertenecientes a grupos étnicos suelen ser en mayor medida víctimas del conflicto armado y a su vez de violencia (131).

La incertidumbre generada por la variable etnia, se ha visto reflejada ampliamente en diversas investigaciones epidemiológicas y se ha explicado por la carencia en la comprensión de la raza desde un punto de vista biológico, y la dificultad que tienen las personas para el autoreconocimiento con una etnia dado que depende de contextos sociales y factores culturales transmitidos de manera intergeneracional que se han mantenido a lo largo de la historia (132).

Por otra parte, hubo otros factores que a pesar de no tener una asociación importante con la violencia física tuvieron un comportamiento interesante, como es el caso a la orientación sexual, dónde más del 90% de los participantes se identificaron como heterosexuales, y en el grupo de víctimas hubo una mayor proporción de LGBTIQA+. Esto es importante, ya que se ha documentado una muy elevada prevalencia de violencia, incluida la violencia física, en las poblaciones con expresiones no hegemónicas de la sexualidad (133); los hallazgos de este estudio pueden deberse a que, por las edades relativamente tempranas de los participantes, muchos aún no han hecho explícito socialmente su identidad sexual no hegemónica.

Además, en este estudio se muestra que la percepción aceptable del castigo podría ser importante en el fenómeno de la violencia física. Lo cual, es esperable desde un análisis psicodinámico de la salud mental, ya que es difícil para un adolescente cuestionar las conductas violentas de sus cuidadores primarios por el condicionamiento y dependencia psíquica que tiene con sus progenitores. Así, justifican la violencia física que han

practicado sus padres y madres como un mecanismo de defensa que facilita su estabilidad mental a costa de la validación de dinámicas de relacionamiento violento. Lo anterior, favorece la perpetuación y los círculos de violencia futuros.

Al respecto, se han buscado estrategias para abordar este ciclo de violencia, por ejemplo, algunos países han implementado estrategias desde el legislativo para prevenir la violencia física contra NNA como son las leyes contra el castigo físico, las cuales se han descrito como piezas clave en la disminución de esta problemática en Latinoamérica (134). En el caso de Colombia, en 2021 se aprobó la *“Ley 2089 de 2021: por medio de la cual se prohíbe el uso del castigo físico, los tratos crueles, humillantes o degradantes y cualquier tipo de violencia como método de corrección contra niñas, niños y adolescentes y se dictan otras disposiciones”* (101). También, un estudio desde la psicología encontró que la asistencia a terapia actúa como un mediador parcial entre ser maltratado en la infancia y perpetrar violencia en la adultez, actuando como mitigador (135).

También, se encontró que entre las víctimas de violencia física hubo mayor proporción de NNA no cercanos tanto a su madre como a su padre lo que puede sugerir una relación entre la distancia con los padres y la violencia física. Sin embargo, no se determinó quién fue el agresor de la violencia física al interior de los hogares, por lo tanto, no se puede afirmar que exista una relación entre la falta de conexión parental con alguno de los padres y el rol del agresor, es decir, si el agresor es el padre o la madre.

Por último, llama la atención que no hubo una asociación, ni siquiera una tendencia en cuanto a recibir ayuda económica en la familia y que el NNA sea víctima de violencia física; lo cual posiblemente puede tener relación con la invisibilización de la violencia en NNA por las instituciones públicas y en distintos sectores como salud y bienestar social, a pesar de estar explícitamente establecido por la OMS que se trata de un problema de salud pública que debe ser investigado e intervenido.

La importancia de conocer estos resultados radica en la posibilidad de abordar la problemática de la violencia física contra NNA, desde los aspectos explicativos identificados con datos propios de Colombia, para generar y priorizar las intervenciones de prevención y atención que pueden realizarse a nivel individual, familiar y contextual. Por ejemplo, se logró demostrar una prevalencia de síntomas de ansiedad muy por encima de lo publicado en la encuesta de salud mental, lo cual genera una alerta con respecto a la salud mental de los NNA, más teniendo en cuenta la asociación con violencia física encontrada y se demostró la asociación entre violencia física y sexual, la cual no se encontró documentada en otra fuente latinoamericana.

Además, los resultados obtenidos son relevantes, dado que se obtuvieron del análisis de un número importante de NNA encuestados a lo largo de todo el territorio nacional, a quienes se les indagó sobre los ámbitos más importantes que según la literatura conocida tienen asociación con la violencia en niños, niñas y adolescentes.

Como limitaciones del presente estudio, se declara que, al ser un estudio de corte transversal, los resultados no se utilizaron para inferir causalidad, únicamente para describir asociaciones. Adicionalmente, no se tuvieron en cuenta los NNA de municipios priorizados por conflicto armado de la EVCNNA y en la EVCNNA no se tuvieron en cuenta los NNA con discapacidad, grupos que pueden presentar características particulares que generen unos resultados distintos en relación con los factores contextuales, familiares e individuales asociados al fenómeno de la violencia física, por lo cual estos resultados no deben ser extrapolados a esta población.

También, se considera que puede haber un sesgo de información ya que la gran mayoría participantes fueron de estratos bajos y medio-bajos, lo cual puede tener implicaciones al momento de extrapolar los resultados, sugiriendo que estos aplican solo para NNA que viven en condiciones de pobreza; además, en la variable etnia también puede existir este sesgo dado que cerca del 30% de los participantes no se reconocieron como mestizos ni

con ninguna otra etnia de las opciones de la encuesta y se conoce desde la teoría las dificultades para interpretar esta variable.

Las preguntas relacionadas con las de consumo de sustancias y alcohol, y ser víctima de violencia física o sexual pudieron no ser respondidas con veracidad por los NNA, dado que son temas sensibles. También, debido al tipo de preguntas de la EVCNNA de la cual se tomaron los datos, la variable dependiente violencia física como se utiliza en este estudio no expresa intencionalidad, cronicidad, intensidad ni periodicidad de la violencia ejercida.

Finalmente, se sabe que durante la pandemia de COVID 19 aumento la predisposición de los niños, niñas y adolescentes a ser víctimas de violencia debido a la exacerbación de factores de riesgo y el debilitamiento de factores protectores, además del aislamiento que generó que los NNA estuvieran más tiempo en el hogar con sus padres y cuidadores; sabiendo que en este entorno es donde más se generan los actos de violencia (136). Como los datos en este estudio fueron obtenidos previo a esta pandemia, se considera que los resultados obtenidos deben ser utilizados con prudencia en este momento.

Las características sociodemográficas de Colombia son similares a las de otros países latinoamericanos, así, los resultados podrían extrapolarse con cautela a otros países de la región.

9. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Entre las principales características contextuales de los NNA se encontró que la mayoría de los encuestados viven en cabeceras municipales y pertenecen a estrato socioeconómico 3 o menor. Los hogares de los encuestados en general no reciben ayudas económicas ni tienen familiares inscritos en el RUV. Respecto a las características familiares, la mayoría de NNA fueron cercanos a sus padres, sin embargo, en el grupo de víctimas de violencia fue mayor la proporción de no cercanos. Del mismo

modo, la violencia contra la mujer y los hermanos fue infrecuente, sin embargo, fue mayor en el grupo de víctimas de violencia física.

