

VOCES VALIENTES

Impacto de las violencias en la salud mental y el bienestar de la niñez y adolescencia en el municipio de La Paz



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
BOLIVIANA
ERIGIDA CANÓNICAMENTE
POR LA SANTA SEDE DESDE 2023



SEPAMOS



CRÉDITOS

Instituciones que llevaron adelante el estudio

Viviana Farfán Andrade – Directora País de Educo Bolivia
Jaquelin Butrón Berdeja – Directora ejecutiva de SEPAMOS Bolivia

Coordinación institucional del estudio

Carolina Sagárnaga Escobar – Educo Bolivia

Equipo revisor del estudio

Mauricio Otasevic Alvarez Plata, María Eugenia Torrico Palacios, Wendy Rivera Pacheco – Educo Bolivia

Participación en el trabajo de campo del estudio

Christian Escobar Cáceres, Geraldine Nuñez Soruco, Soreli Chavez Bellido – SEPAMOS Bolivia

Entidad académica encargada del estudio

Universidad Católica Boliviana San Pablo
Marcela Losantos Velasco – Coordinadora Instituto de Investigación en Ciencias del Comportamiento (IICC)

Coordinación académica del estudio

Natalie Guillén Aguirre – IICC

Responsables académicos a cargo de la investigación

Fernanda García, Andrés Villalobos, Lorena Alarcón, Jazmín Mazó, Ana María Aria Uriona – Equipo de investigadores IICC
Ana Ayo, Mariana Dorado – Asistentes de la investigación IICC
Sofía Martínez, Vicente Calabi, Andrea Rojas, Mariana López, Nicole Zarate.

Coinvestigadores niñas, niños y adolescentes proyecto

Ian Carlo Villca Mamani, Santiago Estrada Pozo, Raquel Ahois Quino, Keiler Gonzales Larrea, Iker Basualto Aruquipa, Elizabeth Trujillo Cori, Cecilia Valeria Cruz Rodriguez, Camila Alejandra Daza Calle, Andres Campanini, Kristel Choque Yana, Aracely Sarai Mollo Kuno, Alejandra Maldonado, Yisel Yupanqui, Samanta Barra, Gabriel Orellana Ordoñez, Camila Deheza, Mishel Ramírez, Charlotte Yampara, Valkiria Iraya Gutierrez Casas, Zoe Nicol Cruz Ari.

Fotografías

Banco de fotos del proyecto “Protagonistas del bienestar y prevención de violencia en la escuela” (Educo – SEPAMOS)

Diseño gráfico

Folio - Unidad de Diseño e Impresión UCB.

Imprenta

Team Graphics SRL

La Paz – Bolivia, 2024

ÍNDICE

Resumen	5
Comentarios al estudio	6

CAPÍTULO I: MARCO REFERENCIAL

1.1. Antecedentes	11
1.2. Marco de Referencia	13
1.3. Objetivos del estudio	16
1.3.1. Objetivo general	16
1.3.2. Objetivos específicos	16

CAPÍTULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Diseño de investigación	19
2.2. Metodología cuantitativa	20
2.2.1. Cálculo de la muestra y selección de participantes	20
Cálculo de la muestra	19
2.2.2. Instrumentos	22
2.2.3. Procedimiento del levantamiento de datos	23
Selección y capacitación del equipo de recolección de datos	23
2.2.4. Análisis de datos	24
2.3. Metodología cualitativa	24
2.3.1. Conformación del grupo de niñas, niños y adolescentes participantes	25
Participantes	25
2.3.2. Conformación del grupo de madres, padres, operadores y técnicos de protección y educación	26
2.3.3. Técnicas de levantamiento de datos	26
2.3.4. Procedimiento para el levantamiento de datos cualitativo	27
2.3.5. Análisis de datos	27
2.4. Consideraciones éticas	28
2.5. Trabajo con niñas, niños y adolescentes coinvestigadores	29

CAPÍTULO III: RESULTADOS

3.1. Prevalencia y percepción sobre el estado de situación de la violencia en las unidades educativas	33
3.1.1. ¿Cuál es la situación de la violencia en las unidades educativas?	33

3.1.2	¿Qué piensan las personas adultas del entorno protector?	37
3.2	Las violencias y su asociación en la salud mental	40
3.2.1	¿Cómo está la salud mental en las unidades educativas? Información sobre indicadores de salud mental de las niñas, niños y adolescentes	40
3.2.2	Relación entre las violencias y la salud mental	42
3.2.3	Las violencias como factor de riesgo para el deterioro de salud mental	42
3.3	¿Cómo afectan las violencias en la salud mental desde la percepción de las niñas, niños y adolescentes?	45
3.4	Salud mental, bienestar subjetivo y apoyo social	48
3.4.1	¿Cómo se encuentra el bienestar subjetivo de las niñas, niños y adolescentes?	48
3.4.2	¿Cómo perciben el apoyo por parte de su entorno las niñas, niños y adolescentes?	48
3.4.3	El bienestar subjetivo y el apoyo social como protectores de la salud mental	49
3.5	Salud mental y bienestar 3D	51
3.5.1	¿Cómo piensan las niñas, niños y adolescentes que las violencias y la salud mental deteriorada afectan en su bienestar?	51
3.5.2	¿Cuáles son los cambios que deben suceder para reducir el impacto de las violencias en la salud mental?	53

CAPÍTULO IV: REFLEXIONES

4.1.	Percepción de la violencia en la escuela y el hogar	59
4.2.	Prevalencia de la violencia y sus efectos en la salud mental según el género	60
4.3.	El bienestar y su relación con la salud mental y la violencia	61
4.4.	Consideraciones de las niñas, niños y adolescentes coinvestigadores	62

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1.	Conclusiones	65
5.2.	Recomendaciones	66
5.3.	Llamado a la acción por las niñas, niños y adolescentes coinvestigadores	68
5.4.	Limitaciones	69

ANEXOS

REFERENCIAS

VOCES VALIENTES

Impacto de las violencias en la salud mental y el bienestar de la niñez y adolescencia en el municipio de La Paz

La investigación titulada “*Voces valientes: impacto de las violencias en la salud mental y el bienestar de la niñez y adolescencia en el municipio de La Paz*”, utiliza un diseño mixto con predominancia cuantitativa, para identificar cómo los tipos de violencia como física, psicológica, sexual y la violencia facilitada por la tecnología, se relacionan y tienen efectos en indicadores de depresión, ansiedad y síntomas psicosomáticos. Asimismo, el estudio indaga respecto al rol del bienestar en la relación de estas variables, utilizando indicadores del bienestar subjetivo, apoyo social y la teoría del bienestar 3D¹. Los hallazgos muestran que la exposición a estos tipos de violencia incrementa significativamente el riesgo de problemas de salud mental, afectando también las dimensiones material, relacional y subjetiva del bienestar.

Se detectaron altos niveles de violencia en entornos escolares y familiares. El 70% de los estudiantes de primaria y el 60% de secundaria reportaron haber sufrido violencia física, mientras que más del 50% perciben bullying (acoso escolar) en sus escuelas. La violencia psicológica es la más prevalente, afectando al 65% de las niñas y niños de primaria y al 64% de adolescentes de secundaria, con mayores índices en las mujeres. Además, las adolescentes son las más vulnerables a sufrir agresiones sexuales. Estas experiencias están asociadas con mayores probabilidades de desarrollar depresión y ansiedad, con diferencias significativas entre géneros y niveles educativos.

El estudio también resalta la percepción de las personas adultas sobre la violencia, quienes identifican la escuela y el hogar como los principales espacios de ocurrencia. Asimismo, mencionan factores como disfunción familiar, normalización de la violencia y fallas en los sistemas de protección como causas subyacentes. Aunque las personas adultas reconocen la gravedad del ciberbullying (acoso escolar facilitado por la tecnología) y la exposición a contenidos violentos en línea, se evidencian limitaciones en las estrategias de intervención.

Finalmente, el enfoque del bienestar 3D permitió analizar cómo la violencia afecta las dimensiones esenciales de la vida en la niñez y adolescencia, destacando la importancia de intervenciones integrales. Se espera que los resultados sean un aporte para diseñar políticas públicas y programas de prevención y apoyo psicosocial que fortalezcan los entornos protectores, mejoren las redes de apoyo y fomenten la resiliencia en la población estudiada.

Palabras clave: salud mental, bienestar 3D, violencia física, violencia psicológica, violencia facilitada por tecnología.

1 Dimensión material del bienestar que apunta a “qué recursos tienen a disposición” las personas. Dimensión relacional se centra en analizar “qué pueden ser y hacer niñas y niños con los recursos que tienen a disposición”. Dimensión subjetiva proporciona información valiosa sobre “qué piensan, valoran y sienten niñas y niños acerca de lo que pueden ser y hacer con los recursos a disposición” (De Castro Lamale, 2017)).

COMENTARIOS AL ESTUDIO

Gonzalo de Castro

Coordinador de Investigación Social y Estudios - Educo España

Las relaciones entre la violencia en la infancia y la adolescencia, la salud mental y el bienestar, que son el objeto de esta investigación, se ubican hoy en las preocupaciones ciudadanas y de la acción y social. Además, se encuentran en el centro de los estudios de infancia o de los de salud mental de las personas y las poblaciones en una era, justamente, marcada por la prevalencia la ansiedad y la depresión como las enfermedades del siglo XXI.

Los resultados de esta investigación y las relaciones causales o significativas que presenta desbordan esos amplios campos interdisciplinarios del punto de partida como lo son los estudios de infancia y de la salud, llegando al centro de otros campos que pueden parecer tan distantes de éstos, como la ciencia política, las neurociencias y la neuroeducación. Por ejemplo, los cambios fisiológicos detectados en la corteza prefrontal de niñas, niños y adolescentes en años recientes, por motivos de violencia u otros relacionados con ésta (Desmurguet, 2022: 'La fábrica de cretinos digitales'; por ejemplo), se relacionan con cambios preocupantes en las funciones ejecutivas del cerebro, las capacidades críticas y la toma de decisiones.

Por lo anterior, basta con asumir la importancia de las aspiraciones y las percepciones en las dimensiones del bienestar, para avizorar el estrechamiento gradual de las capacidades humanas por factores contextuales como los que se abordan aquí. Es cierto que no debemos subestimar el papel del funcionamiento psicológico o trastornos individuales al abordar las causas de la violencia, pero la data recolectada y el análisis permiten delinear problemas estructurales y sociales. Además, el hecho de mantener el bienestar de la infancia como categoría de análisis, abre la mirada sobre aspectos amplios como la satisfacción con la vida, las emociones positivas y la percepción de un propósito, cuestiones que se ven mermadas por el efecto de la violencia en la salud mental.

Por otra parte, el efecto del socavamiento de las facultades críticas de niñas, niños y adolescentes en pleno período de formación y desarrollo cerebral, ya sea por las violencias, donde destacan el bullying y el cyberbullying – que esta investigación corrobora su intensidad, así como las dificultades de su abordaje-, o bien por factores como los modelos de negocios de las redes sociales (que surgen de otras investigaciones como Desmurguet, (2022) o Pigem (2023: 'Técnica y totalitarismo'; 2024: 'Conciencia o colapso'), importan tanto para funciones a nivel individual, es decir la expansión de capacidades humanas, pero además a nivel de la sociedad, ocupando a quienes analizan el deterioro de los sistemas democráticos y la participación ciudadana de calidad en la resolución de problemas complejos en las actuales sociedades hipermodernas.

Un apunte de interés que debemos agregar es la operacionalización, fundamentación y elección de indicadores de la categoría 'salud mental' en particular, es decir la ansiedad,

depresión y los síntomas psicosomáticos, se percibe como adecuada y a la vez robusta cuando se presentan relaciones significativas entre esta categoría y las de violencia y bienestar. Y esto ocurre admitiendo, como lo hace la investigación, que estos trastornos suelen ser el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales. Una vez más, la triangulación de datos recogidos mediante fuentes diversas, permite afianzar claramente las conclusiones del reporte.

Si bien podemos apreciar la importancia de la dimensión relacional del bienestar tal como lo articula el enfoque 3D, esta investigación abre oportunidades de profundizar en dicha dimensión, no sólo en cuanto a las relaciones familiares y sociales (autores angloparlantes lo apuntan como 'social & close relationships'), sino con relación a otros ámbitos de la relación entre individuo, comunidad y entorno socioambiental.

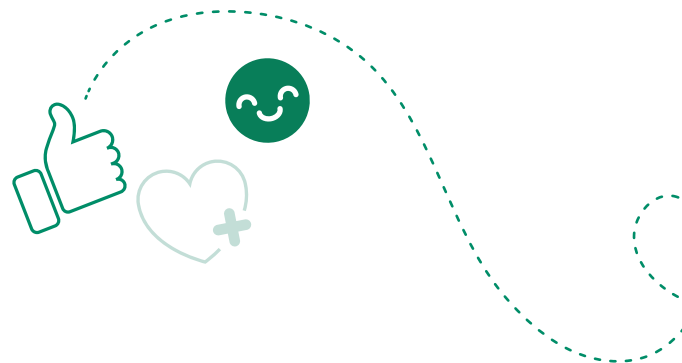
Con lo anterior me refiero a las relaciones con el poder y la toma de decisiones que afectan sus vidas. Allí se construyen capacidades ciudadanas colectivas para transformaciones necesarias y urgentes, pero también se inscriben las expectativas de desarrollo de las personas y la expansión de sus capacidades.

También me refiero a la relación con uno mismo, con la propia interioridad y la capacidad de imaginar y crear, en una época que promueve la construcción de buenos consumidores en detrimento de la construcción de ciudadanas y ciudadanos responsables. Y tanto la relación con el poder, como la relación con uno mismo, juegan un papel fundamental en la capacidad de cooperar. Se trata de un asunto clave para generar cambios sociales y ambientales hacia sociedades más justas, que también se socava en el impulso de la cultura del capitalismo actual que promueve un individualismo exacerbado de búsqueda individual como único camino a la mejora del bienestar, o bien una vida en cámaras de eco (eco-chambers) o burbujas, que van generando alienación de la vida en común. Estas formas de vida también se pueden entender como violencias (Byung Chul Han, 2016: Topología de la violencia) con efectos en una conceptualización amplia de la dimensión relacional del bienestar.

Finalmente, las conclusiones y recomendaciones presentan hallazgos que, si bien están conectados a las poblaciones estudiadas, permiten pensar en extrapolaciones a otros universos mayores, como los mayores riesgos de sufrir problemas de salud mental (ansiedad y depresión) por razón de sexo, edad o de ciertos tipos de violencia. O bien, la importancia que la infancia da a ciertos factores estratégicos para la mejora del bienestar, como lo corrobora nuevamente una investigación social de Educo Bolivia, es decir, la importancia del entorno y el medio ambiente como factor no sólo protector sino promotor del bienestar:

"Igual debería ir a la cancha para jugar con sus amigos y así sentirse más feliz. Para que pueda jugar con sus amigos, debería tener una cancha cerca de casa." (Comunicación personal, niño, 10 años).

Muchas gracias y felicitaciones a Educo Bolivia, y a las entidades socias e investigadoras que han hecho posible este proyecto.



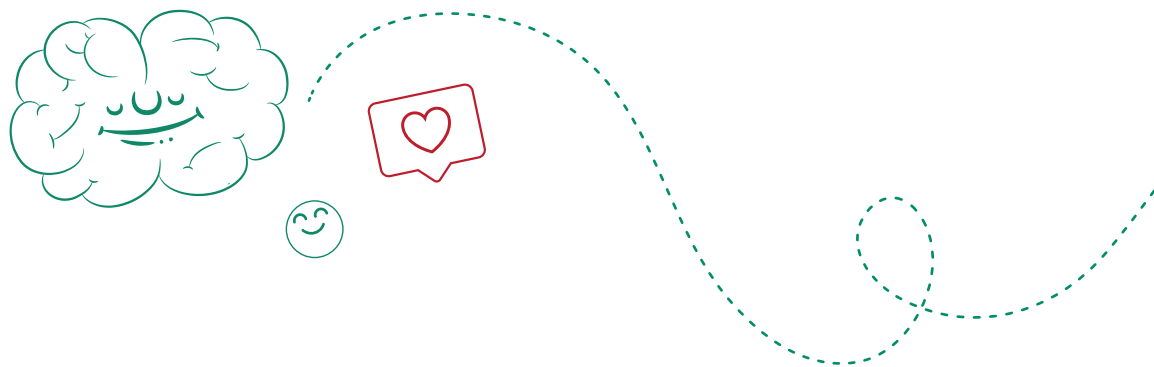
Dr. H.C. Pablo Román Lüscher

Centro de Investigación y Desarrollo en Neurociencias Cognitivas
y Ciencias del Comportamiento
Buró Internacional de Neurociencia Cognitiva Aplicada Global

Desde el punto de vista neurocognitivo, el estudio destaca la relevancia de los procesos neurocognitivos y emocionales en la salud integral de las niñas, niños y adolescentes. La interconexión entre las experiencias de violencia y la regulación emocional refleja cómo estas vivencias alteran circuitos críticos del cerebro, especialmente aquellos relacionados con el estrés crónico. Este estrés prolongado puede impactar áreas como amígdala e hipocampo, esenciales para la regulación emocional y la memoria, afectando así tanto el aprendizaje como la percepción de seguridad y bienestar en los entornos educativos y familiares.

El enfoque participativo y metodológico utilizado es notable, ya que integra a niñas, niños y adolescentes como protagonistas, lo que no solo empodera a los participantes, sino que también ofrece una perspectiva auténtica y enriquecedora para el análisis. El diseño permite profundizar en cómo los factores sociales y culturales influyen en los procesos de construcción de significados y percepción del bienestar, una dimensión clave desde la neurociencia cognitiva.

Finalmente, el estudio subraya la importancia de intervenciones integrales que aborden no solo las necesidades emocionales, sino también las materiales y relacionales de los menores. Esto coincide con la evidencia neurocognitiva que resalta la necesidad de entornos seguros y de apoyo para mitigar el impacto de las violencias y fortalecer la resiliencia emocional y cognitiva de los niños, niñas y adolescentes. Este enfoque debería guiar la implementación de políticas públicas que promuevan el bienestar holístico y protejan la salud mental de las poblaciones más vulnerables, ofreciendo así un desarrollo de las personas con habilidades sociales y de vida que le permitirá alcanzar su bienestar.



CAPÍTULO I

MARCO REFERENCIAL



1.1. Antecedentes

La violencia es ampliamente reconocida como un problema de salud pública global debido a su impacto profundo y multidimensional en individuos, comunidades y sistemas sociales. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), cada año millones de personas sufren las consecuencias físicas, psicológicas y sociales de la violencia, que incluye desde lesiones físicas hasta trastornos y efectos en la salud mental como ansiedad, depresión y estrés postraumático (WHO, 2021). Además, la violencia no solo afecta a las víctimas directas, sino que genera costos económicos significativos al sistema de salud. Estudios recientes destacan que la exposición a la violencia en la infancia está asociada con un mayor riesgo de enfermedades crónicas en la edad adulta, como enfermedades cardiovasculares y trastornos metabólicos, debido al estrés tóxico prolongado (Felitti et al., 1998; Hughes et al., 2017).

Cada año, la mitad de todas las niñas, niños y adolescentes son afectados por algún tipo de violencia, ya sea física, sexual o psicológica (Pearson et al., 2023; Hillis et al., 2017). En Bolivia, la situación es aún más alarmante, durante los últimos años se ha evidenciado un incremento en las tasas de prevalencia de violencia, tanto al interior del hogar como en las escuelas (Herrera et al., 2021). Investigaciones anteriores muestran cómo factores asociados a la violencia física, la violencia psicológica o las dinámicas familiares violentas han sido ampliamente estudiadas (e.g. IJM e IICC, 2023; Aldeas SOS e IICC, 2024). Así mismo, existen esfuerzos académicos con respecto a la salud mental de la población boliviana en general, donde la ansiedad y depresión demuestran tener una alta prevalencia (García Rojas et al., 2023). No obstante, la conexión entre ambas temáticas y su relación con el bienestar, especialmente en las niñas, niños y adolescentes, no dispone de información que impulse futuras acciones institucionales, ni el marco de acción para el desarrollo de políticas públicas.

La relación entre la salud mental y el bienestar en niñas, niños y adolescentes es compleja y la violencia está profundamente interconectada. La violencia, puede generar trastornos y efectos en la salud en general, como en la salud mental, tales como la ansiedad, depresión o el estrés postraumático (Pearson et al., 2023), impactando negativamente en aspectos esenciales para el desarrollo personal, como la autoestima, la percepción de seguridad y la confianza en el entorno (Gardner, 2019; Benjet, 2009). Estos efectos no solo limitan la capacidad de esta población para adaptarse a los desafíos cotidianos, sino que también afectan su desarrollo social y emocional, repercutiendo en su habilidad para formar vínculos saludables (Fry & Elliott, 2017; Franco & Franco, 2020). Esta afectación al estado emocional y relacional, a su vez, incrementa el riesgo de revictimización o de ejercer violencia hacia otros (Clarke et al., 2020; Almis et al., 2019).

Un trastorno de salud mental se caracteriza por alteraciones significativas y persistentes en la cognición, las emociones o el comportamiento, que afectan de manera notable la funcionalidad diaria en áreas como las relaciones interpersonales, el desempeño laboral o académico y el autocuidado. Su diagnóstico, basado en criterios establecidos por manua-

les como el DSM-5¹ o la CIE-11², requiere considerar la duración e intensidad de los síntomas, su impacto en la vida cotidiana y el contexto cultural y social de la persona. Estos trastornos suelen ser el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, y en general deben ser evaluados por profesionales capacitados que puedan diferenciarlos de respuestas normales a eventos estresantes. Es crucial abordarlos con empatía y sin estigmatización, fomentando una comprensión integral y el acceso a apoyo especializado y tratamientos adecuados. Si bien el estudio no evalúa la presencia de trastornos mentales según los criterios establecidos por el CIE 11 o el DSM 5, utiliza indicadores de auto reporte que proporcionan información válida respecto al impacto de las violencias en la salud mental, pues se ha demostrado que el auto reporte sobre cualquier aspecto importante de la vida de las personas permite recopilar datos directamente desde la perspectiva del participante información subjetiva y detallada sobre experiencias, pensamientos, emociones y sus comportamientos (Corneille et al., 2024).

En este sentido, mientras que al hablar de salud mental el foco se centraría en el funcionamiento psicológico y la ausencia de trastornos, el bienestar abarca aspectos más amplios como la satisfacción con la vida, las emociones positivas y la percepción de un propósito (Dhanabhakym & Sarath, 2023). El bienestar puede estar presente en las vidas de las niñas, niños y adolescentes de forma independiente al estado de la salud mental. Es decir que, uno no se traduce en el otro, sin embargo, están interconectados y pueden verse mutuamente afectados (Keller, 2019). Un claro ejemplo de ello, son los aspectos relacionales y el bienestar personal, variables que han demostrado fungir como amortiguadores ante situaciones de riesgo o violencia (Aldeas SOS, IICC, 2024). Las redes de apoyo con las que niñas, niños y adolescentes cuentan, mitigan los efectos de la salud mental deteriorada (Cámara et al., 2017; Schwartz-Mette et al., 2020; Mas-sing-Schaffer et al., 2022). Las fortalezas personales, como la resiliencia, también han demostrado disminuir el efecto de la ansiedad y la depresión (Roth et al., 2023).

Es así que la calidad de las relaciones que las niñas, niños y adolescentes establecen con su entorno, tomando en cuenta, los vínculos con familiares, amistades, educadores y miembros de su comunidad; así como también, las fortalezas personales con las que cuentan son factores que actúan como un “amortiguador” que permite a las niñas, niños y adolescentes afrontar las adversidades, incluso cuando están expuestos a situaciones de violencia.

Para comprender plenamente estas repercusiones, es fundamental considerar el bienestar desde una perspectiva integral, como el bienestar 3D, que contempla no solo sus experiencias psicológicas, sino también las condiciones materiales y sociales que moldean su percepción del mundo y de sí mismos (White, 2010). Este enfoque permite analizar cómo las adversidades asociadas a la violencia afectan las dimensiones fundamentales de sus vidas, destacando la importancia de una intervención que abarque todos estos aspectos interrelacionados.

Al abordar el bienestar desde un enfoque tridimensional (de Castro; 2015) es posible analizar las dimensiones materiales, relacionales y subjetivas de las vidas de las niñas, niños y adolescentes. Mediante estas tres dimensiones interconectadas se obtiene una noción integral, en donde prima lo que la persona tiene, lo que puede ser o hacer, y lo que

1 Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, quinta edición (DSM-5), fue publicado en 2013 por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), con la colaboración de más de 200 expertos en salud mental.

2 La Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima edición (CIE-11), fue desarrollada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

se piensa sobre lo que se puede ser, hacer y tener (White, 2010). Desde esta perspectiva es posible entender también que el impacto en cualquiera de estos aspectos puede afectar negativamente el bienestar y la calidad de los vínculos que las niñas, niños y adolescentes forman.

Para comprender mejor la relación entre los factores estudiados, a continuación, se desarrollan algunos conceptos clave sobre qué se entenderá por violencia, las tipologías y modalidades, la salud mental y el bienestar de la niñez y adolescencia en el estudio.

1.2. Marco de referencia

Violencia y tipos de violencia

La violencia contra niñas, niños y adolescentes abarca diversas formas de abuso y maltrato que afectan a su desarrollo integral. Según el código Niño, Niña y Adolescente (Ley 548): “Constituye violencia, la acción u omisión, por cualquier medio, que ocasione privaciones, lesiones, daños, sufrimientos, perjuicios en la salud física, mental, afectiva, sexual, desarrollo deficiente e incluso la muerte de la niña, niño o adolescente”. Los diferentes tipos de violencias son:

- **Violencia física:** Desde la Ley N° 548, en el artículo 153, se refiere a la ausencia de protección y cuidado básico, como la provisión de alimentos adecuados, la supervisión de las actividades de la niñez y adolescencia y la intervención frente a situaciones de riesgo. Va desde el castigo corporal hasta el maltrato severo.
- **Violencia sexual:** Implica cualquier tipo de contacto sexual no deseado o inapropiado con un niño o adolescente. Dentro del Código Penal de Bolivia se identifican como delitos de violencia sexual contra infantes, niñas, niños, adolescentes lo siguiente: Violación a infante, niña, niño, adolescente, abuso sexual y estupro. La agresión sexual es una forma de violencia sexual que puede incluir cualquier acto sexual no consensuado. Se caracteriza por el uso de violencia física o amenazas directas para imponer el acto sexual (Kar, 2011).
- **Violencia psicológica:** Desde la Ley N° 348, en el artículo 7, se la define como cualquier acción u omisión que cause daño emocional o psicológico a niñas, niños o adolescentes, afectando su autoestima, estabilidad emocional o desarrollo integral. Esto incluye actos como insultos, humillaciones, amenazas, aislamiento social, negligencia emocional, manipulación y cualquier forma de maltrato verbal o psicológico que dañe su integridad.
- **Violencia facilitada por la tecnología:** Si bien la Ley 548, Art. 151 hace referencia a la violencia cibernética en el contexto educativo, refiriéndose a cuando una o un miembro de la comunidad educativa es violentado a través de correos electrónicos, videojuegos conectados al internet, redes sociales, o cualquier otra tecnología de información y comunicación, en este estudio se utilizará el término de *violencia facilitada por la tecnología* debido a que es un término más inclusivo, preciso y flexible, que refleja mejor la complejidad de las interacciones entre violencia y tecnología, especialmente en investigaciones contemporáneas y multidisciplinarias. Estos comportamientos incluyen acoso sexual en línea, cyberbullying, violencia basada en género en línea, ciberacoso, explotación sexual mediante imágenes y el uso de servicios digitales para coaccionar a una víctima a realizar un acto sexual no deseado (Torp Løkkeberg et al., 2024).

Salud mental: Depresión, ansiedad y síntomas psicossomáticos³

La salud mental se define como el estado de funcionamiento psicológico y emocional de una persona, que incluye la capacidad de gestionar el estrés, mantener relaciones saludables, tomar decisiones y trabajar de forma productiva siendo capaz de realizar contribuciones a su entorno (WHO, 2022). Este concepto se enfoca en la ausencia de trastornos mentales y en el funcionamiento óptimo de la mente (Dhanabhakym & Sarath, 2023; Gómez, 2019). Los problemas de salud mental suelen tener diversas causas y están determinados por la interacción entre las condiciones socioeconómicas, biológicas y ambientales de cada individuo. Entre los más comunes se encuentran:

- La depresión es un trastorno del estado de ánimo, caracterizado por sentimientos de inutilidad, culpa, tristeza, desesperanza, incapacidad de disfrutar la vida, soledad y falta de motivación (Kahveci & Baki, 2023; Szabó & Lovibond, 2006).
- La ansiedad es una respuesta emocional, que produce una sensación de malestar interno produciendo diferentes síntomas como miedo, ataques de pánico, sensación de amenaza o peligro, tensión muscular y dificultad para tomar decisiones en algunas situaciones (Bernal Altamirano & Rosa Ccolque, 2019; Kahveci & Baki, 2023).
- Síntomas psicossomáticos: Son manifestaciones físicas que tienen una etiología parcialmente emocional y que pueden estar influenciadas por factores psicológicos como el estrés y pueden estar asociados con trastornos psiquiátricos como la ansiedad y la depresión. Los síntomas pueden incluir dolores de cabeza, migrañas, taquicardia, asma, dolores abdominales, estreñimiento, enuresis nocturna y diurna, entre otros (Fernández et al., 2023).

Bienestar

El bienestar promueve una visión integral de plenitud e incluye aspectos como la satisfacción general con la vida, la felicidad y el sentido de propósito de vida. Este estado se basa en diversas dimensiones —física, emocional, social y espiritual— y se enfoca en la calidad de vida, la satisfacción y la realización de metas. Este concepto incluye componentes como la autoaceptación, relaciones positivas, crecimiento personal y un sentido de control sobre la propia vida (Dhanabhakym & Sarath, 2023).

Enfoque 3D del bienestar

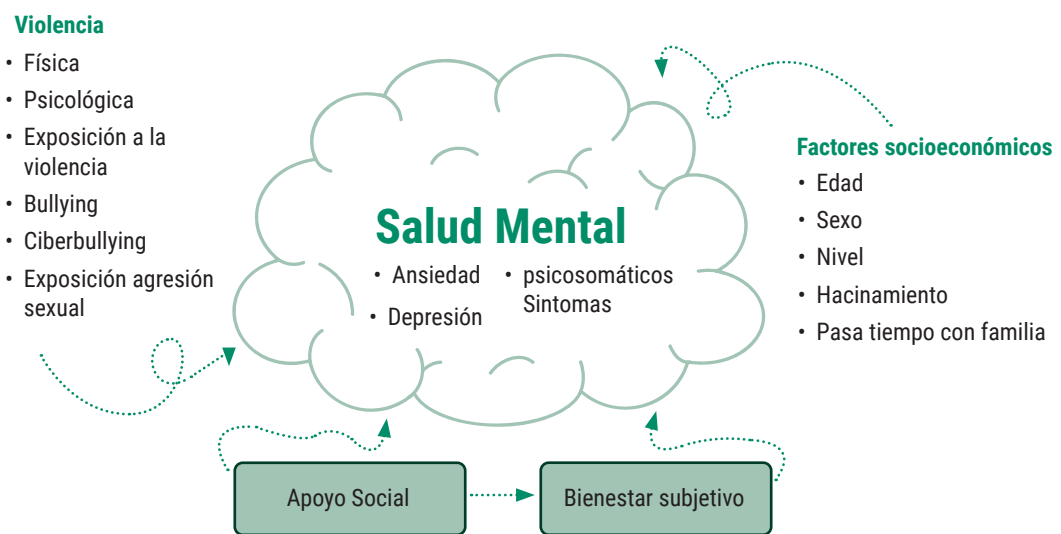
El enfoque 3D del bienestar es un enfoque que se concibe como un concepto social y culturalmente construido, que no es propiedad de los individuos, sino como un resultado de las interacciones sociales (Ramírez, 2015; White, 2009; White, 2014). El enfoque 3D identifica tres esferas interrelacionadas que conforman el bienestar: lo material, lo relacional y lo subjetivo (White, 2008). Estas dimensiones están interconectadas, reconociendo que el bienestar no se puede comprender por separado en estas esferas, sino como un conjunto integral que se moldea a través de las relaciones y el contexto (White, 2009). A continuación, se profundizará en cada una de estas dimensiones:

3 La selección de depresión, ansiedad y síntomas psicossomáticos como indicadores fue por su relevancia global según la OMS (2022) y autores como Beck (1967) y Barlow (2002), quienes destacan su impacto en el bienestar psicológico y físico. Además por la cantidad de instrumentos validados que nos han permitido medirlos.

- Dimensión material, corresponde a los recursos disponibles -o no- con los que uno enfrenta o se desenvuelve en la vida. Hace referencia a la percepción sobre la suficiencia de los recursos económicos y de salud que tienen a disposición las niñas, niños y adolescentes y que satisfacen las necesidades básicas de cada uno de ellos (de Castro Lamela, 2017; White 2010).
- Dimensión relacional, se centra en analizar qué pueden ser y hacer niñas, niños y adolescentes con los recursos que tienen a disposición, y remite a cuestiones de acceso o discriminación, de participación o exclusión en relación a los recursos a disposición. Esta dimensión es una de las más importantes por el impacto que tienen las relaciones humanas en la satisfacción global con la vida.
- Dimensión subjetiva, tiene que ver con la valoración de lo que piensan, valoran y sienten niñas, niños y adolescentes acerca de lo que pueden ser y hacer con los recursos a disposición. Esta dimensión remite a las percepciones, evaluaciones y expectativas, así como al significado que ellas y ellos otorgan a las metas que alcanzan y a los procesos en que se involucran (de Castro Lamela, 2017; de Castro et al., 2015).

En base a lo presentado, se construyó un modelo teórico representado en la Figura 1 que integra los conceptos de violencia, salud mental y bienestar. Este es un modelo propuesto para el estudio, que pretende explicar cómo los diferentes tipos y modalidades de violencia a las que están expuestos niñas, niños y adolescentes pueden afectar su salud mental y bienestar.