A nivel individual, la proporción de hombres y mujeres encuestados fue similar, no obstante, en el grupo de víctimas de violencia física hubo más hombres; la mayoría de NNA se identificaron como heterosexuales, pero hubo mayor proporción de LGBTIQ+ en el grupo de víctimas. De igual forma la proporción de víctimas de violencia sexual fue mayor en el grupo de víctimas de violencia física, así como la percepción aceptable de castigo físico y el ausentismo escolar. Por otro lado, un porcentaje importante de NNA refirieron ser victimarios de violencia física, siendo mayor en el grupo de víctimas.

En cuanto a salud mental, la mayoría de los NNA habían presentado síntomas de ansiedad y depresión, siendo mayor el porcentaje en el grupo de víctimas; sin embargo, hubo una baja frecuencia de NNA con conductas autolesivas o intentos suicidas, aunque fue mayor en el grupo de víctimas de violencia física. La mayoría no presentaron consumo de sustancias psicoactivas ni consumo problemático de alcohol, sin embargo, ambos eventos se presentaron más en el grupo de víctimas de violencia física,

Entre los factores explorados asociados con violencia física, en el ámbito familiar se encontraron la cercanía con la madre, la cercanía con el padre, la violencia contra la mujer en los cuidadores y la violencia contra los hermanos. En el ámbito individual los factores asociados fueron el sexo, la orientación sexual, el ausentismo escolar por violencia, ser victimario de violencia, el consumo de sustancias, el consumo problemático de alcohol, ser víctimas de violencia sexual, la percepción aceptable del castigo físico, los síntomas de ansiedad, los síntomas de depresión, las conductas autolesivas y la ideación o intento suicida. No se encontró ningún factor contextual asociado a violencia física.

Una vez ajustado por todas las variables y de acuerdo al análisis teórico, los factores familiares e individuales asociados a la violencia física contra NNA en Colombia, que se

consideran ciertos son: la presencia de violencia contra la mujer en los cuidadores, la presencia de violencia contra los hermanos, ser hombre, haber sido víctima de violencia sexual, tener síntomas de ansiedad y ser victimario de violencia. La mayoría de los cuales, corresponden con los reportados en la literatura de diversos países y permiten intervenciones para la prevención, identificación y atención de las víctimas.

De esta manera, se logró aceptar la hipótesis alternativa del estudio, ya que se encontraron factores familiares e individuales asociados a la violencia física en NNA en Colombia. Así pues, al conocer los factores asociados a la violencia contra NNA colombianos, se debe priorizar la realización de intervenciones dirigidas a la población de NNA que los presenta ya que pueden tener una mayor probabilidad de padecer violencia física. Además, es indispensable desarrollar programas y estrategias para atacar la problemática de la violencia física por su elevada prevalencia, cercana al 50% en la población de menores, y por estar demostrado que genera un ciclo de violencia a lo largo de la vida; lo cual se apoya por la asociación entre ser víctima y victimario de violencia física en este estudio.

Igualmente, para desarrollar e implementar estas estrategias, de acuerdo con lo encontrado en este estudio y a lo presentado en la evidencia, es indispensable la acción intersectorial e interinstitucional; desde la salud, la educación, el bienestar social y la justicia para producir un impacto importante sobre esta problemática.

En este sentido, la asociación de la violencia física contra NNA y la violencia a otros miembros del hogar, permite pensar en acciones de búsqueda activa e identificación temprana de NNA en riesgo o víctimas de esta violencia a partir de los otros miembros del hogar a quienes se les ejerza violencia y sean identificados antes, bien sea por sector salud, justicia u otro. También, se presenta una oportunidad para abordar la violencia contra NNA a partir de la intervención de la violencia de pareja, tal como se demuestra con el programa *Indashyikirwa* aplicado en Rwanda (137).

El programa *Indashyikirwa* tuvo como objetivo reducir las experiencias y perpetración de violencia de pareja mediante la aplicación de: sesiones de entrenamiento a las parejas, activismo comunitario, apoyo directo a sobrevivientes de violencia de pareja y entrenamiento a líderes sociales; como desenlaces secundarios demostraron una disminución de la perpetración de castigo y otras formas de maltrato físico contra los menores por parte de los padres que recibieron las intervenciones (137). De esta manera, en Colombia se podrían realizar actividades similares con entidades como las Secretarías enfocadas en la mujer, la familia, la educación y el bienestar social a nivel local, y el Ministerio de salud y protección social a nivel nacional (137).

Por otro lado, de acuerdo con el documento INSPIRE, se deben abordar las inequidades de género dentro de las relaciones interpersonales en los diferentes ambientes donde se encuentran los menores (2); en este caso, conociendo que ser hombre aumenta la probabilidad de que los NNA sufran violencia física, se puede hacer una búsqueda activa específicamente para este tipo de violencia, por ejemplo, en entidades de salud, instituciones educativas e instituciones comunitarias para no perder la oportunidad de identificar posibles víctimas y realizar intervenciones particulares.

Retomando la importancia del trabajo intersectorial para tratar esta problemática, se ha descrito que a partir de la identificación de un caso de violencia sexual en una institución de salud deben existir centros o instituciones especializadas en la atención de estas víctimas, que involucren personal de salud y personal de servicios sociales para continuar la atención y el seguimiento de estos NNA, como ocurre en países como Inglaterra, Estados Unidos, Qatar y Brazil (138). En Colombia, sería ideal la existencia de estas instituciones y teniendo en cuenta la alta probabilidad de polivictimización de estos menores, sería indispensable que en esta atención se indagará por otros tipos de violencia como la violencia física.

Asimismo, el sector educación, bienestar social y justicia, deben tener sus propias adaptaciones para lidiar con los NNA víctimas de violencia. Conociendo la gran

asociación que hay entre ser víctima de violencia física y ser victimario de violencia física, desde la estrategia INSPIRE se propone la detección de casos y realización de intervenciones, con enfoques terapéuticos que han mostrado modificar el ciclo víctima-victimario (135); la creación de programas, dentro de la justicia penal para el tratamiento de delincuentes juveniles y, programas integrales con el sector salud y bienestar social para realizar intervenciones de acogimiento familiar (2).

Finalmente, se ha destacado la importancia del entorno educativo y las intervenciones escolares para hacerle frente a la violencia en NNA, las cuales pueden orientarse de mejor manera conociendo los factores asociados previamente expuestos. Por ejemplo, en Tanzania proponen la realización de un programa basado en el colegio para la prevención de la violencia, el cual busca incluir a los NNA, profesores, otros empleados, padres y miembros comunitarios en un proceso de entrenamiento sobre el desarrollo de los niños, disciplina positiva, habilidades para la vida, adecuadas relaciones familiares y protección infantil (139).

Lo anterior, es respaldado por la propuesta de las estrategias INSPIRE que hablan de la importancia de la matrícula de todos los niños y niñas al menos hasta educación secundaria, la creación de entornos escolares seguros, la formación en aptitudes para la vida y el desarrollo de programas específicos para los adolescentes sobre la prevención de violencia de pareja (2). En consecuencia, se plantea la importancia de la creación de este tipo de programas en el país, incluyendo a todos los miembros de la comunidad educativa. La creación con un núcleo común, teniendo en cuenta el enfoque diferencial, desarrollado por el Ministerio de Educación e implementado en cabeza de las Secretarías de Educación, idealmente de obligatorio cumplimiento para todas las instituciones educativas públicas y privadas.

Por otro lado, es muy importante continuar con la realización periódica de la EVCNNA ya que permite tener un excelente insumo en cuanto a datos de NNA para evaluar el

comportamiento de diferentes tipos de violencia en el tiempo utilizando datos obtenidos con una importante calidad metodológica.