Figura 1. Modelo de asociación entre la violencia, salud mental y el bienestar



El modelo establece relaciones entre tres componentes principales:

- 1. Violencias como factor desencadenante:** Las violencias física, psicológica, sexual y la modalidad facilitada por la tecnología, representan un factor de exposición que genera una afectación directa en la salud mental de niñas, niños y adolescentes. Estas experiencias negativas incrementan el riesgo de sufrir ansiedad, depresión y síntomas psicósomáticos, además de influir en la percepción del bienestar.
- 2. Salud mental como variable de impacto:** La salud mental se incluye como un indicador del impacto de las violencias. La falta de recursos emocionales y psicológicos para afrontar estas situaciones puede derivar en afectaciones duraderas, tanto en la capacidad de gestión emocional como en las relaciones interpersonales.

3. Bienestar como resultado integral: El bienestar se interpreta considerando la satisfacción, el apoyo social, el acceso a recursos y el enfoque del bienestar 3D. Aunque está relacionado con la salud mental, también depende de factores contextuales y sociales que influyen en cómo las niñas, niños y adolescentes perciben y se adaptan a las adversidades. Este concepto incluye la percepción de satisfacción, el acceso a recursos y la calidad de las relaciones sociales.

En este contexto, la Fundación Educación y Cooperación (Educo) junto a la organización “Servicios y Estudios Para la Participación Ciudadana en Democracia” (SEPAMOS), motivados por la construcción de entornos protectores y libres de violencia, se encuentran implementado el proyecto “Protagonistas de bienestar y prevención de la violencia en las escuelas”. En el marco de las acciones realizadas como parte del apoyo psicosocial para la salud mental y la convivencia pacífica es que se propuso estudiar el impacto de las violencias en la salud mental y el bienestar de las niñas, niños y adolescentes en unidades educativas (UE) del municipio de La Paz junto al Instituto de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento (IICC) de la Universidad Católica Boliviana San Pablo.

A continuación, se presentan los objetivos del estudio, seguido de la metodología empleada y el aporte del grupo de niñas, niños y adolescentes coinvestigadores que acompañaron durante el proceso de investigación. Finalmente, se presentan los principales resultados y la discusión acompañada de las conclusiones a las que se llegó mediante el análisis de los datos. Todo esto, permite guiar y orientar las recomendaciones de acción para fortalecer la respuesta que se brinda en la prevención de la violencia contra la niñez y adolescencia desde los entornos más próximos como la escuela y el hogar.

1.3. Objetivos del estudio

1.3.1. Objetivo general

Examinar el impacto de las violencias en la salud mental de niñas, niños y adolescentes en unidades educativas del municipio de La Paz, considerando el bienestar como una variable moduladora que influye en la percepción de las características de dicho impacto.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las principales afectaciones mentales (depresión, ansiedad y síntomas psicosomáticos) en las niñas, niños y adolescentes, su prevalencia, y relación con el impacto de las violencias en el ámbito familiar, escolar, comunitario y de la violencia facilitada por la tecnología.
- Analizar la percepción de las niñas, niños y adolescentes sobre su propia salud mental, y el acceso a servicios de salud mental, en comparación con la percepción de madres, padres, maestras, maestros, operadores y técnicos de servicios y programas de protección y educación.
- Establecer y analizar los principales factores de riesgo y factores de protección que están asociados a la salud mental en la niñez y adolescencia.

CAPÍTULO II

DISEÑO
METODOLÓGICO



METODOLOGÍA

DEL ESTUDIO

Este apartado estará dividido en cinco partes: 1) diseño de investigación; 2) metodología cuantitativa, 3) metodología cualitativa, 4) Consideraciones éticas para ambas metodologías, y 5) Trabajo con niñas, niños y adolescentes coinvestigadores en el estudio.

2.1. Diseño de investigación

La presente investigación adoptó un diseño de investigación mixto de tipo concurrente con un modelo predominantemente cuantitativo. Los datos cuantitativos recabados fueron la fuente principal de información porque permitieron comprender la vinculación de la violencia sobre la salud mental y de esta sobre el bienestar. Los resultados fueron complementados con la información cualitativa que ayudó a profundizar sobre la problemática (Creswell, 2009; Creswell et al., 2018; Hernández, Fernández, y Baptista, 2014; Sampieri, Mendoza, 2018).

La información cuantitativa se centró en la aplicación de un cuestionario físico a niñas, niños y adolescentes estudiantes de las unidades educativas (UE) con las que trabaja Educo y SEPAMOS. El alcance fue exploratorio, con un corte transversal, y analítico. Se utilizó un análisis inferencial para estudiar la asociación de factores que protegen o ponen en riesgo e impactan en la salud mental de niñas, niños y adolescentes.

Por su parte, la información cualitativa fue recabada a través de entrevistas semiestructuradas que abordan las percepciones de las niñas, niños y adolescentes, así como las percepciones de los adultos encargados de su cuidado, operadores y técnicos de protección y educación, con respecto a los efectos que la violencia tiene sobre la salud mental y cómo esta afecta el bienestar de las niñas, niños y adolescentes desde los distintos entornos.

Finalmente, la investigación sigue un enfoque de Investigación-Acción Participativa (IAP), ya que los resultados permitirán establecer el marco programático que orientará futuras intervenciones en las unidades educativas por parte de Educo y SEPAMOS, tomando como base teórica el modelo de Bienestar 3D, con sus dimensiones materiales, relacionales y subjetivas.

2.2. Metodología cuantitativa

2.2.1. Cálculo de la muestra y selección de participantes

Cálculo de la muestra

La muestra se calculó a partir de la fórmula para poblaciones finitas, con un intervalo de confianza del 95%, un margen de error del 5% y proporción del 50%. El cálculo de la muestra se realizó a partir de listas de estudiantes de cada curso que fueron utilizadas como marco muestral, éstas fueron otorgadas por miembros del equipo de Educo y SEPAMOS.

El universo estuvo conformado por 2068 niñas, niños y adolescentes de primaria y 726 de secundaria. La fórmula utilizada para el cálculo de muestra para ambos niveles de escolaridad se encuentra en la figura 2. Realizado el cálculo, el número necesario de estudiantes de nivel primaria fue de 345 y de 251 para las y los estudiantes de secundaria.

Figura 2. Fórmula para el cálculo de muestra

$$n = \frac{N * Z_a^2 * p * q}{d^2 * (N - 1) + Z_a^2 * p * q}$$

Donde:

- N = Total de la población
- $Z_a = 1.96$ al cuadrado (para el intervalo de confianza al 95%)
- p = proporción esperada (en este caso 50% = 0.5)
- q = 1 – p (en este caso 1-0.5 = 0.95)
- d = precisión (5%)

La selección de las y los participantes fue mediante criterios aleatorios y de estratificación por unidad educativa, curso y sexo. Es decir, se aseguró la representatividad de acuerdo con el grado, paralelo y sexo de las y los estudiantes.

Criterios de inclusión

Para la inclusión de participantes a la muestra se establecieron los siguientes criterios:

1. Las niñas, niños y adolescentes debían contar con la autorización de su madre, padre o tutor responsable para ser parte de la selección aleatoria.
2. Participar de manera voluntaria en el estudio.

Participantes del estudio

Descripción de la conformación de la muestra de niñas, niños y adolescentes

La muestra alcanzada estuvo conformada por 583 participantes, 347 estudiantes de nivel primaria, con el 50,1% de mujeres y 49,9% de estudiantes varones y 236 estudiantes de secundaria, 54,2% correspondían a mujeres frente a 45,8% de varones. Las edades de las y los participantes estuvieron comprendidas entre los 10 a 19 años, la media de edad para las y los estudiantes de primaria (10 a 13 años) es de 10,8 ($SD=,726$) y para secundaria (11 a 19 años) 14,8 ($SD=1,848$) (Ver Tabla 1).

Tabla 1. Datos sociodemográficos de las muestras

Variable	Categoría	Primaria (n=347)	Secundaria (n=236)
Sexo	Mujer	50,1	54,2
	Hombre	49,9	45,8
	Total	100	100
Edad	10 a 11 años	82,5	0,4
	12 a 13 años	17,5	17,5
	14 a 15 años	-	39,4
	16 a 17 años	-	22,9
	18 a 19 años	-	9,3
	Total	100	100

Condiciones de convivencia y de vivienda de las niñas, niños y adolescentes

Los resultados muestran que el 98,2% de las y los participantes viven con su familia y la mayoría de ellos están acompañados por algún familiar durante la semana, ya sea por sus madres (73,5%), padres (37,2%) o hermanos mayores (40,5%) y menores (43,2%), el 17,2% de las niñas, niños y adolescentes de la muestra pasan tiempo solos, sin ninguna supervisión.

En cuanto a las condiciones de vivienda, existe un 42,4% de la muestra que habita en condiciones de hacinamiento en sus hogares. Las y los estudiantes de primaria presentan mayores porcentajes de hacinamiento (45%). Las mujeres de la muestra también son en su mayoría (47,4%) quienes comparten habitación con más de tres personas (Ver Tabla 2).



Tabla 2. Condiciones de convivencia y de vivienda de las niñas, niños y adolescentes

Variable	Criterios	Mujer (n=302)	Hombre (n=281)	Primaria (n=347)	Secundaria (n=236)	Muestra general (N=583)
Vive con su familia	Sí	98,4	96,1	97,1	96,2	96,7
	No	2,6	3,9	2,9	3,8	3,3
	Total	100	100	100	100	100
Pasa tiempo con	Mamá	68,2	69,4	73,5	61,9	62,8
	Papá	33,1	41,6	40,1	33,1	37,2
	Hermana/o mayor	40,1	40,9	44,1	35,2	40,5
	Hermana/o menor	45,4	40,9	40,3	47,5	43,2
	Abuela/o	23,8	25,3	29,4	17,4	24,5
	Niñera	1,7	2,8	2,9	1,3	2,2
	Solo	14,2	20,3	18,4	15,3	17,2
Hacinamiento	Sí	47,4	37	45	38,6	42,4
	No	52,6	63	55	61,4	57,6
	Total	100	100	100	100	100

2.2.2. Instrumentos

El levantamiento de datos abarcó salud mental, violencias y bienestar subjetivo, variables seleccionadas por su uso frecuente en estudios internacionales. Estos instrumentos estandarizados aseguran validez, confiabilidad y comparabilidad, permitiendo mediciones precisas y comparables entre grupos y contextos. A continuación, se detallan las características de cada uno de los instrumentos de medición utilizados:

Salud mental

La salud mental fue medida a través de 11 ítems seleccionados de encuestas e instrumentos internacionales que han sido validados en estudios previos para su uso con niñas, niños y adolescentes entre los 11 y 17 años. Para conocer sobre sintomatología vinculada a la depresión se seleccionó el *Child Wellbeing Index* de la Organización Mundial de la Salud (5 ítems). Para conocer sobre la ansiedad, se aplicó la versión de 2 ítems del *General Anxiety Disorder* desarrollado por Kroenke et. al. (2007).

Violencia psicológica, física, y la exposición a la violencia

La violencia psicológica, física, y la exposición a la violencia se midió a través de 4 ítems (por cada tipo de violencia) seleccionados de la adaptación al español mexicano de Casas-Muños et. al., (2022) de la *Child Abuse Screening for Children ICAST-C*, una herramienta de la IPSCAN para abordar la violencia y el maltrato a la que niñas, niños y adolescentes se enfrentan. También se aplicaron los ítems propuestos por el *Health Behaviour in School-age Children* (Inchley et al., 2018) para medir el bullying (acoso escolar) y el cyberbullying desde el victimario, o la victimización.

Bienestar subjetivo

El estado de bienestar psicológico vinculado con aspectos positivos se abordó mediante 4 preguntas seleccionadas de la *Health Behaviour in School-age Children* (Inchley et

al., 2018). Todas estas fueron respondidas mediante una escala de tipo Likert para señalar la frecuencia con la que cada afirmación ha ocurrido.

Apoyo social

Esta variable se midió a través de 8 ítems. Estos recabaron información sobre el apoyo que las niñas, niños y adolescentes perciben que reciben de su familia (3 ítems), de sus pares (2 ítems) y de maestras/os (3 ítems). Todos estos fueron propuestos por el *Health Behaviour in School-age Children* (Inchley et al., 2018). La escala de respuesta fue de tipo Likert con opciones entre “totalmente de acuerdo y totalmente en desacuerdo”.

Validación batería de instrumentos

El instrumento ha sido validado por un grupo de expertos en la temática¹ (seis expertos en acciones del cuidado y protección de la niñez y adolescencia), una experta en protección y derechos de las niñas, niños y adolescentes y una experta en metodología cuantitativa. En una etapa posterior, el instrumento fue validado por el grupo de coinvestigadores durante una sesión presencial para adaptar el lenguaje de las preguntas de acuerdo a las características de la muestra. Adicionalmente, se agregó una pregunta con respecto al maltrato animal debido al interés de las niñas y niños con respecto a esta problemática.

2.2.3. Procedimiento del levantamiento de datos

Selección y capacitación del equipo de recolección de datos

La selección del equipo de recolección de datos se hizo mediante una convocatoria abierta a las y los estudiantes de pregrado que pertenecían a la Sociedad Científica de la carrera de Psicología. Se tomaron en cuenta a siete estudiantes en total, quienes según la disponibilidad de tiempo que contaban fueron incluidos en los ingresos a las 20 UE participantes, habiendo participado cada uno mínimamente en tres ingresos a las UE. Este equipo de apoyo fue capacitado en la aplicación del instrumento cuantitativo y en procesos de contención emocional de manera presencial en predios de la UCB.

Presentación del proceso de investigación a las unidades educativas

Para dar a conocer el proceso de investigación y los objetivos con cada uno de las y los directores, el equipo mantuvo reuniones durante tres semanas con los y las representantes de cada UE. En cada uno de estos encuentros se presentaron los objetivos del estudio y la manera en la que los datos fueron recabados y la metodología de recolección de datos.

Gestión del consentimiento informado para las y los estudiantes participantes

Las madres y padres de familia fueron informados sobre la investigación y sobre la participación de sus hijas e hijos. Se realizó el envío de consentimientos informados para recibir la autorización correspondiente. De acuerdo a las dinámicas de cada UE, se realizó el envío de dos tipos de consentimientos informados:

¹ Especialista en Protección de la Niñez y Adolescencia de Educo. Personal técnico de las unidades educativas participantes del proyecto, SEPAMOS. Coordinadora del Instituto de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento. Investigadora Senior del Instituto de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento.

- a. Documento que contaba con la firma de madre o padre que autorizaba la participación;
- b. Envío de nota informativa en donde se pedía a las madres y padres que informen mediante un mensaje o llamada telefónica a los investigadores en caso de que no autoricen la participación de sus hijas o hijos.
- c. Mediante llamada telefónica se informó a madres y padres sobre la participación de sus hijas o hijos con el objetivo de recibir la autorización correspondiente.

Cabe mencionar, que algunos directores solicitaron al equipo de investigación no enviar ningún documento extra a la cartilla informativa, siendo ellos el punto focal de autorización y quienes a través de los grupos de *WhatsApp* que se tienen con madres y padres de cada grado se encargaron de compartir la cartilla informativa y el contacto de los 3 investigadores de campo en caso de que padres y madres necesitaran resolver dudas respecto al proceso y a la investigación en general.

Recolección de información

Las encuestas fueron aplicadas en las UE por un grupo de siete encuestadores que pertenecen a la Universidad Católica como estudiantes de pregrado en la carrera de psicología. Todos los ingresos en campo fueron acompañados por un responsable del equipo investigador. Ninguna niña, niño o adolescente tuvo que ausentarse de clases para participar en el estudio.

Para cumplir con la protección de las niñas, niños y adolescentes, todos aquellos casos identificados en casos de violencia o riesgo de sufrirla fueron derivados e informados al gabinete de orientación y consejería itinerante (GOCI)² de cada UE.

2.2.4. Análisis de datos

El levantamiento de datos finalizó con una muestra total de 605 encuestas. El tratamiento de datos perdidos de la base de datos inició con la identificación y análisis de los patrones de datos ausentes. Todas aquellas encuestas, que contaban con más de ocho datos perdidos, fueron eliminadas de la muestra. De la misma manera, las escalas que se encontraban incompletas o con más del 10% de datos perdidos fueron eliminados de la muestra. Los datos restantes fueron reemplazados por la moda debido a la naturaleza nominal de las respuestas. Como resultado, se eliminaron 22 encuestas de la base de datos.

Análisis descriptivo de las variables violencia, bienestar y salud mental

El análisis descriptivo incluyó el cálculo de frecuencias y porcentajes para las variables categóricas de cada uno de los tipos de violencia, del bienestar y de la salud mental. Mediante estos datos se tuvo un panorama general sobre la incidencia de la violencia y de la situación de salud mental de las niñas, niños y adolescentes. Todos estos resultados se analizaron con la información sociodemográfica como la edad, hacinamiento y la cantidad de personas que pasan tiempo con las niñas, niños y adolescentes durante la semana.

Análisis bivariado

Se realizó el análisis bivariado a través de la prueba de correlación Rho de Spearman,

2 El GOCI es un servicio establecido por el proyecto "Protagonistas de bienestar y prevención de la violencia en la escuela", implementado por Educo y SEPAMOS.

para identificar el nivel y tipo de relación entre variables, y regresiones logísticas binomiales, para obtener factores de riesgo que atentan contra la salud mental de las niñas, niños y adolescentes. El análisis inferencial exploró las asociaciones entre factores sociodemográficos, la prevalencia de violencia y el nivel de bienestar de niñas, niños y adolescentes.

2.3. Metodología cualitativa

2.3.1. Conformación del grupo de niñas, niños y adolescentes participantes

La estrategia de convocatoria del grupo de niñas, niños y adolescentes fue a través del GOCl, quienes colaboraron realizando invitaciones a niñas, niños y adolescentes consultantes y gestionando la entrega de consentimientos a madres y padres de familia para su participación.

Criterios de selección

Para conformar el grupo de participantes del estudio cualitativo, se elaboraron los siguientes criterios de inclusión:

- Distribución equitativa en términos de género.
- Pertenecer a 5to de primaria hasta 6to de secundaria de las 20 unidades educativas en las que se implementa el proyecto “Protagonistas de bienestar y prevención de la violencia en la escuela”.
- Haber sido parte del proyecto mencionado o contar con un proceso terapéutico finalizado con el GOCl.

Se programaron 24 entrevistas, de las cuales se realizaron 21, debido a que un participante decidió no continuar siendo parte de la investigación, otro pertenecía a un curso que no correspondía a la población objetivo, y un tercer participante no pudo asistir debido a enfermedad. A pesar de estas ausencias, se alcanzó la saturación de información. Lo recolectado representa de manera diversa y significativa las experiencias y perspectivas de las y los participantes.

Participantes

Participaron 21 estudiantes, de los cuales ocho fueron varones con edades de 9 a 13 años y once entrevistas fueron desarrolladas con mujeres de 9 a 15 años (Tabla 3).

Tabla 3. Distribución de participantes en las entrevistas por sexo y edad

Parámetros	Edad en años							Total
	9	10	11	12	13	14	15	
Sexo	9	10	11	12	13	14	15	Total: 13
Mujer	1	4	6	1	0	0	1	Total: 8
Varón	2	1	3	0	1	1	0	Total: 21

2.3.2. Conformación del grupo de madres, padres, operadores y técnicos de protección y educación

La convocatoria fue realizada mediante vía telefónica, correo electrónico y/o carta de invitación. En el caso de las y los directores, se les informó durante el levantamiento de encuestas que más adelante serían invitados a participar en entrevistas para conocer sus percepciones acerca de la problemática abordada, posteriormente se los contactó telefónicamente para confirmar su participación. de la misma forma se procedió con las madres y padres de familia participantes. Finalmente, las personas adultas, fueron invitados según la experiencia que tuviesen trabajando en el marco de la prevención y protección de la niñez^[6] en ámbitos públicos y privados.

Tabla 4. Distribución de participantes adultos

Parámetros	Distribución por sexo		
	Mujer	Hombre	Total
Madres/padres de familia	3	0	3
Directores	0	1	1
Actores clave	4	2	6
		Total	10

2.3.3. Técnicas de levantamiento de datos

Se emplearon entrevistas semi estructuradas diseñadas y adaptadas a las necesidades y características de los grupos de participantes: 1) niñez y adolescencia, 2) participantes adultos (madres, padres, operadores y técnicos de protección y educación).

Entrevistas semiestructuradas basadas en historias para las niñas, niños y adolescentes

Se desarrolló una entrevista semiestructurada basada en ocho historias que abordaban de manera breve diferentes casos de violencia. El propósito fue fomentar una mayor participación por parte de este grupo etario para que compartan sus percepciones acerca de la violencia y su impacto en la salud mental. A partir de las historias se plantearon preguntas preestablecidas y se profundizó según la necesidad en cada caso.

Validación de la guía de entrevista. Mediante una sesión de zoom se realizó la validación y construcción con las niñas, niños y adolescentes coinvestigadores para revisar el instrumento, la comprensión de las preguntas y los insumos empleados para organizar el levantamiento de la información.

Entrevistas semiestructuradas para madres y padres de familia, operadores y técnicos de protección y educación

Se diseñó una entrevista semiestructurada, que al igual que las entrevistas para niñas, niños y adolescentes, buscaban conocer las percepciones que los adultos tienen acerca del impacto que los diferentes tipos de violencia pueden tener en la salud mental y el bienestar. A partir de ello se buscó realizar una comparación de percepciones que permitirá una comprensión más completa y contextualizada de las temáticas abordadas.

La guía de entrevistas para adultos fue validada por el equipo supervisor del IICC durante el proceso de construcción de este, y se obtuvo también la validación por parte del equipo de Educo.

2.3.4. Procedimiento para el levantamiento de datos cualitativo

Selección y capacitación del equipo de recolección de datos

Las entrevistas cualitativas llevadas a cabo tanto con niñas, niños, adolescentes, madres y padres de familia, operadores y técnicos de protección y educación fueron realizadas por el equipo de investigadores de campo, quienes previamente recibieron una capacitación específica para llevarlas a cabo. Además, se contó con el apoyo de tres entrevistadoras con experiencia en el trabajo con este grupo etario.

Presentación investigación

Durante el primer encuentro, la investigación cualitativa fue presentada a las y los directores de las UE participantes. Junto con la exposición del proyecto y la investigación cuantitativa, se informó que una segunda fase del estudio se llevaría a cabo a través de entrevistas con niñas, niños y adolescentes voluntarios que desearan participar.

Gestión del consentimiento informado para las y los participantes

Se obtuvo el consentimiento informado de las madres y padres para las niñas, niños y adolescentes que participaron en las entrevistas. El equipo de SEPAMOS, conformado por los técnicos de proyecto y del GOCl de las respectivas UE, se encargó de gestionar y supervisar el cumplimiento de este consentimiento.

En cuanto a las entrevistas con las personas adultas, el consentimiento y acuerdo de participación voluntaria fue realizada de manera verbal y en algunos casos se cuenta con el consentimiento enviado por Whatsapp, debido a que por un lado la gestión logística de las entrevistas se realizó con cada participante mediante llamada telefónica y las entrevistas se desarrollaron de manera virtual por motivos de disponibilidad de tiempo de las y los participantes.

Recolección de información

El levantamiento de información se realizó después de las vacaciones de invierno de la gestión educativa 2024. La logística para la selección de las y los participantes, la coordinación con los directores de las distintas UE y la agenda de las entrevistas estuvo a cargo del GOCl, bajo la supervisión de SEPAMOS.

2.3.5. Análisis de datos

En base a las dimensiones tomadas en cuenta en el levantamiento de datos cuantitativo, se realizó un análisis según los temas resultado de las entrevistas. Este análisis permitió soportar y complementar los datos cuantitativos a partir de la identificación de los tópicos clave relacionados con las percepciones de niñas, niños, adolescentes, madres, padres, operadores y técnicos de protección y educación, diferenciando entre

estos grupos. Se exploraron sus perspectivas respecto a la salud mental y la violencia a la que pueden estar expuestos las niñas, niños y adolescentes. Los temas emergieron de manera inductiva a partir de los datos recopilados durante las entrevistas. Estos hallazgos se triangularon con información obtenida de madres, padres, operadores y técnicos, así como con los resultados del levantamiento de datos cuantitativos, con el objetivo de complementar y respaldar los resultados del estudio. Finalmente, los testimonios fueron analizados a la luz de la teoría de Castro (2016), enfocada en el bienestar 3D, el cual se estructura en tres dimensiones:

- Dimensión material: Evaluó cómo las condiciones de vida y el acceso a recursos y servicios de salud mental influyen en la experiencia de las niñas, niños y adolescentes con la violencia.
- Dimensión relacional: A través de entrevistas profundas, se exploró las relaciones dentro de las familias, escuelas y comunidades para entender cómo estas afectan la resiliencia y el bienestar psicológico de las niñas, niños y adolescentes frente a la violencia.
- Dimensión subjetiva: se recogieron datos sobre las percepciones y experiencias personales de las niñas, niños y adolescentes respecto a su bienestar y salud mental, enfocándonos en cómo su entorno influye en su salud mental y bienestar.

2.4. Consideraciones éticas

Durante el trabajo en campo se cumplieron con los principios éticos de confidencialidad y voluntariedad, de acción sin daño en el trabajo con niñas, niños y adolescentes. Para ello, se obtuvo el consentimiento informado tanto de las madres y padres de familia como de los propios participantes de las entrevistas y encuestas para asegurar que la participación sea voluntaria y plenamente consensuada. Dentro de este marco las y los participantes tanto en las encuestas, como en las entrevistas cualitativas contaban con la libertad de retirarse y concluir el proceso en cualquier momento o de no responder alguna pregunta si así lo deseaban. Las entrevistas fueron grabadas con previo consentimiento de las y los participantes con el objetivo de no perder ningún dato relevante durante las mismas. Las grabaciones son accesibles únicamente para el equipo de investigación para dar lugar a la óptima sistematización y posterior análisis de los datos recabados.

En ambos procesos de levantamiento de datos, se aseguró que el equipo de investigación que realizó la aplicación de encuestas y desarrollo de entrevistas estuviera familiarizado y capacitado para el trabajo con niñas, niños y adolescentes. De la misma manera, y dentro del marco del principio de interés superior del niño, se trabajó de manera conjunta con el equipo del GOCl para atender y supervisar el desarrollo del levantamiento de datos, garantizando un ambiente seguro y de apoyo inmediato para las y los participantes en caso de ser requerido. Asimismo, en los momentos en los que se identificaron posibles casos de violencia o las niñas, niños y adolescentes enfrentaron gran carga emocional, se aplicaron técnicas de contención, garantizando que el proceso de derivación sea óptimo y respetuoso con las y los participantes. En los casos en los que se identificó violencia o malestar emocional, y no solicitaron la derivación inmediata, se solicitó el consentimiento verbal de las y los participantes para reportar el caso al GOCl y de esta manera se realice seguimiento.

Asimismo, en todo el proceso se tomó en cuenta el Código de Conducta y las políticas de Protección y Buen Trato hacia Niñas, Niños y Adolescentes (PPBT), así como la de Protección contra el Acoso, Abuso y Explotación Sexual (PSEAH) de Educo. Estas medidas se implementaron para asegurar que todo el trabajo de campo se desarrollará de forma ética y segura, sin poner en riesgo la identidad, integridad y dignidad de ninguna niña, niño, adolescente u otro participante de la actividad. De esta manera, el equipo del IICC se adhirió a sus propios lineamientos de salvaguarda y a los de Educo.

2.5. Trabajo con niñas, niños y adolescentes coinvestigadores

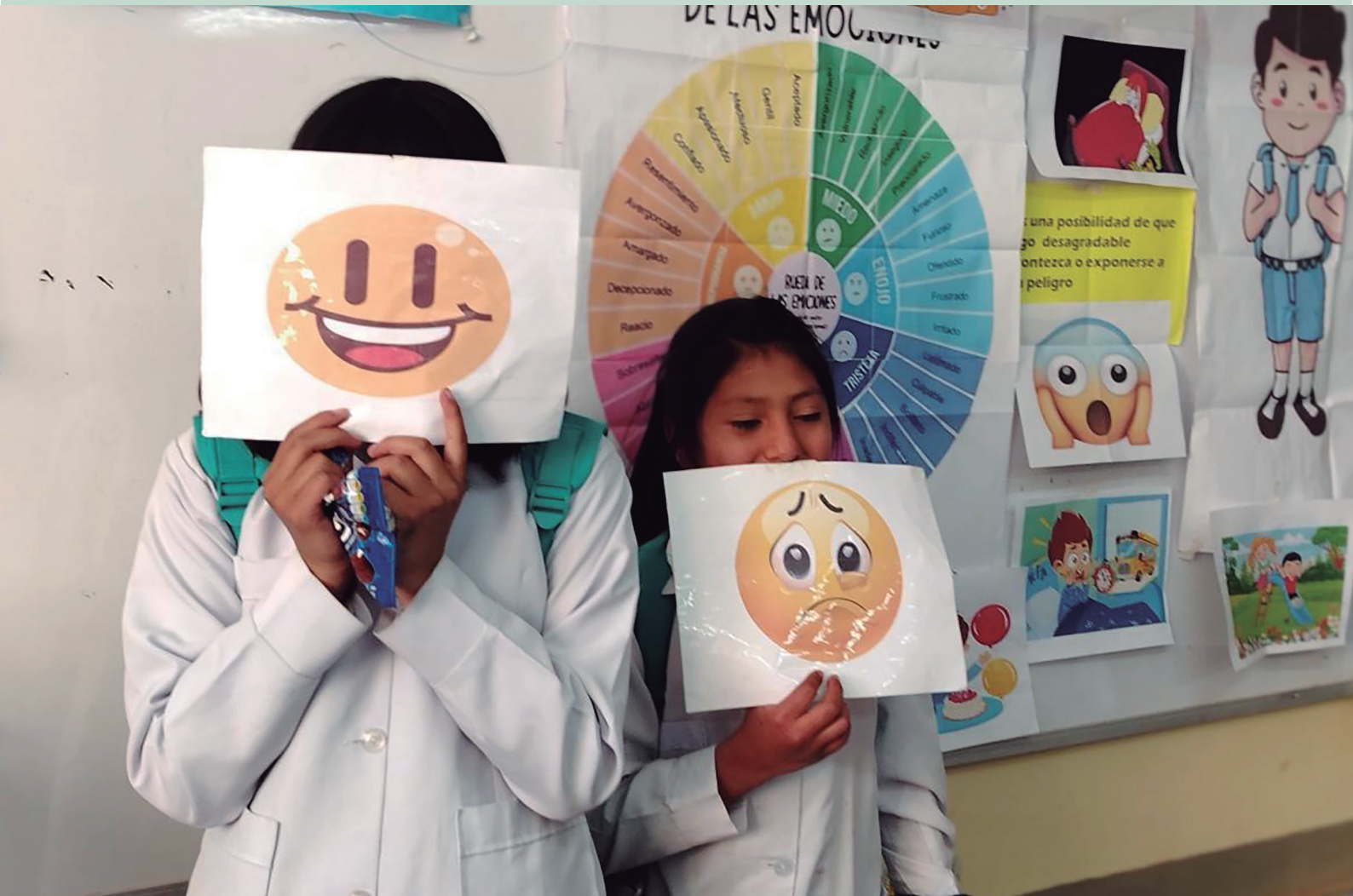
Considerando la coherencia con el derecho a la participación, se integraron durante la etapa preparativa para el levantamiento de datos a niñas, niños y adolescentes coinvestigadores. La conformación de este equipo de niñas, niños y adolescentes se realizó mediante la convocatoria de SEPAMOS de al menos 1 estudiante de cada una de las 20 UE participantes. Luego de la convocatoria, 19 personas conformaron el grupo de coinvestigadores. Este equipo fue protagonista en distintas fases del estudio:

1. Validación grupal de instrumento cuantitativo: Mediante una sesión presencial con niñas, niños y adolescentes, se trabajó de forma grupal en la validación del instrumento y del lenguaje que el mismo empleaba. Como resultado, se realizaron ajustes al lenguaje de las preguntas y también, se agregó un indicador adicional para saber sobre la exposición hacia la violencia ejercida contra animales.
2. Validación grupal de guía de entrevista cualitativa: Esta etapa se trabajó de forma virtual. Mediante una sesión de zoom, con niñas, niños y donde se revisó punto por punto todo el instrumento, la comprensión de las preguntas y los insumos empleados para levantar información sobre la percepción de niñas, niños y adolescentes con respecto al impacto de la violencia sobre la salud mental y el bienestar.
3. Las y los coinvestigadores también participaron de una sesión de reflexión y validación de los resultados del estudio mediante una sesión virtual desarrollada a través de la plataforma zoom. Como resultado se obtuvo la validación de las y los coinvestigadores a los datos cuantitativos y cualitativos. Además, se tuvieron nuevos aportes que pusieron en evidencia la necesidad de trabajar en la salud mental de niñas, niños y adolescentes expuestos a cualquier tipo de violencia.
4. Las y los coinvestigadores participaron de la producción de cápsulas informativas para la socialización de los resultados del estudio con sus pares. Para las mismas se tomaron videos de algunos coinvestigadores con previo consentimiento de las madres/padres de familia en las unidades educativas correspondientes.



CAPÍTULO III

RESULTADOS



RESULTADOS

A continuación, se presentan los resultados del estudio en tres secciones: 1) Prevalencia y percepción sobre el estado de situación de la violencia en las unidades educativas; 2) Las violencias y su impacto en la salud mental; 3) Análisis sobre el bienestar 3D.

3.1. Prevalencia y percepción sobre el estado de situación de la violencia en las unidades educativas

3.1.1. ¿Cuál es la situación de la violencia en las unidades educativas?

A continuación, se presentan los datos sobre la prevalencia anual (en los últimos 12 meses) de cada uno de los tipos de violencia estudiados y los entornos en los que las niñas, niños y adolescentes identifican que estos hechos de violencia ocurrieron. Todos los datos son presentados a partir del nivel educativo y del sexo de las y los participantes (Ver Tabla 5).