Con respecto a lo encontrado sobre las características contextuales, familiares e individuales de los NNA, se recomienda tomar la experiencia de la primera EVCNNA 2018 para modificar algunas variables como la correspondiente a la etnia/raza estableciendo preguntas orientadas a la población a quien va dirigida y haciendo una diferenciación entre raza y etnia, que permita obtener conclusiones. También, debe realizarse un muestreo que incluya NNA de todos los estratos socio económicos del país y permita obtener resultados aplicables a toda la población infantil y adolescente del país.

A partir de la falta de asociación entre los factores contextuales y la violencia física en NNA encontrada, sería importante incluir en una futura EVCNNA, más factores pertenecientes a esta categoría para indagar si este comportamiento se mantiene.

Asimismo, se sugiere realizar nuevos estudios descriptivos para generar fuentes primarias que permitan indagar, en especial de manera estratificada, sobre los factores asociados a violencia física. En particular, aquellos que inicialmente se encontraron asociados a la violencia física pero que al ajustar el análisis perdieron esta asociación, para comparar los resultados, revisar si existen diferencias e intentar explicarlas. A saber, los factores a estudiar son: cercanía a cada uno de los padres, orientación sexual, ausentismo escolar por violencia, percepción positiva de castigo físico, consumo de SPA, consumo problemático de alcohol, síntomas de depresión, conductas autolesivas e ideación o intento suicida.

Del mismo modo, se considera importante la realización de otros estudios observacionales que permitan evaluar la dinámica de la violencia física contra NNA en Colombia, como un estudio de casos y controles identificando las víctimas y no víctimas de violencia física en diversos sectores e instituciones del sector salud, la rama judicial y

bienestar social, y utilizando los registros de estas de manera retrospectiva para identificar factores asociados a esta violencia.

También, se propone la realización de estudios cuasi experimentales en territorios donde se conoce que hay elevada prevalencia de violencia física contra NNA, y ya se han descrito las características de la población y en especial de las víctimas de violencia. Esto, mediante la implementación de alguna intervención comunitaria similar a las descritas previamente, midiendo las mismas variables iniciales relacionadas con violencia posterior a la intervención para realizar una comparación con los datos anteriores a esta.

Además, debe realizarse investigación en poblaciones vulnerables, como habitantes de territorios víctimas del conflicto armado, poblaciones con discapacidad, entre otros, que permitan orientar las acciones a esta población particular. También, sería importante realizar un estudio actualizado con datos post pandemia de COVID-19, ya que las dinámicas de los hogares y comunitarias han variado y puede haber factores distintos asociados al fenómeno de la violencia física.

Finalmente, debe realizarse una amplia divulgación de los resultados tanto de la EVCNNA, como de los estudios que surjan con respecto al tema de violencia física contra NNA en Colombia con el fin de generar alertas, buscar participación gubernamental y de entidades privadas, así como, participación comunitaria para desarrollar y ejecutar estrategias de acuerdo con lo encontrado en los estudios.

10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Gilbert R, Widom CS, Browne K, Fergusson D, Webb E, Janson S. Burden and consequences of child maltreatment in high-income countries. *The Lancet*. 2009;373:68–81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19056114/>
2. Organización Panamericana de la Salud. INSPIRE: Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. 2016. p. 1–112.
3. Akmatov MK. Child abuse in 28 developing and transitional countries-results from the Multiple Indicator Cluster Surveys. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2011;40:219–27. Disponible en: <http://ije.oxfordjournals.org/>
4. Runyan DK, Shankar V, Hassan F, Hunter WM, Jain D, Paula CS, et al. International variations in harsh child discipline. *Pediatrics*. 2010;126(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20679301/>
5. US Centers for Disease Control and Prevention, United Nations Children’s Fund. Violence against children and young women in malawi findings from a national survey 2013. Malawi; 2014.
6. United Nations Children’s Fund Kenya Country Office, US Centers for Disease Control and Prevention, Kenya National Bureau of Statistics. Violence Against Children in Kenya Findings from a 2010 National Survey. Nairobi; 2012.
7. United Nations Children’s Fund, US Centers for Disease Control and Prevention, Muhimbili University of Health and Allied Science. Violence against children in Tanzania. Vol. 148. Tanzania; 2011.
8. Brown DW, Riley L, Butchart A, Meddings DR, Kann L, Harvey AP. Exposure to physical and sexual violence and adverse health behaviors in African children: results from the Global School-based Student Health Survey. *Bull World Health Organ* [Internet]. 2009;87(6):447. Disponible en: </pmc/articles/PMC2686210/>
9. United Nations Children’s Fund. Child Disciplinary Practices at Home: evidence from a range of Low and Middle income Countries [Internet]. New

York; 2010. Disponible en:

https://www.unicef.org/protection/Child_Disciplinary_Practices_at_Home.pdf

10. Hecker T, Hermenau K, Isele D, Elbert T. Corporal punishment and children's externalizing problems: A cross-sectional study of Tanzanian primary school aged children. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2013;1–9. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2013.11.007>
11. Lansford JE, Deater-Deckard K. Childrearing Discipline and Violence in Developing Countries. *Child Dev* [Internet]. 2012;83(1):62–75. Disponible en: <https://srcd.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1467-8624.2011.01676.x>
12. Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26810785/>
13. Finkelhor D, Turner H, Ormrod R, Hamby SL. Violence, abuse, and crime exposure in a national sample of children and youth. *Pediatrics* [Internet]. 2009;124(5):1411–23. Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0467
14. Finkelhor D, Ormrod R, Turner H, Hamby SL. The victimization of children and youth: a comprehensive, national survey. *Child Maltreat*. 2005;10(1):5–25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15611323/>
15. Clément MÈ, Chamberland C. Physical violence and psychological aggression towards children: Five-year trends in practices and attitudes from two population surveys. *Child Abuse Negl*. 2007 Sep 1;31(9):1001–11. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17875322/>
16. Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Violence, crime, and abuse exposure in a national sample of children and youth: an update. *JAMA Pediatr* [Internet]. 2013;167(7):614–21. Disponible en: <https://jamanetwork.com/journals/jamapediatrics/fullarticle/1686983>
17. Merrick M, Latzman L. Child Maltreatment: A Public Health Overview and Prevention Considerations. *Online J Issues Nurs* [Internet]. 2014;19(1). Disponible en:

<https://ojin.nursingworld.org/MainMenuCategories/ANAMarketplace/ANAPeriodicals/OJIN/TableofContents/Vol-19-2014/No1-Jan-2014/Child-Maltreatment.html#ChildWelfare>

18. Know Violence in Childhood. Ending Violence in Childhood. Global Report 2017. New Delhi; 2017.
19. Finkelhor D, Turner HA, Shattuck A, Hamby SL. Prevalence of childhood exposure to violence, crime, and abuse: results from the National Survey of Children's exposure to violence. *JAMA Pediatr.* 2015 Aug;169(8):746–54. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26121291/>
20. Afifi TO, Brownridge DA, Cox BJ, Sareen J. Physical punishment, childhood abuse and psychiatric disorders. *Child Abuse Negl.* 2006;30:1093–103. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17010436/>
21. Afifi TO, Mota NP, Dasiewicz P, MacMillan HL, Sareen J. Physical punishment and mental disorders: results from a nationally representative US sample. *Pediatrics [Internet].* 2012;130(2):184–92. Disponible en: <https://pediatrics.aappublications.org/content/130/2/184>
22. Bonomi AE, Cannon EA, Anderson ML, Rivara FP, Thompson RS. Association between self-reported health and physical and/or sexual abuse experienced before age 18. *Child Abuse Negl.* 2008;32:693–701. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18602692/>
23. Brown J, Cohen P, Johnson J, Smailes EM. Childhood abuse and neglect: specificity of effects on adolescent and young adult depression and suicidality. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry [Internet].* 1999 Dec;38(12):1490–6. Available from: <http://www.jaacap.org/article/S0890856709667125/fulltext>
24. Chapman DP, Whitfield CL, Felitti VJ, Dube SR, Edwards VJ, Anda RF. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affect Disord.* 2004;82(2):217–25. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15488250/>
25. Coid J, Petrukevitch A, Chung WS, Richardson J, Moorey S, Feder G. Abusive experiences and psychiatric morbidity in women primary care