Tabla 5. Prevalencia de los tipos de violencias estudiados en la muestra de niñas, niños y adolescentes de acuerdo al sexo y nivel educativo

Parámetros	Violencia psicológica	Violencia física	Exposición a agresión sexual	Exposición a la violencia	Presencia Bullying	Presencia Cyberbullying
Prevalencia primaria (n= 347)	65,7	70,3	18,2	76,7	61,4	45,2
Hombres	50	47,8	39,7	47,7	49,3	45,9
Mujeres	50	52,2	60,3	52,6	50,7	54,1
Total	100	100	100	100	100	100
Prevalencia secundaria (n=236)	64	60,6	28	84,3	78,4	53,4
Hombres	41,1	42,7	25,8	41,7	44,3	43,7
Mujeres	58,9	57,3	74,2	58,3	55,7	56,3
Total	100	100	100	100	100	100

Nota: Las diferencias por grado son significativas ($p.<.05$) para la violencia física, la presencia de bullying, la exposición a entornos violentos y la exposición a agresión sexual

Violencia psicológica

Las agresiones psicológicas que fueron consultadas como parte de la encuesta comprenden: el haber sido ignorada/o a propósito, haber sido amenazada/o con ser abando-

nada/o o con ser herida/o y haber recibido comentarios hirientes sobre su color de piel, género, religión o cultura. La agresión reportada con mayor frecuencia en la muestra general es haber sido ignorada/o por alguien a propósito (54,5%), más información sobre las agresiones estudiadas en la muestra general pueden encontrarse en la figura 3.

En el caso de las niñas y niños, tal como la tabla 5 señala, el 65,7% ha sufrido alguna de las agresiones durante el último año. Al realizar un corte por el sexo de la muestra, se identifica que el 52,2% de las agresiones fueron cometidas sobre todo contra niñas. Los lugares en los que esto ha ocurrido en mayor medida son la escuela (56,6%) y el hogar (44,7%).

En el caso de las y los adolescentes, el 64% de la muestra ha sufrido este tipo de violencia. Las adolescentes mujeres reportaron una mayor incidencia de violencia psicológica (58.9%) a diferencia de los hombres (41,1%). La muestra identificó la escuela (62,3%) y el hogar (42,4%) como los principales entornos propicios para estas agresiones.

Figura 3. Prevalencia de las agresiones psicológicas en la muestra general de niñas, niños y adolescentes

54,5% de las niñas, niños y adolescentes fueron ignorados a propósito.	24,5% de las niñas, niños y adolescentes fueron amenazados con ser abandonados.
30,5% de las niñas, niños y adolescentes recibieron comentarios hirientes sobre su color de piel, género, religión o cultura.	23,3% de las niñas, niños y adolescentes fueron amenazados con ser heridos o con recibir mucho daño.

Violencia física

Respecto de las agresiones físicas, se consultó a las niñas y niños si habían sido víctimas de jalones de cabello, pellizcos, sacudidas agresivas y golpes. La agresión con mayor prevalencia en la muestra general fue el recibir jalones de cabello (48,9%), véase figura 4.

El análisis a partir del nivel de escolaridad arroja diferencias significativas (véase tabla 5). El 70,3% de las y los participantes de primaria informaron haber sufrido estas agresiones físicas durante el último año. Por parte del sexo, se identifica que tanto niñas (50%) como niños (50%) han sufrido de alguna agresión física. Los espacios en los que esto ha ocurrido son la escuela (61,5%) y el hogar (51,2%).

En el caso de las y los adolescentes, el 60,6% ha reportado haber sufrido una agresión física, siendo mayor la cantidad de mujeres (57,3%) a diferencia de hombres (42,7%). Los espacios identificados por las y los adolescentes que sufrieron de violencia física nuevamente señalan a la escuela (60,1%) y el hogar (47,6%). Es importante notar que tanto para niñas y niños, como para las y los adolescentes, la exposición directa a la violencia física se presenta mayormente en la escuela y el hogar.

Figura 4. Prevalencia de las agresiones físicas en la muestra general de niñas, niños y adolescentes

41,5% de niñas, niños y adolescentes fueron lastimados por un pellizco.	48,9% de niñas, niños y adolescentes recibieron un jalón en el cabello.
26,2% de niñas, niños y adolescentes fueron sacudidos agresivamente.	32,2% de niñas, niños y adolescentes fueron golpeados.

Exposición a sufrir agresión sexual

En cuanto a la exposición a sufrir agresión sexual, como la tabla 5 señala, se identificó que el 18,2% de las niñas y niños reportaron haber estado en riesgo durante los últimos 12 meses, con una mayor prevalencia en las niñas (60,3%) a diferencia de los niños (39,7%). Los lugares en donde han sido más expuestos a este riesgo son el hogar (33,3%), el barrio (31,7%) y los entornos digitales (23,8%).

Respecto a las y los adolescentes han sido expuestos en mayor medida a este tipo de violencia en los últimos 12 meses (28%), con una mayor prevalencia en las mujeres (74,2%) que en los hombres (25,8%). Los lugares en donde experimentaron este riesgo son, predominantemente, el barrio (43,9%) y sus hogares (25,8%).

Exposición a la violencia

La encuesta permitió recabar información con respecto a la exposición a espacios y entornos donde existe violencia, es decir, que las niñas, niños y adolescentes testifiquen violencia como el presenciar a personas adultas gritándose, causándose daño físico, o maltratando a algún animal. Además de incluir el uso de armas o consumo de alcohol y drogas para lastimar o intimidar a otras personas. Como la figura 5 señala, la muestra ha informado estar en mayor medida expuesta a gritos entre personas adultas (62,4%)

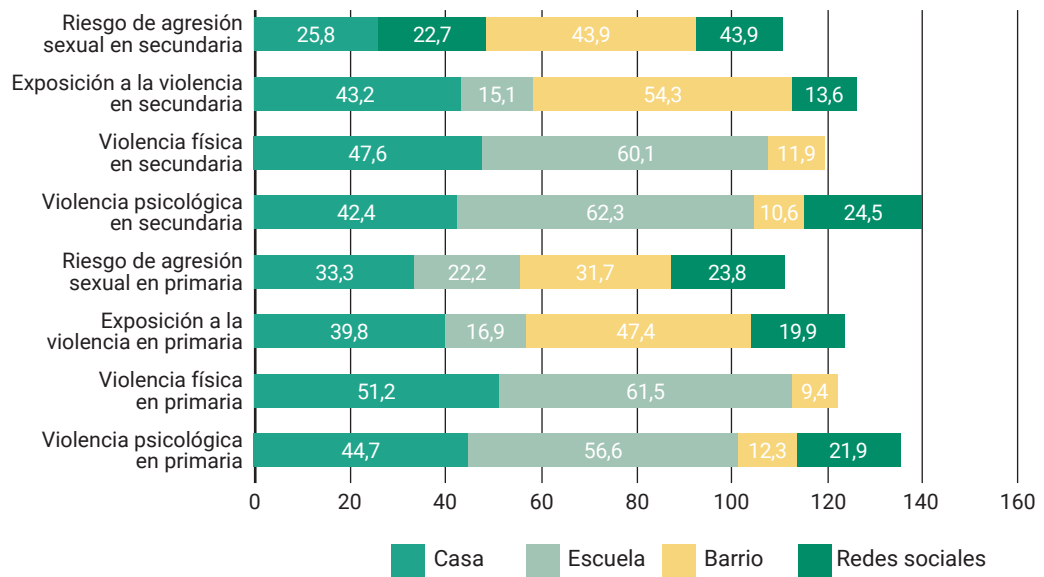
Desde el nivel educativo se identifica que el 76,7% de las niñas y niños han sido expuestos a entornos violentos, sin diferencias considerables por sexo (figura 3). Los espacios principalmente violentos han sido el barrio (47,4%) y el hogar (39,8%).

Un gran porcentaje de las y los adolescentes (84,3%) ha señalado haber presenciado alguna de las agresiones en sus entornos. En su mayoría, quienes fueron expuestos a la violencia fueron mujeres (58,3%) en comparación a los hombres (41,7%). Los principales entornos han sido, nuevamente, el barrio (54,3%) y el hogar (43,2%).

Figura 5. Prevalencia de la exposición a la violencia en la muestra general de niñas, niños y adolescentes

62,4% de niñas, niños y adolescentes han visto a adultos gritándose en una manera que les asustó.	57,1% de niñas, niños y adolescentes han visto a alguna persona maltratar a un animal.
39,3% de niñas, niños y adolescentes han visto a adultos causándose daño físicamente entre sí.	28,9% de niñas, niños y adolescentes han visto a alguna persona usar alcohol y/o drogas y comportarse de una manera que les asustó.
22,1% de niñas, niños y adolescentes han visto a adultos usar navajas, armas, piedras u otras cosas para herir o asustar a otra persona.	

Figura 6. Entornos donde ocurren las violencias físicas, psicológica y sexual de acuerdo con la muestra de primaria y secundaria



Presencia de bullying y cyberbullying en las escuelas

Como la tabla 5 señala, el 61,4% de las niñas y niños reconocen que dentro de sus unidades educativas existe bullying; ya sea que hayan sufrido, agredido o presenciado un acto de bullying, sin diferencias considerables por el sexo.

Un porcentaje mayor de adolescentes (78,4%) ha informado sobre la presencia de bullying en sus unidades educativas, con diferencias entre ambos sexos, siendo las mujeres quienes identifican en mayor medida este tipo de violencia (55,7%) comparado a los hombres (44,3%).

Por otro lado, el 45,2% de las niñas y niños identifican la presencia de cyberbullying, en su mayoría, se trata de niñas (54,1%) a diferencia de varones (45,9%).

De forma similar, el 53,4% de las y los adolescentes percibe la presencia de cyberbullying en su entorno. Nuevamente, son las mujeres quienes informan la presencia de este tipo de agresiones (56,3%) a diferencia de los adolescentes varones (43,7%).

Víctimas, agresores y testigos de bullying y cyberbullying

Como parte de la encuesta, se consultó a las niñas, niños y adolescentes si habían agredido a alguien, si habían testificado el bullying y si lo había sufrido. En su mayoría, el 56,9% de la muestra general ha reportado haber sido testigo del bullying, sin embargo, llama la atención que solo el 22% de los casos ha informado ser el agresor, y el 38,1% ser la víctima.

En el caso de las niñas y niños, se identifica que el bullying tiene una mayor prevalencia en los niños varones, pues el 62,2% de los niños informaron haber sido agresores; 54,8% víctimas y 53% haber testificado agresiones. Los porcentajes en las niñas son menores (37,8%; 45,2% y 47% respectivamente).

Las y los adolescentes, por su parte, presentan una tendencia similar, pues son los adolescentes hombres quienes agreden (57,1%) y testifican (51,4%) en mayor medida el bullying a diferencia de las mujeres (42,9% y 48,6%). Sin embargo, las víctimas de bullying tienden a ser más mujeres (53,2%) en contraposición a los hombres (46,8%).

Con respecto al ciberbullying, el 11,5% de la muestra ha informado haber agredido, el 25,2% haber sufrido de una agresión y el 38,6% haber presenciado una agresión de este tipo.

A partir del nivel educativo, se identifica una leve predominancia de niños que sufren de ciberbullying (51,9%) en comparación con las niñas (48,1%). Adicionalmente, se evidencia que ambos, niñas y niños, son por igual agresores de ciberbullying (50% cada uno). Finalmente, las niñas (58,6%) son quienes testifican en mayor medida el ciberbullying (41,4% de niños).

Para las y los adolescentes, la testificación de bullying ocurre en mayor medida por los adolescentes hombres (56%) en contraposición a las mujeres (44%). El 70,8% de los agresores de ciberbullying son varones y el 29,2% mujeres. De forma inversa, el 60,5% de víctimas son mujeres y el 39,5% adolescentes hombres.

3.1.2. ¿Qué piensan las personas adultas del entorno protector?

Los resultados de las entrevistas realizadas con madres y padres de familia, operadores y técnicos de protección y educación, muestran que también reconocen a las violencias física y psicológica como las de mayor prevalencia en la vida de las niñas, niños y adolescentes. Identificando el entorno familiar y el escolar como espacios en los que estas violencias presentan mayor ocurrencia.

(Respondiendo a la pregunta sobre la identificación de los tipos de violencia más recurrente) "Sería la violencia física y psicológica, la física de los niños o viene de parte de los mismos papás, los familiares o los de su entorno. La psicológica, como le digo, también puede ser por parte de los papás o también en el entorno escolar... en el colegio" (Comunicación personal, madre de familia La Paz, noviembre 2024).

"En adolescentes lo que más se ve por ejemplo es el tema del bullying, esa agresión verbal, psicológica a veces hasta física...entre pares (...) Eso es lo que identifiqué mucho en esta población, la violencia física, verbal y psicológica, pero no solo entre pares sino de parte de sus propios progenitores" (Comunicación personal, técnico en protección de la niñez y adolescencia, La Paz, noviembre 2024).

Por su parte, la violencia sexual es identificada como un tipo de violencia agravado y que además coexiste con otros tipos de violencia por la manera en la que se desarrolla:

"Yo creo que ya el abuso sexual y esos... un niño tiene que pasar por todas esas etapas (explicar el contexto) para llegar ya a esas otras" (Comunicación personal, madre de familia La Paz, noviembre 2024).

"Son violencias que están conectadas, porque el agresor no te va a pegar calladito, o sea te va a pegar y a la vez te insulta, te denigra y te humilla. Hemos podido ver que en lo que es la violencia sexual está mezclado mucho lo que es la violencia psicológica porque las empiezan a amenazar, a chantajear, hay casos en los que a los niños los han amenazado para que no cuenten. Entonces hay mucho de esto del engaño, la amenaza que está vinculado mucho al componente psicológico" (Comunicación personal, operadora del centro terapéutico municipal, La Paz, noviembre 2024).

(Respondiendo a la pregunta sobre la identificación de los tipos de violencia más recurrente) "La sexual, violencia o abuso sexual... que no las podemos separar porque no puede haber una violencia o abuso sexual sin la violencia psicológica, sin la física porque el agresor usa todas estas herramientas. Entonces no se puede separar y decir cual hay más, es todo en uno" (Comunicación personal, experto en salud mental infantojuvenil, La Paz, noviembre 2024).

Respecto a la violencia facilitada por la tecnología, los adultos no hacen referencia únicamente al cyberbullying, sino también muestran su preocupación por la exposición a la violencia en estos medios de forma indirecta, ya sea a través de las interacciones que se tienen por redes sociales y/o juegos en línea, o por los contenidos que son difundidos y a los cuales niñas, niños y adolescentes tienen libre acceso hoy en día.

(Respondiendo a la pregunta sobre los entornos en los que se reproduce la violencia con mayor frecuencia). "En esto de los juegos que se dan ahora por el celular, hablan malas palabras, se conocen con gente mala que incluso no saben con quienes están jugando los niños, (...) está el peligro en el celular al que llegan muchas cosas, como le dije; la pornografía, etc.". (Comunicación personal, madre de familia La Paz, noviembre 2024).

(Respondiendo a la pregunta sobre los entornos en los que se reproduce la violencia con mayor frecuencia) "Sin duda el entorno tecnológico tiene un rol importante tanto por el cyberbullying, el acoso, el grooming y además es un muy buen medio de captación para los tratantes, (...) en los medios de comunicación las noticias hoy en día están llenas de morbo, son muy amarillistas y realmente no se le da la importancia que debería cuando por ejemplo se reporta algún caso de violencia". (Comunicación personal, experto en salud mental infantojuvenil, La Paz, noviembre 2024).

En cuanto a las causas percibidas por parte de los adultos para que los diferentes tipos de violencia identificados presenten alta prevalencia, se menciona como una de las principales la reproducción social de la violencia en nuestro contexto. Esto implica la reproducción de patrones de comportamiento violentos en las interacciones personales que llegan a afectar las relaciones de niñas, niños y adolescentes con las personas adultos y con sus pares.

(Respondiendo a la pregunta sobre las principales causas de la violencia) "Bueno, yo creo que es multifactorial... son muchas causas que se suman y es muy difícil decir cuál es la que lidera. Por un lado es la coyuntura, ya se ha normalizado la violencia (...) es una humanidad muy desprotegida y en ese sentido la historia de los agresores también lleva un ciclo histórico de violencia que se transmite a nivel transgeneracional"(Comunicación personal, experto en salud mental infantojuvenil).

(Respondiendo a la pregunta sobre las principales causas de la violencia) "Tal vez otro sería el reflejo de lo que ellos viven en sus casas como para comportarse de esa forma con otras personas". (Comunicación personal, madre de familia, La Paz, noviembre 2024)

(Respondiendo a la pregunta sobre las principales causas de la violencia) "Algo que me llamaba la atención es que en todos los casos siempre había situaciones de disfunción familiar, falta de comunicación, un papá/mamá ausente o negligente, papás violentos que también han crecido en contextos violentos. Entonces todo esto suma y al sumar claro, los ponen en mayores condiciones de vulnerabilidad y se vuelven presas más fáciles" (Comunicación personal, operadora del centro terapéutico municipal, La Paz, noviembre 2024)

Por otro lado, se ha identificado entre las causas de la violencia, la negligencia que hoy en día se presenta en las vías de respuesta por parte de los servicios de protección que trabajan con esta problemática, dando lugar a la completa inacción frente a sucesos de violencia.

(Respondiendo a la pregunta sobre las principales causas de la violencia) "Somos una sociedad con doble moral, las autoridades hablan mucho sobre la protección y defensa de los niños y las mujeres, sin embargo, no hay recursos para poder implementar acciones que generen cambios reales". (Comunicación personal, operadora del centro terapéutico municipal, La Paz, noviembre 2024).

Sin embargo, es importante mencionar que las causas identificadas no son únicamente a nivel social, sino también se habla de la existencia de patologías y/o trastornos de personalidad en las y los perpetradores, que predisponen el desarrollo de conductas violentas hacia otras personas. Lo que, es más, es que esta percepción por parte de las personas adultas implica la existencia de entornos hostiles previos, que dan lugar al surgimiento de estas patologías y que en última instancia dan cuenta del gran impacto que la violencia puede tener a nivel psicológico a largo plazo.

(Respondiendo a la pregunta sobre las principales causas de la violencia) "Estamos hablando también de la psicopatía, entonces muchos agresores son psicópatas o sociópatas, entonces la herencia también, que tienen sus hijos y los hijos de sus hijos es que terminan siendo malvados por naturaleza, y es una población que cada día crece más"(Comunicación personal, experto en salud mental infantojuvenil, La Paz, noviembre 2024).

(Respondiendo a la pregunta sobre las principales causas de la violencia)" Por otro lado estoy segura que hay una patología, hay rasgos de conductas antisociales que llevan a tener estas actitudes y ser agresores de niños y niñas (...) y son casos que con frecuencia presentan también antecedentes familiares de violencia". (Comunicación personal, operadora del centro terapéutico municipal, La Paz, noviembre 2024).



3.2. Las violencias y su asociación en la salud mental

3.2.1. ¿Cómo está la salud mental en las unidades educativas? Información sobre indicadores de salud mental de las niñas, niños y adolescentes

Ahora, se presenta la información respecto a la presencia de indicadores asociados a la salud mental en las niñas, niños y adolescentes de la muestra. Esta información es analizada de forma diferenciada de acuerdo con el nivel educativo y sexo. La tabla 6 expone la información de la muestra a partir del sexo y del nivel escolar.

Tabla 6. Prevalencia de indicadores de ansiedad, depresión y síntomas psicossomáticos de acuerdo con el sexo y nivel educativo de la muestra

Parámetros	Indicadores ansiedad	Indicadores depresión	Indicadores sint. psicossomáticos
Prevalencia primaria (n= 347)	45,8	7,8	32,3
Hombres	53,5	29,6	42,9
Mujeres	46,5	70,4	57,1
Total	100	100	100
Prevalencia secundaria (n=236)	46,6	20,8	52,5
Hombres	26,5	46	28,2
Mujeres	73,5	54	71,8
Total	100	100	100

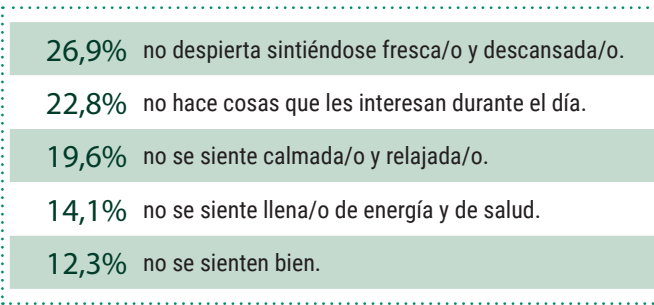
Indicadores de depresión

Los indicadores de depresión estudiados comprenden cinco tipos de indicadores auto-referenciales como el no sentirse bien; no sentirse calmado ni relajado; no tener energía; o percibir que no se hacen cosas interesantes durante el día (véase figura 7). La muestra general ha demostrado tener una mayor frecuencia de problemas para dormir que impiden que al despertar se sientan descansados (26,9%), además de que las niñas, niños y adolescentes informaron no realizar cosas que les interesan durante su día a día (22,8%).

El 7,8% de las niñas y niños presentan indicadores con respecto a la depresión, con mayor prevalencia en las niñas (70,4%) en contraposición a los niños (29,6%). El 20,8% de las y los adolescentes también presentaron indicadores de depresión. Nuevamente, la mayoría de las respuestas de los síntomas auto reportados (73,5%) corresponden a las adolescentes mujeres.



Figura 7. Distribución de las respuestas de las niñas, niños y adolescentes a los indicadores auto reportados de depresión



Nota: La desagregación por sexo y edad se encuentra en anexos.

Indicadores de ansiedad

Respecto a los dos indicadores de ansiedad auto percibida, se observó que el 29% de las niñas, niños y adolescentes de la muestra general se sienten nerviosos. El 28,3% enfrentan dificultades para controlar sus preocupaciones.

Al combinar ambos ítems, se identificó que el 45,8% de las niñas y niños reportaron respuestas asociadas a una posible presencia de ansiedad, predominando en los hombres, quienes representan el 53,5% de los casos.

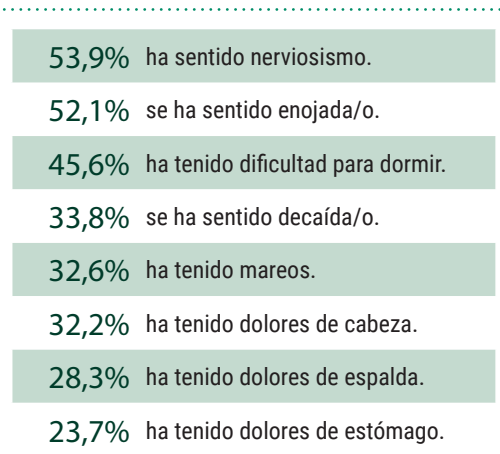
En el caso de las y los adolescentes, el 53,4% mostró indicadores de ansiedad. A diferencia de lo observado en los estudiantes de primaria, para quienes la prevalencia de ansiedad entre los adolescentes es mayor en mujeres, alcanzando un 54%.

Indicadores psicosomáticos

Por parte de los síntomas psicosomáticos auto percibidos, se abordaron ocho indicadores (véase figura 8). De estos, la muestra general de niñas, niños y adolescentes presenta con mayor frecuencia nerviosismo (53,9%), enojo (52,1%) y dificultades para dormir (45,6%).

Realizando un corte por el nivel educativo, el 32,3% de las niñas y niños de primaria han tenido síntomas psicosomáticos, en mayor proporción las niñas (57,1%) que los niños (42,9%). La cantidad de adolescentes con síntomas psicosomáticos es mayor, pues el 52,5% de ellos presentan algún síntoma, sobre todo las mujeres (71,8%).

Figura 8. Distribución de las respuestas de las niñas, niños y adolescentes a los indicadores auto reportados de síntomas psicosomáticos



Nota: La desagregación por sexo y edad se encuentra en anexos.

3.2.2. Relación entre las violencias y la salud mental

Tal como la tabla 7 señala, el análisis de correlación indica que a medida que la exposición a la violencia incrementa; la ansiedad, depresión y síntomas psicósomáticos se incrementan también. Es importante señalar que todas estas relaciones han sido altamente significativas ($p < 0.05$).

El análisis también permite identificar la relación positiva que existe entre las variables de la salud mental, es decir, que cuando la depresión incrementa, también lo hacen los indicadores de ansiedad y de síntomas psicósomáticos de forma significativa. Este resultado permite identificar la comorbilidad entre las afecciones mentales, sobre todo, la ansiedad, depresión y síntomas psicósomáticos.

Tabla 7. Correlación entre las variables

Parámetros	Indicadores Ansiedad	Indicadores síntomas psicósomáticos	Violencia física	Violencia psicológica	Exp. a la violencia	Exp. a agresión sexual	Presencia de bullying	Presencia ciberbullying
Indicadores Depresión	,247**	,484**	,275**	,320**	,246**	,278**	,342**	,252**
Indicadores Ansiedad	1,000	,039	,069	,094*	,047	,051	,051	,044
Indicadores síntomas psicósomáticos	,039	1,000	,350**	,419**	,373**	,292**	,345**	,308**

Nota: **: $p = 0,001$; *: $p = 0,05$.

3.2.3. Las violencias como factor de riesgo para el deterioro de salud mental

Para comprender con mayor profundidad el impacto que las violencias tienen en el deterioro de la salud mental, se trabajó con una regresión logística binomial. Mediante este modelo matemático, es posible calcular la relación entre los tipos de violencia y la probabilidad de tener una salud mental deteriorada. El indicador que el análisis genera es "OR" (Odds Ratio), este permite comprender la cantidad de probabilidad que existe para que la salud mental se encuentre deteriorada cuando la violencia se encuentra presente.

Cuando los valores de OR son iguales a 1, nos encontramos ante un factor que no implica un riesgo, mientras que cuando los valores son superiores a 1, podemos identificar un factor de riesgo para la salud mental.

Indicadores de depresión

De esta manera, los resultados permitieron identificar que las niñas, niños y adolescentes que pasan por agresiones físicas tienen dos veces mayor probabilidad de desarrollar indicadores de depresión (OR:2.737). Mientras que quienes sufren de alguna agresión psicológica (OR:3.632), son expuestos a agresiones sexuales (3.286) y a entornos con bullying (OR:3.479), tienen tres veces mayor probabilidad de desarrollar indicadores de depresión. Además, quienes son expuestos a entornos violentos (OR:4.07) tienen cuatro veces mayor probabilidad de desarrollar indicadores de depresión.

Las mujeres (niñas y adolescentes), en general, tienen entre 3 a 5 veces más de riesgo a desarrollar indicadores de depresión cuando sufren de violencia psicológica (OR:

3,729) o física (OR: 2,879), así como también, cuando son expuestas a agresiones sexuales (OR:5,744), entornos violentos (OR:3,635) y al bullying (OR:2,973). Por su parte, los hombres (niños y adolescentes) presentan cinco veces más de riesgo a desarrollar depresión cuando son expuestos al bullying (OR:5,202).

Ahora bien, al dividir la muestra por el nivel de escolaridad, se aprecia que las y los adolescentes de secundaria cuentan con entre 2 a 11 veces más de riesgo a desarrollar indicadores de depresión cuando son víctimas de agresiones psicológicas (OR:3,587), físicas (OR:2,698) y por la exposición a agresión sexual (OR:3,709) y a entornos violentos (OR:11,44).

Las niñas y niños de primaria tienen entre 4 a 8 veces mayor riesgo de desarrollar indicadores de depresión si atraviesan por agresiones psicológicas (OR: 4,549), físicas (OR: 5,765) y por ambientes escolares con bullying (OR: 8,777).

Las niñas, niños y adolescentes que han estado en riesgo de sufrir una agresión sexual tienen cinco veces más de probabilidad de percibir que durante el día a día no realizan actividades que les generen interés (OR: 5). Siendo las mujeres quienes cuentan con 2 veces más de probabilidad (OR: 2,123).

Indicadores de ansiedad

En cuanto a la asociación entre los tipos de violencia y los síntomas autopercebidos de ansiedad, se reflejan probabilidades o riesgos menores. Quienes sufren de violencia física (OR:1,441), psicológica (OR:1,613) y son expuestos a entornos violentos (OR:1,73), tienen entre 44% a 73% más riesgo de probabilidad de desarrollar sintomatología vinculada a la ansiedad.

Las mujeres (niñas y adolescentes) que sufren de violencia física (OR:1,642) y que son expuestas a entornos violentos (OR:1,779), tienen dos veces mayor riesgo a desarrollar indicadores de ansiedad, al igual que los hombres (niños y adolescentes) que son víctimas de violencia psicológica (OR:2,035).

Las niñas y niños de primaria son los únicos que han presentado dos veces más de riesgo para desarrollar indicadores auto reportados de depresión al ser expuestos a violencia psicológica (OR:1,831), física (OR: 1,892) y a entornos violentos (OR:1,97).

Indicadores de síntomas psicósomáticos

Por su parte, el ser expuesto a entornos de violencia (OR:2,061) y la presencia de bullying (OR:2,655) y ciberbullying (OR:2,342) representan un incremento en dos veces más la probabilidad para el desarrollo de síntomas psicósomáticos. El riesgo de sufrir una agresión sexual (OR:3,399), agresiones físicas (OR:3,026) y psicológicas (OR:3,885), incrementa en mayor medida este riesgo -tres veces más probabilidad-.

Las mujeres, cuentan con dos veces más de riesgo a desarrollar síntomas psicósomáticos cuando son víctimas de violencia física (OR:2,316) o son expuestas a entornos violentos (OR:2,716) o donde existe ciberbullying (OR:2,003). Además, posee tres veces más de probabilidad cuando están en riesgo de una agresión sexual (OR:3,137) o de cuando están en entornos con bullying (OR:3,047). En mayor medida, las mujeres que sufren de violencia psicológica tienen cinco veces más de probabilidad de desarrollar síntomas psicósomáticos (OR: 5,154).

Por su parte, los hombres presentan dos veces más riesgo a desarrollar sintomatología psicósomática cuando son expuestos a violencia psicológica (OR:2,625), al riesgo de sufrir una agresión sexual (OR:2,855) y cuando son expuestos a entornos violentos

(OR: 2,042) y donde existe bullying (OR:2,25) o ciberbullying (OR:2,751). Un dato que llama la atención es el incremento en cinco veces más cuando las mujeres sufren de agresiones físicas (OR: 5,13).

A partir del nivel educativo, las niñas y niños de primaria tienen 97% más de probabilidad cuando están en entornos con bullying (OR:1,97). Dos veces más en quienes están expuestos a una agresión sexual (OR:2,428) o al ciberbullying (OR:2,27); y tres veces más cuando sufren de violencia psicológica (OR:3,349) y física (OR:3,225).

Las y los adolescentes, por su parte, tienen dos veces más de riesgo a desarrollar síntomas psicossomáticos cuando son expuestos al cibebullying (OR:2,261) y tres veces más cuando son expuestos al bullying (OR:3,442). El riesgo incrementa a cuatro veces más cuando corren peligro de sufrir una agresión sexual (OR:4,518) o reciben una agresión física (OR:4,029). Por último, quienes sufren de una agresión psicológica (OR:5,445), o son expuestos a entornos violentos (OR:5,066), tienen cinco veces más de riesgo.

El principal síntoma psicossomático que ha demostrado un incremento en su probabilidad de desarrollarse por los tipos de violencia mencionados es la dificultad para dormir; riesgo que incrementa dos veces más (x2), cuando las niñas, niños y adolescentes son expuestos a entornos violentos.

Tabla 8. Probabilidad de riesgo de desarrollar depresión y síntomas psicossomáticos por exposición a distintos tipos de violencias

El riesgo de desarrollar depresión...				
en entornos donde hay violencia incrementa:	cuando se sufre violencia psicológica incrementa:	cuando se está en riesgo de sufrir una agresión sexual incrementa:	cuando existe bullying en la escuela incrementa:	cuando se sufre de violencia física incrementa:
<ul style="list-style-type: none"> ● En población en general: 4 veces más. ● En las y los adolescentes: 11 veces más. ● En mujeres: 5 veces más. 	<ul style="list-style-type: none"> ● En población en general: 3 veces más ● En niñas y niños: 5 veces más. ● En mujeres: 3 veces más. 	<ul style="list-style-type: none"> ● En población en general: 3 veces más. ● En las y los adolescentes: 3 veces más. ● En mujeres: 3 veces más. 	<ul style="list-style-type: none"> ● En población en general: 3 veces más. ● En niñas y niños: 8 veces más. ● En mujeres: 5 veces más. 	<ul style="list-style-type: none"> ● En las y los adolescentes: 2 veces más. ● En niñas y niños: 5 veces más. ● En mujeres: 3 veces más.
El riesgo de desarrollar síntomas psicossomáticos...				
cuando se sufre de violencia física incrementa:	cuando se sufre violencia psicológica incrementa:	cuando se está en riesgo de sufrir una agresión sexual incrementa:	en entornos donde hay violencia incrementa:	cuando existe bullying en la escuela incrementa:
<ul style="list-style-type: none"> ● En población en general: 3 veces más. ● En las y los adolescentes: 4 veces más. ● En hombres: 5 veces más 	<ul style="list-style-type: none"> ● En población en general: 3 veces más ● En las y los adolescentes: 5 veces más. ● En mujeres: 5 veces más. 	<ul style="list-style-type: none"> ● En población en general: 3 veces más. ● En las y los adolescentes: 4 veces más. ● En mujeres: 3 veces más. 	<ul style="list-style-type: none"> ● En población en general: 2 veces más. ● En las y los adolescentes: 5 veces más. 	<ul style="list-style-type: none"> ● En población en general: 2 veces más. ● En las y los adolescentes: 3 veces más. ● En mujeres: 3 veces más.

3.3. ¿Cómo afectan las violencias en la salud mental desde la percepción de las niñas, niños y adolescentes?

Las emociones son un indicador clave para comprender el impacto de la violencia en la salud mental de las niñas, niños y adolescentes. Por ello, se realizó el análisis que se presenta a continuación, enfocado en sus percepciones sobre cómo las emociones reflejan el impacto de la violencia en su salud mental.

Según la percepción de las niñas, niños y adolescentes, las situaciones de violencia, en sus diversas formas y contextos, provocan un cambio en el estado emocional de quienes las experimentan. Como se muestra en la figura 9, reconocen que las emociones que con mayor frecuencia están asociadas a estas experiencias son la **tristeza**, la **duda**, el **enojo**, el **miedo**.