- attenders. *The British Journal of Psychiatry* [Internet]. 2003 Oct 1;183(4):332–9. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/abusive-experiences-and-psychiatric-morbidity-in-women-primary-care-attenders/8F58C61527CE739F3D8691F6F6FCAEBD>
26. Fergusson DM, Boden JM, Horwood LJ. Exposure to childhood sexual and physical abuse and adjustment in early adulthood. *Child Abuse Negl.* 2008;32:607–19. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18565580/>
 27. Afifi TO, Enns MW, Cox BJ, Asmundson GJG, Stein MB, Sareen J. Population attributable fractions of psychiatric disorders and suicide ideation and attempts associated with adverse childhood experiences. *Am J Public Health.* 2008;98(5). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2374808/>
 28. Cogle JR, Timpano KR, Sachs-Ericsson N, Keough ME, Riccardi CJ. Examining the unique relationships between anxiety disorders and childhood physical and sexual abuse in the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychiatry Res.* 2009;177:150–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20381878/>
 29. Bensley LS, van Eenwyk J, Simmons KW. Self-reported childhood sexual and physical abuse and adult HIV-risk behaviors and heavy drinking. *Am J Prev Med.* 2000;18(2). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10698246/>
 30. Chartier MJ, Walker JR, Naimark B. Health risk behaviors and mental health problems as mediators public health. *Am J Public Health.* 2009;99(5):847–54. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2667838/>
 31. Draper B, Pfaff JJ, Pirkis J, Snowdon J, Lautenschlager NT, Wilson I, et al. Long-term effects of childhood abuse on the quality of life and health of older people: results from the depression and early prevention of suicide in general Practice Project. *J Am Geriatr Soc.* 2008;56(2):262–71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18031482/>
 32. Brezo J, Paris J, Vitaro F, Hébert M, Tremblay RE, Turecki G. Predicting suicide attempts in young adults with histories of childhood abuse. *The British*

- Journal of Psychiatry [Internet]. 2008 Aug [cited 2021 Sep 27];193(2):134–9. Disponible en: <https://www.cambridge.org/core/journals/the-british-journal-of-psychiatry/article/predicting-suicide-attempts-in-young-adults-with-histories-of-childhood-abuse/BF3B811779F3D40888D8AD48CCAE4284>
33. Duke NN, Pettingell SL, McMorris BJ, Borowsky IW. Adolescent violence perpetration: associations with multiple types of adverse childhood experiences. *Pediatrics* [Internet]. 2010;125:778. Disponible en: www.pediatrics.org/cgi/doi/10.1542/peds.2009-0597
 34. Pillai A, Andrews T, Patel V. Violence, psychological distress and the risk of suicidal behaviour in young people in India. *Int J Epidemiol* [Internet]. 2009;38(2):459–69. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18725364/>
 35. Hillis S, Anda R, Felitti V, Nordenberg D, Marchbanks P. Adverse childhood experiences and sexually transmitted diseases in men and women: a retrospective study. *Pediatrics* [Internet]. 2000;106(1):1–6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10878180/>
 36. Bentley T, Widom CS. A 30-year follow-up of the effects of child abuse and neglect on obesity in adulthood. *Obesity*. 2009 Oct;17(10):1900–5. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19478789/>
 37. Fuemmeler BF, Dedert E, McClernon FJ, Beckham JC. Adverse childhood events are associated with obesity and disordered eating: Results from a U.S. population-based survey of young adults. *J Trauma Stress*. 2009;22(4). Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2748336/>
 38. Fuller-Thomson E, Brennenstuhl S, Frank J. The association between childhood physical abuse and heart disease in adulthood: Findings from a representative community sample. *Child Abuse Negl*. 2010;34:689–98. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20663556/>
 39. Scott K, von Korff M, Angermeyer M, Benjet C, Bruffaerts R, de Girolamo G, et al. Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions. *Arch Gen Psychiatry* [Internet].

- 2011 Aug;68(8):838–44. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21810647/>
40. Varese F, Smeets F, Drukker M, Lieverse R, Lataster T, Viechtbauer W, et al. Childhood adversities increase the risk of psychosis: a meta-analysis of patient-control, prospective- and cross-sectional cohort Studies. *Schizophr Bull* [Internet]. 2012 Jun;38(4):661. Disponible en: </pmc/articles/PMC3406538/>
 41. Hildyard KL, Wolfe DA. Child neglect: Developmental issues and outcomes. *Child Abuse Negl*. 2002;26(6–7):679–95. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12201162/>
 42. Lippard ETC, Nemeroff CB. The devastating clinical consequences of child abuse and neglect: increased disease vulnerability and poor treatment response in mood disorders [Internet]. Vol. 177, *American Journal of Psychiatry*. American Psychiatric Association; 2020. p. 20–36. Disponible en:
</pmc/articles/PMC6939135/>
 43. Jonson-Reid M, Kohl PL, Drake B. Child and adult outcomes of chronic child maltreatment. *Pediatrics* [Internet]. 2012;129(5):839–45. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22529281/>
 44. Ho FK, Celis-Morales C, Gray SR, Petermann-Rocha F, Lyall D, Mackay D, et al. Child maltreatment and cardiovascular disease: Quantifying mediation pathways using UK Biobank. *BMC Med* [Internet]. 2020;18(143):1–10. Disponible en: </pmc/articles/PMC7291652/>
 45. Suglia SF, Clark CJ, Boynton-Jarrett R, Kressin NR, Koenen KC. Child maltreatment and hypertension in young adulthood. *BMC Public Health* [Internet]. 2014;14(1). Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25374338/>
 46. Santos M. El costo económico de la violencia contra los niños [Internet]. Naciones Unidas: representante especial sobre la violencia contra los niños. 2015. Disponible en:
https://violenceagainstchildren.un.org/es/economic_costs_of_vac_viewpoint

47. Together for Girls. What are the Violence Against Children and Youth Surveys? [Internet]. About the VACS. Disponible en:
<https://www.togetherforgirls.org/about-the-vacs/>
48. Vergara Acosta R. Lineamiento técnico para la atención de niños, niñas y adolescentes con sus derechos inobservados , amenazados o vulnerados por causa de la violencia [Internet]. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Bogotá; 2017. p. 1–80. Disponible en:
https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/procesos/lm21.p_lineamiento_tecnico_atencion_nna_con_derechos_inobservados_amenazados_y_vulnerados_por_causa_de_la_violencia_v1.pdf
49. Dubowitz H, Hein H, Pragathi T. World Perspectives on Child Abuse. 13th ed. Aurora: The international society for the Prevention of child Abuse and neglect; 2018.
50. Organización mundial de la Salud, Organización panamericana de la Salud. Resumen del informe sobre la situación regional 2020: Prevenir y responder a la violencia contra las niñas y los niños en las Américas. Washington; 2020.
51. Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta de Violencia contra Niños, Niñas y Adolescentes en Colombia - EVCNNA 2018 [Internet]. Bogotá: Minsalud; 2019. Disponible en:
<https://www.amnesty.org/en/countries/americas/colombia/report-colombia/>
52. Magana J. Child Abuse: Background, Pathophysiology, Epidemiology [Internet]. Medscape. 2018. Disponible en:
<https://emedicine.medscape.com/article/800657-overview#a6>.
53. World Health Organization. Violence against children [Internet]. Fact sheets. 2020. Disponible en: who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-children
54. Felitti VJ, Anda RF, Nordenberg D, Williamson DF, Spitz AM, Edwards V, et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the Adverse Childhood Experiences (ACE)

- study. *Am J Prev Med.* 2019;56(6):774–86. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9635069/>
55. Organización panamericana de la salud. Informe sobre la situación mundial de la prevención de la violencia 2014 [Internet]. Washington; 2016. Disponible en: www.paho.org/
 56. Fondo de las naciones unidas para la infancia. Derechos de niñas y niños [Internet]. Colombia. Disponible en:
<https://www.unicef.org/colombia/derechos-de-ninas-y-ninos>
 57. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia - Colombia. Aprende de los niños y adolescentes: conoce sus derechos [Internet]. Bogotá; Disponible en: www.unicef.com.co/derechos
 58. Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito. Objetivo de Desarrollo Sostenible 16 [Internet]. UNODC y agenda 2030. Disponible en:
<https://www.unodc.org/mexicoandcentralamerica/es/romex/ODS16.html>
 59. Stoltenborgh M, Bakermans- Kranenburg MJ, Alink LRA, van IJzendoorn MH. The prevalence of child maltreatment across the globe: review of a series of meta-analyses. *Child Abuse Review.* 2014;24:37–50. Disponible en:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1002/car.2353>
 60. Butchart A, Kahane T, Phinney Harvey A, Mian M, Furniss T. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. Geneva: WHO and International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect. 2006.
 61. Kempe R, Kempe C. Niños maltratados. Madrid: Morata; 1985.
 62. Guerrero-cazares MF, Delgado-guerrero F. Clasificación actual del síndrome del niño maltratado. 2012;79(1):43–7.
 63. Kempe CH, Silverman F, Steele BF, Droegemueller W, Silver HK, . The Battered Child. *JAMA.* 1962;181:17–24. Disponible en:
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14455086/>
 64. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Observaciones Generales del Comité de los Derechos del Niño [Internet]. México,DF; 2014. Disponible en:

- https://www.unicef.org/ecuador/sites/unicef.org.ecuador/files/2019-11/Ecuador_Diagnostico_SNDPINA_1.pdf
65. Organización Mundial de la Salud. Salud del adolescente [Internet]. Temas de salud. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1
 66. Organización Mundial de la Salud. Violencia [Internet]. Temas de salud. Disponible en: <https://www.who.int/topics/violence/es/>
 67. Organización panamericana de la salud. Prevención de la violencia [Internet]. Disponible en: [https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia#:~:text=La violencia es el “uso,muerte%2C privación o mal desarrollo.](https://www.paho.org/es/temas/prevencion-violencia#:~:text=La%20violencia%20es%20el%20%22uso,muerte%2C%20privaci%C3%B3n%20o%20mal%20desarrollo.)
 68. Krug E, Dahlberg L, Mercy J, Zwi A, Lozano R. World report on violence and health. World Health Organization. Geneva; 2002. p. 1–19.
 69. Profamilia. Tipos de violencias [Internet]. Profamilia Aprende. p. 1. Disponible en: <https://profamilia.org.co/aprende/violencia-de-genero/tipos-de-violencias/>
 70. Organización Panamericana de la Salud. Comprender y abordar la violencia contra las mujeres. Violencia inflingida por la pareja. Washington D.C; 2013. p. 1–12.
 71. Garcia-Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. WHO Multi-country study on women’s health and domestic violence against Women: report on the first results. World Health Organization. 2005;55–89.
 72. Cortes C, Soriano N. Violencia Intrafamiliar. Forensis [Internet]. 2006;72. Disponible en: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3255761%0Ahttps://www.repositoriopncvfs.pe/wp-content/uploads/2016/08/Violencia-intrafamiliar.pdf>
 73. Organización Mundial de la Salud. Maltrato infantil. Temas de salud. 2022.
 74. Organización panamericana de la salud. Depresión [Internet]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/depresion>
 75. Barnhill J. Generalidades sobre los trastornos de ansiedad [Internet]. Manual MSD versión para profesionales. 2020. Disponible en:

- <https://www.msmanuals.com/es-co/professional/trastornos-psiqui%C3%A1tricos/trastorno-de-ansiedad-y-trastornos-relacionados-con-el-estr%C3%A9s/generalidades-sobre-los-trastornos-de-ansiedad>
76. Nock MK. Self-Injury. *Annu Rev Clin Psychol*. 2010;6:339–63.
 77. Constanza S, Buitrago C, Alberto J, Parra C. Ideación y conductas suicidas en adolescentes y jóvenes. *Pediatría Atención Primaria*. 2018;20(80):387–97.
 78. Ministerio Nacional de Salud. ABECÉ de la prevención y atención al consumo de sustancias psicoactivas [Internet]. 2016. p. 6. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/Abec-e-salud-mental-psicoactivas-octubre-2016-minsalud.pdf>
 79. NIH: biblioteca nacional de medicina. Trastorno por consumo de alcohol [Internet]. Enciclopedia médica. [cited 2021 Jun 3]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/000944.htm>
 80. Agencia de la ONU para los refugiados. ¿Qué es un conflicto armado según el Derecho Internacional Humanitario? [Internet]. 2018. Disponible en: https://eacnur.org/blog/que-es-un-conflicto-armado-segun-el-derecho-internacional-humanitario-tc_alt45664n_o_pstn_o_pst/
 81. University of Technology Sydney. LGBTIQA+ terminology [Internet]. Disponible en: <https://www.uts.edu.au/partners-and-community/initiatives/social-justice-uts/equity-and-diversity-uts/gender-sexuality-5>
 82. Mathews B, Pacella R, Dunne MP, Simunovic M, Marston C. Improving measurement of child abuse and neglect: A systematic review and analysis of national prevalence studies. *PLoS One* [Internet]. 2020;15(1). Disponible en: </pmc/articles/PMC6986759/>
 83. Petersen A, Joseph J, Feit M. *New Directions in Child Abuse and Neglect Research* [Internet]. Washington, DC: The National Academies Press; 2014. Disponible en: http://www.nap.edu/catalog.php?record_id=18331
 84. Xu T, Yue Q, Wang Y, Wang S, Liu W, Huang X. Perception on risk factors of child maltreatment in China: A qualitative study among health professionals.