Figura 9. Nube de emociones



Estas emociones reflejan sus vivencias: tristeza por la propia situación de violencia, enojo por la dificultad para enfrentarla y miedo ante la posibilidad de que persista o empeore. Estas emociones están presentes cuando las niñas, niños y adolescentes están en los entornos de violencia:

“Porque al escuchar esos comentarios de su madre se siente mal, por eso siente tristeza...” (Comunicación personal, adolescente mujer, 15 años).

“duda, porque debe estar preguntándose por qué le hacen bullying...” (Comunicación personal, niño, 11 años).

“sentiría miedo al pensar que le podría pasar, ¿qué tal si avanzan más y si le pegan?” (Comunicación personal, niña, 12 años).

La alegría también fue una emoción elegida con frecuencia, demostrando que las víctimas de violencia no siempre están sintiendo tristeza, enojo y duda, y así develando la complejidad del impacto de la violencia en la salud mental. Pero a diferencia de las primeras tres emociones, según las y los participantes, esta emoción está presente cuando las víctimas no se encuentran en los entornos violentos. Está presente en momentos en que las niñas, niños y adolescentes tienen redes de apoyo, como podemos leer en el testimonio a continuación.

“De vez en cuando siente alegría, cuando está con sus compañeros” (Comunicación personal, adolescente mujer, 15 años).

Estas emociones están presentes en los distintos tipos de violencia contra la niñez y la adolescencia. No se identificó una diferencia cuando se intentó diferenciar las nubes de palabras por cada tipo de violencia. Sin embargo, respecto a la violencia sexual sí se identificaron dos emociones que aparecen también con frecuencia: la vergüenza y el asco. Un aspecto destacable, aunque no recurrente en todas las entrevistas, fue la observación realizada por una participante sobre una diferencia de género en la vivencia de la violencia sexual. Según su percepción, las emociones experimentadas por niñas, niños y adolescentes en situaciones de violencia sexual son distintas. Esto quedó reflejado en el siguiente testimonio:

“Las chicas sentirían más miedo por todo lo que hemos visto en la tele, los casos de secuestro que pasan con las mujeres; eso da miedo. Si a un chico le pasa eso, sentiría más asco que miedo...” (Comunicación personal, niña, 12 años).

En síntesis, las niñas, niños y adolescentes reconocen que la violencia tiene un impacto significativo en el estado emocional de quienes la experimentan, manifestándose frecuentemente en emociones como tristeza, enojo, miedo y duda. Estas emociones, en muchos casos pueden evolucionar hacia síntomas relacionados con estados de ansiedad, depresión y síntomas psicósomáticos. Aunque las entrevistas se centraron en explorar las emociones vinculadas a la violencia, y no en otros posibles síntomas como los físicos o somáticos, los testimonios dejan en claro que la percepción de las niñas, niños y adolescentes sobre el impacto de la violencia es predominantemente negativa. Esta conclusión está alineada con los resultados cuantitativos presentados, que refuerzan la relación entre la violencia y un deterioro en la salud mental.

Desde la percepción de las personas adultas, la violencia despliega una amplia gama de consecuencias a corto, mediano y largo plazo, entre las cuales resalta como una de las principales la gestión emocional debilitada que pasa desde la incapacidad de reconocer las emociones emergentes a partir de las experiencias de abuso, hasta la conversión de esta afectación a nivel psicológico en síntomas somáticos.

(Respondiendo a la pregunta sobre el impacto de la violencia en la salud mental) “En temas emocionales ellos no pueden gestionar sus emociones en el tema del dolor. Entonces ellos sienten un dolor interno y no pueden saber que les está afectando. Claro, ellos se dan cuenta que internamente algo les está pasando, pero piensan que con el tiempo se cura...” (Comunicación personal, madre de familia, La Paz, noviembre 2024).

(Respondiendo a la pregunta sobre el impacto de la violencia en la salud mental) “(...)están muy irritables, a la defensiva y enojones. Eso en ocasiones se convierte ya en el desarrollo de síntomas vinculados a la ansiedad o signos que se hacen ya manifiestos de forma corporal: dolores de cabeza, estómago, etc.”. (Comunicación personal, experto en salud mental infantojuvenil, La Paz, noviembre 2024).

De igual manera, las personas adultas perciben que las niñas, niños y adolescentes manifiestan el impacto que la violencia tiene mediante una diversidad de signos que pueden estar vinculados a la depresión, como el aislamiento social. Además de ello, se presentan en ocasiones comportamientos autolesivos y en última instancia ideaciones y/o intentos suicidas recurrentes que dan cuenta de la presencia de cuadros depresivos severos.

(Respondiendo a la pregunta sobre el impacto de la violencia en la salud mental) “(...) ya no quieren compartir con sus familiares, prefieren salir de la casa, en el recreo a veces se los ve solos. Cuando les preguntas si están bien, te responden tristes, en ese comportamiento se nota que están deprimidos y que algo les está pasando” (Comunicación personal, director unidad educativa, La Paz, noviembre 2024).

(Respondiendo a la pregunta sobre el impacto de la violencia en la salud mental) “... entonces el adolescente estaba totalmente solo, no se abría con nadie la mamá no quiso aceptar. Apoyaba al hermano -tío del adolescente- que tenía 16 años y había sido quien perpetró el abuso, no solo sexual sino físico (...) mostraba signos de ansiedad, estrés, depresión a niveles críticos donde ya se quiso quitar la vida varias veces” (Comunicación personal, técnico en protección de la niñez y adolescencia, La Paz, noviembre 2024).

Por otro lado, en el ámbito escolar también identifican que la violencia no sólo afecta la salud mental, sino también en el presentismo escolar, haciendo evidente la afectación a nivel cognitivo que influye de manera directa en el desempeño en el aula, bajo rendimiento académico, dificultades en la concentración y, por último, ausentismo y/o deserción año escolar.

(Respondiendo a la pregunta sobre el impacto de la violencia en la salud mental) “En un niño que era responsable en el colegio es más fácil detectarlo porque baja las calificaciones, cambia su forma de ser, de vestirse. Ahí uno puede darse cuenta que algo está pasando” (Comunicación personal, madre de familia, La Paz, noviembre 2024).

(Respondiendo a la pregunta sobre el impacto de la violencia en la salud mental) “En el aula por ejemplo ya no hay el mismo desempeño, porque un niño que está sufriendo o es víctima ya no viene con las mismas ganas a trabajar con el aula, está presente pero ausente a la vez, no atiende, no se concentra. (...) otro de los signos que nos muestra que les está afectando es el ausentismo, los niños ya no quieren asistir al colegio. (Comunicación personal, director unidad educativa, La Paz, noviembre 2024).

Respecto a los efectos negativos en la salud mental a largo plazo y vinculando con la dificultad manifiesta en la gestión emocional, se percibe que las conductas de riesgo como el consumo de sustancias, alcohol y comportamientos que transgreden las leyes y normas, pueden iniciar a temprana edad en la adolescencia y perdurar a lo largo de la vida cuando no se realiza una intervención óptima en las experiencias de violencia por las que las niñas, niños y adolescentes atraviesan.

(Respondiendo a la pregunta sobre el impacto de la violencia en la salud mental) “(...) pero cuando no se trata (cuando no se atiende la violencia y sus efectos) pienso que ahí es cuando ya se dedican al alcohol, a las drogas o algún vicio que realmente les llega a destruir porque no llegan a sanar eso. (Comunicación personal, madre de familia, La Paz, noviembre 2024).

(Respondiendo a la pregunta sobre el impacto de la violencia en la salud mental) “(...) hemos visto incluso hasta situaciones de consumo (como efecto de la violencia), se dan a veces hasta dentro del colegio, y estas situaciones también terminan repercutiendo en otros tipos de abuso como abusos sexuales. (Comunicación personal, operadora del centro terapéutico municipal, La Paz, noviembre 2024).

3.4. Salud mental, bienestar subjetivo y apoyo social

3.4.1. ¿Cómo se encuentra el bienestar subjetivo de las niñas, niños y adolescentes?

Las respuestas de las niñas y niños permiten identificar que la mayoría se siente bien consigo misma/o (72,6%), percibe que su estado de salud es bueno (74,9%), se encuentran satisfechos con su vida (65,4%) y con su imagen corporal (72,9%), sobre todo, los niños. Sin embargo, un porcentaje importante informa sentirse afectado cuando es criticado por los demás (73,8%).

En el caso de las y los adolescentes, el bienestar subjetivo presenta diferencias. Pese a que la mitad de las y los adolescentes perciben que su estado de salud es bueno (55,9%); existe un porcentaje de ellos que no se siente bien consigo mismos (50,4%), y poco más de la mitad no se encuentra satisfecho sobre su vida (55,9%) o su imagen corporal (33,1%) y se ven afectados por comentarios de otros (67,8%), sobre todo las adolescentes mujeres (Ver Tabla 9).

Tabla 9. Información sobre el bienestar subjetivo de la muestra

Parámetros	No me afecta cuando me critican	Me siento bien conmigo misma/o	Mi salud es buena o excelente	Estoy satisfecha/o con mi vida	Estoy satisfecha/o con mi imagen corporal
Muestra primaria (n=347)	26,2	72,6	74,9	65,4	72,9
Hombres	49,5	52,8	54,2	56,8	53
Mujeres	50,5	47,2	45,8	43,2	47
Total	100	100	100	100	100
Muestra secundaria (n=236)	32,2	49,6	55,9	44,1	66,9
Hombres	64,5	62,4	56,1	55,8	55,7
Mujeres	35,5	37,6	43,9	44,2	44,3
Total	100	100	100	100	100

Nota: El restante de cada porcentaje corresponde a respuestas negativas sobre las categorías

3.4.2. ¿Cómo perciben el apoyo por parte de su entorno las niñas, niños y adolescentes?

La mayoría de las niñas y niños considera que recibe el apoyo de sus amigas y amigos (89%), en menor medida, el 78,4% recibe apoyo de sus maestras y maestros y el 76% de sus familias. Son más los niños varones que perciben apoyo de sus familias (53%) y profesores (51,8%) a diferencia de las niñas. Ellas perciben en mayor medida el apoyo de sus amigas/os (51,5%).

En cuanto a las y los adolescentes, la mayoría considera que recibe apoyo de sus amigas y amigos (74,2%). Poco más de la mitad de la muestra, informó recibir apoyo de sus familiares (55,5%) y menos de la mitad, de sus maestras o maestros (48,3%). Las adolescentes mujeres, son quienes perciben en mayor medida el apoyo de sus amigas/os (55,4%) y maestras/os (54,4%), mientras que son los adolescentes hombres quienes perciben el apoyo de sus familias (51,1%).

Este análisis también resalta que existe un segmento de la muestra que no percibe este apoyo, lo que sugiere la necesidad de fortalecer las redes de apoyo tanto en la infancia como en la adolescencia, tomando en cuenta que en ambos casos el principal referente de apoyo se encuentra en el grupo de pares.

Tabla 10. Apoyo social percibido por la muestra segmentado por sexo y nivel

Parámetros	Mi familia me apoya	Mis amigas/os me apoyan	Mis maestras/os me apoyan
Muestra primaria (n=347)	76,7	89	78,4
Hombres	53	48,5	51,8
Mujeres	47	51,5	48,2
Total	100	100	100
Muestra secundaria (n=236)	55,5	74,2	48,3
Hombres	51,1	44,6	45,6
Mujeres	48,9	55,4	54,4
Total	100	100	100

3.4.3. El bienestar subjetivo y el apoyo social como protectores de la salud mental

Indicadores de depresión

En primer lugar, se identifica que las niñas, niños y adolescentes que no cuentan con redes de apoyo de familiares (OR:2,232) ni amigos (OR:2,740), tienen dos veces más de probabilidad de tener indicadores de depresión. De la misma manera, quienes consideran que su salud está deteriorada (OR:2,614) tienen dos veces más probabilidades de desarrollar síntomas de depresión. Las niñas, niños y adolescentes que tienen una imagen corporal deteriorada (OR:3,650) y que no están satisfechos con sus vidas (OR:3,635) son tres veces más probables de desarrollar indicadores de depresión.

Los hombres que no cuentan con apoyo de amistades o que no se encuentran satisfechos con su imagen corporal, tienen entre dos a tres veces más probabilidades desarrollar indicadores de depresión (OR:2,797 y OR:3,440 respectivamente).

Las mujeres, tienen dos veces más de riesgo cuando no cuentan con redes de apoyo familiar o de amistades (OR:2,754 y OR:2,821). El riesgo incrementa tres veces cuando no están satisfechas con su imagen corporal (OR:3,177). Cuando las mujeres no están satisfechas con sus vidas, el riesgo incrementa cinco veces más (OR:5,818).

El riesgo de desarrollar indicadores de depresión en niñas y niños de primaria incrementa en tres veces (OR:3,333) cuando no se sienten satisfechos con su imagen corporal. Por su parte, el riesgo incrementa dos veces más en las y los adolescentes cuando no se tiene un estado de salud óptimo (OR:2,590); tres veces más cuando no se cuenta con apoyo de la familia (OR:3,772) o de amigos (OR:3,636); cuatro veces más cuando no se

encuentran satisfechos con sus vidas (OR:4,376) y cinco veces más cuando no se sienten satisfechos con su imagen corporal (OR:5,396).

Indicadores de ansiedad

Por parte de la ansiedad, se identifica que las niñas, niños y adolescentes que no cuentan con redes de apoyo familiar (OR:2,080) o de amigos (OR:2,044), tienen dos veces más de probabilidad de desarrollar síntomas de ansiedad.

Los hombres que no cuentan con redes de apoyo familiar (OR:3,251) o de amigas y amigos (OR:2,685) corren de dos a tres veces más de riesgo a desarrollar indicadores de ansiedad. Las mujeres que no cuentan con redes de apoyo familiar (OR:1,692) tienen 69% más de riesgo.

Finalmente, las niñas y niños de primaria tienen tres veces más probabilidades de desarrollar indicadores de ansiedad cuando no cuentan con apoyo familiar ni de amistades (OR:3,019 y OR:3,225).

Indicadores psicosomáticos

Finalmente, las niñas, niños y adolescentes que no cuentan con una red de apoyo familiar (OR:1,732) tienen un 73% más de probabilidad de tener síntomas psicosomáticos. Así mismo, quienes no están satisfechos con su imagen corporal (OR: 1,59) tienen 59% más riesgo. Quienes consideran que tienen un estado de salud deteriorado (OR:1,903) tienen 90% más de probabilidad de desarrollar síntomas psicosomáticos. Por último, las niñas, niños y adolescentes con bajos niveles de bienestar personal y que no están satisfechos con sus vidas (OR: 2,049 y OR: 2,571 respectivamente) presentan el doble de probabilidades de sufrir síntomas psicosomáticos.

Los hombres tienen dos veces más de riesgo cuando su bienestar personal es bajo (OR:2,077) y tres veces más cuando no están satisfechos con sus vidas (OR:3,380). Las mujeres, por su parte, cuentan con dos veces más de probabilidad cuando no están satisfechas con sus vidas (OR:2,115), perciben que su salud está deteriorada (OR:2,346) y no perciben apoyo de su familia (OR:2,569).

Las niñas y niños de primaria también poseen dos veces más riesgo de desarrollar síntomas psicosomáticos (OR:2,066) cuando tienen un bienestar personal bajo, además de contar con tres veces más riesgo cuando no se encuentran satisfechos con sus vidas (OR:3,045).

Por su parte, la probabilidad de desarrollar síntomas psicosomáticos en las y los adolescentes incrementa dos veces cuando no cuentan con apoyo familiar (OR: 2,740), perciben que su salud está deteriorada (OR: 2,524) y no están satisfechos con sus vidas (OR: 2,034).