- BMJ Open [Internet]. 2019 Jun 1 [cited 2021 May 18];9(6). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31182454/>
85. Finkelhor David, Turner Heather, Hamby Sherry, Richard Ormrod. Polyvictimization: children's exposure to multiple types of violence, crime, and abuse. *Juvenile Justice Bulletin* [Internet]. 2011. Disponible en: www.ojp.usdoj.gov
 86. Haas BM, Berg KA, Schmidt-Sane MM, Korbin JE, Spilsbury JC. How might neighborhood built environment influence child maltreatment? Caregiver perceptions. *Soc Sci Med* [Internet]. 2018;214:171–8. Disponible en: [/pmc/articles/PMC6207936/](https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31182454/)
 87. Saile R, Ertl V, Neuner F, Catani C. Does war contribute to family violence against children? Findings from a two-generational multi-informant study in Northern Uganda. *Child Abuse Negl*. 2014;38(1):135–46. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24239222/>
 88. Cerna-Turoff I, Fang Z, Meierkord A, Wu Z, Yanguela J, Ahabwe Bangirana C, et al. Factors associated with violence against children in low-and middle-income countries: a systematic review and meta-regression of nationally representative data. *Trauma Violence Abuse*. 2021;22(2):219–32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33461441/>
 89. Pinheiro PS. *World report on violence against children* [Internet]. Geneva; 2006. Disponible en: <http://www.unicef.org>
 90. Norman RE, Byambaa M, De R, Butchart A, Scott J, Vos T. The long-term health consequences of child physical abuse, emotional abuse, and neglect: a systematic review and meta-analysis [Internet]. Vol. 9, *PLoS Medicine*. PLoS Med; 2012. p. 1–31. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23209385/>
 91. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. *Ocultos a plena luz: un análisis estadístico de la violencia contra los niños*. 2014.
 92. Mo X, Gai RT, Tachibana Y, Bolt T, Takahashi Y, Nakayama T. The burden of disease and the cost of illness attributable to child maltreatment in Japan:

- Long-term health consequences largely matter. BMC Public Health [Internet]. 2020 Aug 27;20(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32854682/>
93. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. ¿Cuántos somos? [Internet]. 2018. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/cuantos-somos>
 94. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Violencias contra Niños Niñas y Adolescentes en Colombia. Observatorio del bienestar de la niñez. Bogotá; 2019.
 95. Duque Nuñez IC, Niño Novoa OM. El consumo de sustancias psicoactivas, un asunto de salud pública [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. p. 56. Disponible en: <https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/recursos/CO031052013-Cartilla.pdf>
 96. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia comité español. Convención sobre los derechos del niño. Madrid, Madrid; 2006 Jun.
 97. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. La Convención sobre los Derechos y sus tres Protocolos Facultativos. 2014;96p. Disponible en: https://www.unicef.org/argentina/sites/unicef.org.argentina/files/2018-03/CDN_2014.pdf<https://www.unicef.org/argentina/media/571/file/CDN.pdf>
 98. El Congreso de Colombia. Ley 12 de 1991 “Por medio de la cual se aprueba la Convención sobre los Derechos Del Niño adoptada por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20 de noviembre de 1989.” Colombia; 1991.
 99. Corte Constitucional. Constitución Política de Colombia [Internet]. Gaceta Constitucional No. 116 de 20 de julio de 1991. 1991. Disponible en: http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/MacroprocesoDisciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm

100. Congreso de la República de Colombia. Ley 1098 de 2006 “Por la cual se expide el código de la infancia y la adolescencia.” Colombia; 2006.
101. Congreso de Colombia. Ley n° 2089 del 14 de mayo de 2021 “Por medio de la cual se prohíbe el uso del castigo físico, los tratos crueles, humillantes o degradantes y cualquier tipo de violencia como método de corrección contra niñas, niños y adolescentes y se dictan otras disposiciones”. 2021. p. 5.
102. Instituto Nacional de Salud. Reporte global prevención de la violencia, Colombia. Bogotá; 2014.
103. Ramos C. Los paradigmas de la investigación científica. Avances en psicología. 2015;23(1):1–9.
104. Diez Farhat. Qué es una teoría: cómo se desarrolla en el enfoque cuantitativo y en el enfoque cualitativo de investigación. 2016;1–13.
105. Martínez-González MÁ, Toledo E, Martín-Calvo N, Sánchez-Villegas A. Introducción a los métodos de la epidemiología y la bioestadística. In: Elsevier, editor. Bioestadística amigable. 4th ed. España; 2020.
106. Manterola C, Otzen T. Estudios Observacionales. Los Diseños Utilizados con Mayor Frecuencia en Investigación Clínica. Int J Morphol. 2014;32(2):634–45.
107. Argimon Pallás JMa, Jiménez Villa J. Clasificación de los tipos de estudio. In: Elsevier, editor. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 5th ed. España; 2019. p. 27–31.
108. Argimon Pallás JMa, Jiménez Villa J. Población de estudio. In: Elsevier, editor. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 5th ed. España; 2019. p. 157–64.
109. The jamovi project. Jamovi [Internet]. 2021. Available from: <https://www.jamovi.org>
110. Daniel W. Estadística descriptiva. In: Limusa, editor. Bioestadística: base para el análisis de las ciencias de la salud. 4th ed. México; 2017. p. 15–45.
111. Toledo E, Basterra-Gortari FJ, de la Rosa PA, Martínez-González MÁ. Datos categóricos y porcentajes: comparación de proporciones. In: Elsevier, editor. Bioestadística amigable. 4th ed. España; 2020. p. 138–72.

112. Argimon Pallás JMa, Jiménez Villa J. Potencia de un estudio. In: Elsevier, editor. Métodos de investigación clínica y epidemiológica. 5th ed. España; 2019. p. 311–7.
113. Toledo E, López del Burgo C, Sayón-Orea C, Martínez-González MÁ. Comparación de medias entre dos grupos. In: Elsevier, editor. Bioestadística amigable. 4th ed. Bogotá; 2020. p. 173–202.
114. Sánchez-Villegas A, Bes-Rastrollo M, Martín-Calvo N, Martínez-González MÁ. Regresión logística. In: Elsevier, editor. Bioestadística amigable. 4th ed. España; 2020. p. 409–50.
115. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial – principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Fortaleza: 64a Asamblea General AAM; 2013.
116. Ministerio de Salud y Protección Social. RESOLUCION NUMERO 8430 DE 1993: Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Colombia; 1993.
117. Congreso de Colombia. Ley Estatutaria 1581 de 2012 “Por la cual se dictan disposiciones generales para la protección de datos personales.” Colombia; 2012.
118. Milaniak I, Widom CS. Does child abuse and neglect increase risk for perpetration of violence inside and outside the home? *Psychol Violence*. 2015 Jul 1;5(3):246–55. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4504697/>
119. Fang X, Corso PS. Gender Differences in the Connections between Violence Experienced as a Child and Perpetration of Intimate Partner Violence in Young Adulthood. *J Fam Violence*. 2008 Jul;23(5):303–13.
120. Fulu E, Miedema S, Roselli T, McCook S, Chan KL, Haardörfer R, et al. Pathways between childhood trauma, intimate partner violence, and harsh parenting: findings from the UN Multi-country Study on Men and Violence in Asia and the Pacific. *Lancet Glob Health*. 2017 May 1;5(5):e512–22. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28395846/>

121. Muller R. The interaction of parent and child gender in physical child maltreatment. *Canadian Journal of Behavioural Science*. 1995;27(4):250/465. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7485598/>
122. Hamby S, Finkelhor D, Turner H, Ormrod R. The overlap of witnessing partner violence with child maltreatment and other victimizations in a nationally representative survey of youth. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2010;34(10):734–41. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.chiabu.2010.03.001>
123. Kelmendi K, Zamira &, Duraku H, Jemini-Gashi L. Coexistence of Intimate Partner Violence and Child Maltreatment among Adolescents in Kosovo. *J Fam Violence* [Internet]. 2019;34:411–21. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10896-018-00034-y>
124. Guedes A, Bott S, Garcia-Moreno C, Colombini M. Bridging the gaps: a global review of intersections of violence against women and violence against children. *Glob Health Action*. 2016;9(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27329936/>
125. Ford JD, Delker BC. Polyvictimization in childhood and its adverse impacts across the lifespan: Introduction to the special issue. Vol. 19, *Journal of Trauma and Dissociation*. Routledge; 2018. p. 275–88. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29547074/>
126. Riedl D, Beck T, Exenberger S, Daniels J, Dejaco D, Unterberger I, et al. Violence from childhood to adulthood: The influence of child victimization and domestic violence on physical health in later life. *J Psychosom Res*. 2019 Jan 1;116:68–74. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30654997/>
127. Ministerio de salud y protección social. Encuesta nacional de salud mental. Bogotá; 2015.
128. Rehan W, Antfolk J, Johansson A, Jern P, Santtila P. Experiences of severe childhood maltreatment, depression, anxiety and alcohol abuse among adults in Finland. *PLoS One*. 2017 May 1;12(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28481912/>

129. Gardner MJ, Thomas HJ, Erskine HE. The association between five forms of child maltreatment and depressive and anxiety disorders: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse Negl.* 2019 Oct 1;96. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31374447/>
130. Departamento Administrativo Nacional de Estadística. Censo Nacional de Población y Vivienda 2018. Bogotá; 2018.
131. Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses. Violencia de género en grupos étnicos. *Boletín epidemiológico.* 2018;1–35.
132. Celentano D, Szklo M. Ethical and professional issues in epidemiology. In: Elsevier, editor. *Gordis Epidemiology.* 6th ed. Philadelphia: Elyse O’Grady; 2019. p. 395–408.
133. Inter-American Commission on Human Rights., Inter-American Commission on Human Rights., Comisión Interamericana de Derechos Humanos., Organización de los Estados Americanos. Violencia contra personas lesbianas, gays, bisexuales, trans e intersex en América. Comisión Interamericana de Derechos Humanos; 2015.
134. United Nations Children’s Fund. Comprehensive laws and social changes are key to eradicate the physical punishment suffered by 1 out of every 2 children in Latin America and the Caribbean. 2018 Apr 25;
135. Maxwell K, Callahan JL, Ruggero CJ, Janis B. Breaking the Cycle: Association of Attending Therapy Following Childhood Abuse and Subsequent Perpetration of Violence. *J Fam Violence.* 2016 Feb 1;31(2):251–8. Disponible en: <https://www.proquest.com/docview/1757873019>
136. Economic Commission for Latin America and the Caribbean, United Nations Children’s Fund. Violence against children and adolescents in the time of COVID-19. 2020. p. 1–15.
137. Stern E, Heise L, Dunkle K, Chatterji S. How the Indashyikirwa Intimate Partner Violence Prevention Programme in Rwanda Influenced Parenting and Violence against Children. *J Fam Violence [Internet].* 2022;37:195–206. Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10896-020-00216-7>

138. Zafar N, Naeem M, Zehra A. Professional team response to violence against children: From experts to teamwork. *Child Abuse Negl* [Internet]. 2021;119:104777. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104777>
139. Khamala Wangamati C, Mdala I, Ogutu B, Sokoine K, Ochieng M, Majikata S, et al. Assessment of whole school approach intervention to reduce violence affecting children in and around schools in Kenya and Tanzania: protocol for a before-and-after, mixed-methods pilot study. *BMJ Open* [Internet]. 2022;12:55231. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2021-055231>

11. ANEXOS

Anexo 1. Tabla de variables dummie independientes

Variable dummie	Opciones de respuesta	Variables originales	Opciones de respuesta
Etnia	<p>1-Mestizo: Mestizo</p> <p>2-Minoría étnica: 1=Indígena + 2=Gitano (rom) + 3 Raizal del archipiélago + 4=Palenquero de San Basilio + 5= Negro/ mulato/ afrocolombiano o afrodescendiente.</p> <p>3-Diferente a mestizo o minoría étnica reconocida: 7=Ninguna de las anteriores</p> <p>4-NS/NR: 98=No sabe 99=No responde</p>	Reconocimiento étnico de acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos	1=Indígena 2=Gitano (rom) 3=Raizal del archipiélago 4=Palenquero de San Basilio 5=Negro/mulato/afrocolombiano o afrodescendiente 6=Mestizo 7=Ninguna de las anteriores 98=No sabe 99=No responde
Orientación sexual	<p>1-Heterosexual: Registro de participantes de sexo masculino con atracción por mujeres y participantes de sexo femenino con atracción por hombres.</p> <p>2-LGBTIQA+:</p>	Sentir atracción por, hombres, mujeres, ambos, o ninguno	1=Hombres 2=Mujeres 3=Ambos 4=Ninguno 98=No sabe 99=No responde

Variable dummie	Opciones de respuesta	Variables originales	Opciones de respuesta
	<p>Registro de participantes hombres o mujeres con atracción por personas del mismo sexo, ambos sexos o sin atracción por ninguno de ellos.</p> <p>3-NS/NR: 98=No sabe 99=No responde</p>		
Haber sido victimario de violencia física	<p>1-Si: Si en cualquiera de las preguntas 2-No: No en todas las preguntas 3-NS/NR: 98=No sabe 99= No responde</p>	Haber hecho algo de lo siguiente a su pareja o ex-pareja: Le abofeteó, le empujó, le sacudió, o le arrojó algo intencionalmente para hacerle daño	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Haber hecho algo de lo siguiente a su pareja o ex-pareja: Le ha dado golpes, puñetazos, patadas, o le golpeó con algún objeto	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Haber hecho algo de lo siguiente a su pareja o ex-pareja: Le trató de estrangular, asfixiar, ahogar o le quemó intencionalmente	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Haber hecho algo de lo siguiente a alguien que no es su pareja actual: Le abofeteó, le	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde

Variable dummie	Opciones de respuesta	Variables originales	Opciones de respuesta
		empujó, le sacudió, o le arrojó algo intencionalmente para hacerle daño	
		Haber hecho algo de lo siguiente a alguien que no es su pareja actual: Le ha dado golpes, puñetazos, patadas, o le golpeó con algún objeto	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Haber hecho algo de lo siguiente a alguien que no es su pareja actual: Le trató de estrangular, asfixiar, ahogar o le quemar intencionalmente	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
Consumo problemático de alcohol	1-Si: 1 o más días 2-No: 0 días 3-NS/NR: 98=No sabe 99= No responde	Mujeres: Durante el último mes, número de días que tomó 4 o más tragos seguidos de bebidas alcohólicas Hombres: Durante el último mes, número de días tomó 5 o más tragos seguidos de bebidas alcohólicas	Numero de dias: [] 98=No Sabe 99=No responde
Violencia sexual	1-Si: Si en cualquiera de las preguntas 2-No: No en todas las preguntas 3-NS/NR: 98=No sabe	Haber sido tocado de manera sexual (acariciado, pellizcado, agarrado, o tocado) cerca de su zona íntima/genitales sin su permiso, pero sin concluir en un	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde

Variable dummie	Opciones de respuesta	Variables originales	Opciones de respuesta
	99= No responde	acto/relaciones sexuales	
		Alguna vez en su vida su pareja o ex-pareja, trato de tener relaciones sexuales en contra de su voluntad sin haberlo logrado	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Una persona diferente a su pareja trato de tener relaciones sexuales con usted en contra de su voluntad, pero sin haberlo logrado	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Alguna vez en su vida su pareja o ex-pareja, la forzó físicamente a tener relaciones sexuales y lo logró	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Alguna vez en su vida alguien diferente a su pareja la ha forzado físicamente a tener relaciones sexuales y lo lograron	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Alguna vez en su vida su pareja o ex-pareja, la han presionado a tener relaciones sexuales y lo lograron	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde

Variable dummie	Opciones de respuesta	Variables originales	Opciones de respuesta
		Alguna vez en su vida alguien diferente a su pareja, ha tratado de tener relaciones sexuales con usted en contra de su voluntad sin haberlo logrado	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
Síntomas de ansiedad	1-Si: 1=Siempre 2=Casi siempre 3=A veces 4=Casi nunca 2-No: 5=Nunca 3-NS/NR: 98=No sabe 99= No responde	Frecuencia con que se sintió Nervioso el último mes	1=Siempre 2=Casi siempre 3=A veces 4=Casi nunca 5=Nunca 98=No sabe 99=No responde
		Frecuencia con que se sintió Ansioso el último mes	1=Siempre 2=Casi siempre 3=A veces 4=Casi nunca 5=Nunca 98=No sabe 99=No responde
		Frecuencia con que se sintió Intranquilo el último mes	1=Siempre 2=Casi siempre 3=A veces 4=Casi nunca 5=Nunca 98=No sabe 99=No responde
Síntomas de depresión	1-Si: 1=Siempre 2=Casi siempre 3=A veces 4=Casi nunca 2-No: 5=Nunca 3-NS/NR: 98=No sabe 99= No responde	Frecuencia con que se sintió Tan triste que nada le pudo alegrar en el último mes	1=Siempre 2=Casi siempre 3=A veces 4=Casi nunca 5=Nunca 98=No sabe 99=No responde
		Frecuencia con que se sintió Que todo le cuesta trabajo en el último mes	1=Siempre 2=Casi siempre 3=A veces 4=Casi nunca 5=Nunca 98=No sabe 99=No responde
		Frecuencia con que se sintió Inútil en el último mes	1=Siempre 2=Casi siempre 3=A veces 4=Casi nunca 5=Nunca 98=No sabe 99=No responde
Ideación o intento suicida	1-Si: Si en cualquiera de las preguntas 2-No: No en todas las preguntas 3-NS/NR: 98=No sabe	Haber pensado en quitarse la vida alguna vez	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Haber intentado quitarse la vida alguna vez	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde

Variable dummie	Opciones de respuesta	Variables originales	Opciones de respuesta
	99= No responde		
Ausentismo escolar por situaciones de violencia	1-Si: Si en cualquiera de las preguntas 2-No: No en todas las preguntas 3-NS/NR: 98=No sabe 99= No responde	No haber ido alguna vez al colegio/escuela/centro educativo/universidad, o no haber salido de su casa por miedo a situaciones en su comunidad (amenazas, extorsiones, BACRIM)	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		No haber ido alguna vez al colegio/escuela/centro educativo/universidad, o no haber salido de su casa por miedo a la policía o al ejercito en la calle	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
Recibir ayuda económica de alguna entidad	1-Si: Si en cualquiera de las preguntas 2-No: No en todas las preguntas 3-NS/NR: 98=No sabe 99= No responde	Algún miembro de su hogar recibió alguna ayuda económica / dinero/ bono/ auxilio del gobierno durante el último año.	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Alguna persona del hogar recibió ayuda de una organización no gubernamental, o de un programa de base comunitaria tales como crédito, capital semilla, préstamo blando (de bajo interés).	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde

Variable dummie	Opciones de respuesta	Variables originales	Opciones de respuesta
Cercanía con madre biológica	1=Cercana: 1=Muy cercana 2=Cercana 2=No cercana: 3=No cercana 4=Nunca tuvo relación con ella 3-NS/NR: 98=No sabe 99= No responde	Nivel de cercanía con madre biológica	1=Muy cercana 2=Cercana 3=No cercana 4=Nunca tuvo relación con ella 98=No sabe 99=No responde
Cercanía con padre biológico	1=Cercano: 1=Muy cercano 2=Cercano 2=No cercano: 3=No cercano 4=Nunca tuvo relación con él 3-NS/NR: 98=No sabe 99= No responde	Nivel de cercanía con padre biológico	1=Muy cercano 2=Cercano 3=No cercano 4=Nunca tuvo relación con él 98=No sabe 99=No responde
Violencia a la mujer en cuidadores	1-Si: 2=Una vez 3=Mas de una vez 2-No: 1=Nunca 3-NS/NR: 98=No sabe 99= No responde	Número de veces que ha visto o escuchado a su madre/madrastra ser golpeada, empujada o pateada por su padre o padrastro	1=Nunca 2=Una vez 3=Mas de una vez 98=No sabe 99=No responde
Violencia a hermanos en el hogar por los cuidadores	1-Si: 2=Una vez 3=Mas de una vez 2-No: 1=Nunca 3- No tiene hermanos: 4 = No tiene hermanos ni hermanas 4-NS/NR: 98=No sabe	Número de veces que ha visto o escuchado a su padre, madre y/o cuidador(a) golpear, empujar o patear a sus hermanos o hermanas	1=Nunca 2=Una vez 3=Mas de una vez 4 = No tiene hermanos ni hermanas 98=No sabe 99=No responde

Variable dummie	Opciones de respuesta	Variabes originales	Opciones de respuesta
	99= No responde		

Anexo 2. Tabla de variable dummie dependiente

Variable dummie	Opciones de respuesta	Variabes originales	Opciones de respuesta
Violencia física	1-Si: Si en cualquiera de las preguntas 2-No: No en todas las preguntas 3-NS/NR: 98=No sabe 99= No responde	Su pareja le ha abofeteado, empujado, sacudido, o arrojado algo intencionalmente para hacerle daño alguna vez en la vida	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Su pareja le ha dado golpes, puñetazos, patadas, o le golpeó con algún objeto alguna vez en la vida	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Su pareja le ha tratado de estrangular, asfixiar, ahogar o le quemó intencionalmente alguna vez en la vida	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Una persona de su misma edad le ha abofeteado, empujado, sacudido, o arrojado algo intencionalmente para hacerle daño alguna vez en la vida	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Una persona de su misma edad le ha dado golpes, puñetazos, patadas, o le golpeó con algún objeto alguna vez en la vida	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Una persona de su misma edad le ha tratado de estrangular, asfixiar, ahogar o le quemó intencionalmente alguna vez en la vida	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Su cuidador le ha abofeteado, empujado, sacudido, o arrojado algo intencionalmente para hacerle daño alguna vez en la vida	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde

		Su cuidador le ha dado golpes, puñetazos, patadas, o le golpeó con algún objeto alguna vez en la vida	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Su cuidador le ha tratado de estrangular, asfixiar, ahogar o le quemó intencionalmente alguna vez en la vida	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Un adulto de su comunidad le ha abofeteado, empujado, sacudido, o arrojado algo intencionalmente para hacerle daño alguna vez en la vida	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Un adulto de su comunidad le ha dado golpes, puñetazos, patadas, o le golpeó con algún objeto alguna vez en la vida	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde
		Un adulto de su comunidad le ha tratado de estrangular, asfixiar, ahogar o le quemó intencionalmente alguna vez en la vida	1=Si 2=No 98=No sabe 99=No responde