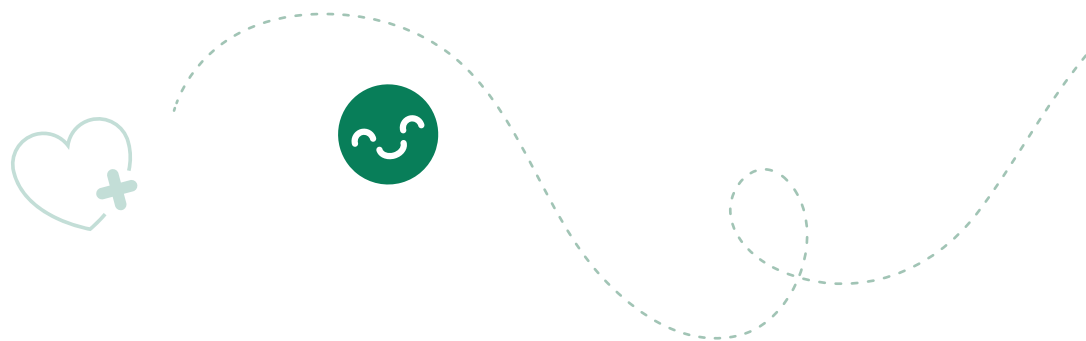


Tabla 11. Probabilidad de desarrollar depresión, ansiedad y síntomas psicósomáticos si no existe bienestar subjetivo o apoyo social

El riesgo de desarrollar depresión...				
cuando las niñas, niños y adolescentes no están satisfechos con su imagen corporal incrementa:	cuando las niñas, niños y adolescentes no están satisfechos con su vida incrementa:	cuando las niñas, niños y adolescentes no perciben que su salud es buena incrementa:	cuando las niñas, niños y adolescentes no tienen redes de apoyo familiares incrementa:	cuando las niñas, niños y adolescentes no tienen redes de apoyo de amigas y amigos incrementa:
<ul style="list-style-type: none"> ● En población en general: 3 veces más. ● En las y los adolescentes: 5 veces más. 	<ul style="list-style-type: none"> ● En población en general: 3 veces más. ● En las y los adolescentes: 4 veces más. ● En mujeres: 5 veces más. 	<ul style="list-style-type: none"> ● En población en general: 2 veces más. ● Con un estado de salud percibido deteriorado: 2 veces más. 	<ul style="list-style-type: none"> ● En población en general: 2 veces más. ● En las y los adolescentes: 3 veces más. ● En mujeres: 3 veces más. 	<ul style="list-style-type: none"> ● En población en general: 2 veces más. ● En las y los adolescentes: 3 veces más. ● En hombres: 3 veces más.
El riesgo de desarrollar ansiedad...				
cuando las niñas, niños y adolescentes no tienen redes de apoyo de amigas y amigos incrementa:	cuando las niñas, niños y adolescentes no tienen redes de apoyo de familiares incrementa:			
<ul style="list-style-type: none"> ● En población en general: 2 veces más. ● En niñas y niños: 3 veces más. ● En hombres: 2 veces más. 	<ul style="list-style-type: none"> ● En población en general: 2 veces más. ● En niñas y niños: 3 veces más. ● En mujeres: 2 veces más. 			
El riesgo de desarrollar síntomas psicósomáticos...				
cuando las niñas, niños y adolescentes no están satisfechos con su vida incrementa:	cuando las niñas, niños y adolescentes no están satisfechos con su imagen corporal incrementa:			
<ul style="list-style-type: none"> ● En población en general: 2 veces más. ● En niñas y niños: 3 veces más. ● En hombres: 3 veces más. 	<ul style="list-style-type: none"> ● En población en general: 2 veces más. ● En niñas y niños: 3 veces más. ● En hombres: 3 veces más. 			

3.5. Salud mental y bienestar 3D

3.5.1 ¿Cómo piensan las niñas, niños y adolescentes que las violencias y la salud mental deteriorada afectan en su bienestar?

El impacto en la salud mental, a causa de las situaciones de violencia, está estrechamente relacionado con el bienestar de las niñas, niños y adolescentes. Desde la teoría del bienestar 3D (de Castro, 2016), este constructo se entiende como la relación dinámica entre los recursos materiales disponibles (dimensión material), la relación que construyen con estos recursos (dimensión relacional), y el valor subjetivo que asignan a estos vínculos (dimensión subjetiva). Esta dinámica está en constante interacción con las situaciones de violencia y su impacto en la salud mental.

“Yo creo que en su casa afectaría en el modo de que no tendría ganas de comer, sin ganas de hablar con nadie, y no quisiera salir de su cuarto porque quisiera que todo pase... eso sentiría” (Comunicación personal, niña, 11 años).

“Yo creo que en la escuela debe ser feliz porque le gusta jugar ajedrez y debe jugar con sus amigos... Yo creo que por dentro se debe sentir triste, pero en la escuela se debe sentir más feliz por lo que hacen. En la escuela, sus amigos hacen que se sienta más feliz.” (Comunicación personal, niño, 9 años).

Los anteriores testimonios muestran cómo, según la percepción de las niñas, niños y adolescentes, un estado emocional afectado por la violencia puede derivar a que las víctimas de violencia no recurran a las relaciones que construyeron con los recursos disponibles en sus entornos, como familiares, amistades o espacios de convivencia -como se puede leer en el primer testimonio-. Esto genera un debilitamiento de las relaciones que las niñas, niños y adolescentes han construido con estos recursos, por ende, en un impacto negativo en su bienestar.

Por otro lado, el segundo testimonio reflejó una dinámica opuesta a la expuesta previamente. Según la percepción de las y los participantes entrevistados, cuando una niña, niño o adolescente sufre situaciones de violencia y ésta impacta en el estado emocional, recurren a los recursos como ser sus amistades y cuidadores. En esta dinámica, las relaciones, actúan como amortiguadores, disminuyendo el impacto negativo de la violencia en la salud mental.

Ambas situaciones son distintas. Por un lado, un estado emocional deteriorado puede resultar en un debilitamiento de las relaciones que hacen al bienestar. Por otro lado, un estado emocional afectado puede resultar en que las niñas, niños y adolescentes busquen apoyo en sus recursos disponibles, fortaleciendo así las relaciones que favorecen a su bienestar. Entonces surge la siguiente pregunta: ¿De qué depende que en algunos casos se dé una u otra forma?

La respuesta parece estar en la dimensión subjetiva del bienestar; esta dimensión se refiere al valor positivo o negativo que la niña, niño o adolescente atribuye a las relaciones que han construido. Según la percepción de las y los participantes, acudir a las relaciones que tienen las víctimas de violencia, puede derivar en una respuesta negativa o positiva. La respuesta negativa es entendida como un enojo o falta de comprensión por parte de los cuidadores o pares, por ejemplo. Por su parte, la respuesta positiva, entendida como una respuesta de escucha y apoyo igualmente por parte de los cuidadores o pares.

Este hallazgo demuestra que el valor subjetivo que las niñas, niños y adolescentes atribuyen a sus relaciones -puede ser de un “vínculo significativo” (positivo) o un “vínculo no significativo” (negativo)- juega un rol importante en cómo se enfrenta las situaciones de violencia y su impacto en la salud mental. Cuando las relaciones son percibidas como vínculos significativos pueden fomentar la resiliencia, actuando, así como un factor protector ante esta problemática que los afecta. Este hallazgo, es congruente con los resultados cuantitativos, que han demostrado que el apoyo percibido por parte de la familia, amistades, maestras y maestros está relacionado con niveles más altos de satisfacción con la vida y con uno mismo.

Desde la perspectiva de las personas adultas se puede evidenciar de igual manera que el entendimiento del vínculo con sus recursos personales es un factor fundamental. Pues, coincidiendo con la percepción de las niñas, niños y adolescentes, las personas adultas hacen referencia a la dualidad identificada como producto de la relación entre la violencia, la salud mental y el bienestar al mencionar que: el atravesar situaciones de violencia predispone a la niña, niño o adolescente a un aislamiento generalizado aun cuando los vínculos personales están presentes como un recurso; mencionando que en muchas ocasiones las niñas, niños y adolescentes prefieren permanecer aislados para evitar perpetuar este ciclo de violencia aludien-

do a la posible invalidación de su situación, la culpabilización o el simple hecho de evitar incomodar a su entorno.

“... hay casos en los que por ejemplo hemos tenido procesos largos de restauración con las víctimas, más de 10 sesiones y a veces llegan tristes, llorando porque la mamá que era medio violenta le dice que no salga, que de nuevo le va a pasar lo mismo que todo ha sido su culpa, y claro ahí ellas dicen “hubiera preferido no contar”. (Comunicación personal, operadora del centro terapéutico municipal, La Paz, noviembre 2024).

“Cuando un niño llega a callar y a cerrar todo esto (la situación de violencia que atraviesa) es quizás por la vergüenza, quizás por el tema de que es el círculo familiar donde ha sufrido el abuso y por no querer afectar o hacer que la familia se separe prefieren callar”. (Comunicación personal, madre de familia, La Paz, noviembre 2024).

De forma paralela los adultos llegan a resaltar la importancia de las redes de apoyo como un factor que amortigua el impacto que las violencias pueden tener en la salud mental, pues identifican -al igual que las niñas, niños y adolescentes- que es necesario el establecimiento de vínculos significativos que se constituyan como puntos de referencia y espacios a los que acudir cuando se experimentan situaciones adversas.

“Es necesario que, aunque sea una persona, el niño sepa que hay alguien que lo va a escuchar, que lo va a apoyar (...) Lograr construir confianza con los adultos para hablar de estos temas, es un proceso que primero que se trabaja. Es un proceso de varios días” (Comunicación personal, madre de familia, La Paz, noviembre 2024).

“Yo creo que los recursos más mediatos que tiene son sus personas de apoyo, su mamá, su papá teniendo en cuenta que hablamos de familias funcionales (...) puede ser un tío o tía y a partir de eso, el nivel de confianza que el niño les tiene. Incluso se ven maestras, maestros que son recursos bien importantes para los niños porque son modelos a seguir, personas de confianza” (Comunicación personal, técnico en protección de la niñez y adolescencia, La Paz, noviembre 2024).

De manera reiterativa se hace énfasis en la confianza y el tipo de vínculo que se genera con estos recursos relacionales que las niñas, niños y adolescentes cuentan para hacer frente a las situaciones adversas, dando a entender que el bienestar puede ser un amortiguador cuando se lo contempla no sólo a partir de la disponibilidad del recurso y el vínculo establecido con el mismo, sino también -y especialmente- desde el valor subjetivo que estos vínculos cobran para las niñas, niños y adolescentes.

3.5.2. ¿Cuáles son los cambios que deben suceder para reducir el impacto de las violencias en la salud mental?

Las niñas, niños y adolescentes identifican a diferentes personas en el hogar, la escuela, y en el barrio como agentes de cambio para hacer frente a las situaciones de violencia. Por un lado, las personas identificadas en el hogar, son principalmente los cuidadores -madres, padres o adultos responsables de la crianza-, reconocidos como figuras centrales para impulsar el cambio. En ellos se demanda una actitud de escucha y apoyo para quienes son víctimas de violencia.

"La comunicación debería ser buena (...) uno siempre espera que le pregunten cómo le ha ido, porque uno se guarda y no sabe si la otra persona quiere saber eso..." (Comunicación personal, adolescente mujer, 15 años).

Las personas identificadas en la escuela son las y los directores, maestras y maestros. En ellos, el cambio que se espera está relacionado a acciones concretas que contrarresten las situaciones de violencia, tales como informar a las autoridades competentes de la escuela, dialogar con quienes ejercen violencia para mediar estas situaciones, y también ser un pilar de apoyo y escucha para las víctimas de violencia.

"(...) que la profesora se comunique con los papás de los que le hacen bullying..." (Comunicación personal, niño, 11 años).

"Que le cuente a un profesor, a un regente, lo que le está pasando... Tendrían que llamarle la atención a las chicas (refiriéndose a las chicas que están ejerciendo violencia)" (Comunicación personal, niña. 10 años).

Finalmente, aunque con menor frecuencia, los barrios se han identificado como espacios fundamentales para la niñez y la adolescencia. En estos entornos, lugares como las canchas ofrecen momentos de juego y esparcimiento, actuando como amortiguadores frente a los efectos negativos de la violencia en la salud mental. Estos espacios facilitan encuentros y generan emociones positivas, fortaleciendo el bienestar emocional, debido a que son espacios de encuentro con amigas y amigos.

"Igual debería ir a la cancha para jugar con sus amigos y así sentirse más feliz. Para que pueda jugar con sus amigos, debería tener una cancha cerca de casa." (Comunicación personal, niño, 10 años).

Este hallazgo revela que las niñas, niños y adolescentes no solo reconocen a las personas presentes en sus entornos; sino que también realzan la importancia de cómo debería ser la relación con estas personas para que los vínculos sean significativos y deriven en cambios hacia un bienestar positivo. Este hallazgo, comprueba a su vez, la importancia de comprender la interacción entre las dimensiones del bienestar 3D para hacer frente al impacto negativo que las violencias generan en la salud mental de la niñez y la adolescencia.

Por su parte, las personas adultas coinciden con la percepción de cambios y mejoras necesarias tanto en el entorno del hogar como en la escuela, haciendo especial énfasis -al igual que las niñas, niños y adolescentes- en la calidad de los vínculos que se construyen entre adultos y menores de edad. Se menciona de forma recurrente la necesidad de generar una comunicación asertiva por parte de las personas adultos, así como propiciar entornos en los que estos estén sensibilizados con las problemáticas a las que la niñez y adolescencia están expuestas día a día.

(Respondiendo a la pregunta sobre las acciones a emprender para cambiar las situaciones de violencia contra niñas, niños y adolescentes). "El apoyo en la familia, el lograr que ellos sientan que pueden acudir... el apoyo en la escuela también es importante que los profesores puedan brindarles el apoyo moral a los estudiantes que sufren violencia" (Comunicación personal, director unidad educativa, La Paz, noviembre 2024).

(Respondiendo a la pregunta sobre las acciones a emprender para cambiar las situaciones de violencia contra niñas, niños y adolescentes). “Como papás, lograr tener ese diálogo con nuestros hijos, ese amor y esa confianza... porque si no hay ese diálogo esa confianza ahí empieza a desbordarse todo” (Comunicación personal, madre de familia, La Paz, noviembre 2024).

(Respondiendo a la pregunta sobre las acciones a emprender para cambiar las situaciones de violencia contra niñas, niños y adolescentes) “El tema de encontrar adultos de apoyo dentro de sus entornos es sumamente importante, dentro de las unidades educativas, con los padres de familia, maestros. Que toda la comunidad educativa y los hogares sean un recurso en sí, que sean esas personas a las que el niño o adolescente pueda abrirse. (Comunicación personal, técnico en protección de la niñez y adolescencia, La Paz, noviembre 2024).

Finalmente, a diferencia de las niñas, niños y adolescentes, las personas adultas mencionan también la necesidad de generar cambios a nivel macro, es decir desde el Estado y los diferentes servicios de protección y atención a niñas, niños y adolescentes que se tienen en el municipio de La Paz, pero también a nivel nacional. Estos cambios sugieren no sólo la promoción de estos espacios a través de diferentes medios para hacer visible el servicio que se presta, sino también hacer tangible el compromiso de las autoridades municipales y estatales mediante la incorporación de personal altamente capacitado, comprometido y sensibilizado con la población y la problemática en general, el establecimiento de espacios físicos óptimos para el trabajo con niñas, niños y adolescentes y por último, la previsión de recursos materiales y económicos destinados al fortalecimiento de estos sistemas de protección.

(Respondiendo a la pregunta sobre las acciones a emprender para cambiar las situaciones de violencia contra niñas, niños y adolescentes). “Me imagino por ejemplo que haya una clínica u hospital, un centro especializado como lo hay en otros países, que sea especializado en atención a víctimas de violencia. (...) que tenga área médica, psicológica, asesoramiento jurídico, que sea integral y multidisciplinario. Es un proyecto muy grande que, claro, tendría que gozar de la protección del Estado, no solo en el tema presupuestario sino a todo nivel. (Comunicación personal, especialista en salud mental infanto-juvenil, La Paz, noviembre 2024).

(Respondiendo a la pregunta sobre las acciones a emprender para cambiar las situaciones de violencia contra niñas, niños y adolescentes). “Crear más instituciones o mejorar las que ya hay que atienden este tipo de casos, este tipo de problemas. Más allá de las defensorías, o como el IDAI no hay... necesitamos más atención en ese aspecto. Que se creen otras organizaciones a las que podamos derivar a niños que sufren violencia confiando también en que sus procesos van a ir bien. (Comunicación personal, director unidad educativa, La Paz, noviembre 2024).



CAPÍTULO IV

REFLEXIONES



REFLEXIONES

A continuación, se presentan las reflexiones sobre los resultados del impacto de la violencia en la salud mental, los entornos más riesgosos para las niñas, niños y adolescentes, las diferencias por género, efectos de la violencia en la salud mental y la relación entre el bienestar, la salud mental y las violencias estudiadas.

La violencia psicológica y la exposición a entornos violentos emergen en este estudio como los principales factores de riesgo para el desarrollo de depresión en niñas, niños y adolescentes, llegando a cuadruplicar esta probabilidad. Aunque estas formas de violencia son menos visibles que las físicas, los testimonios recopilados en entrevistas cualitativas revelan que su impacto es igual de profundo, afectando de manera significativa la autoestima y la capacidad de adaptación de quienes las sufren. Además, la convivencia en entornos violentos no solo deteriora la salud mental, sino que también afecta las relaciones interpersonales, limitando el desarrollo de vínculos saludables con sus pares, familiares y personas cercanas. Estos hallazgos coinciden con investigaciones previas que señalan cómo la exposición prolongada a la violencia afecta no solo a través de la manifestación de afecciones psicológicas, sino también en la capacidad de establecer relaciones afectivas y vínculos de apego seguros, fundamentales durante las etapas formativas del desarrollo (Vargas Murga, 2017). La exposición a ambientes hostiles y en los que experimenten violencia de forma continua —ya sea directa o indirecta— tiene grandes efectos a corto, mediano y largo plazo, ya que son más propensos a sufrir de otras agresiones que pueden derivar en cuadros clínicos complejos (de Oliveira et al., 2021) e incluso en un deterioro de la salud y la calidad de vida (Company-Cordoba et al., 2020). Dentro de las afecciones más recurrentes se toman en cuenta: la manifestación de problemas emocionales y conductuales (Armenta y Romero, 2008) que en la mayoría de los casos deriva en la consolidación de cuadros de depresión y ansiedad; problemas en el rendimiento académico (Schneider, 2020), y el desarrollo de conductas de riesgo como el consumo de sustancias, conductas autolesivas, ideación suicida y la reproducción de patrones de comportamientos violentos que -de no ser intervenidas- pueden permanecer y consolidarse hasta la edad adulta (Ribeiro, W. S., et al., 2009).

4.1. Percepción de la violencia en la escuela y el hogar

La violencia es prevalente tanto en la escuela como en el hogar y son espacios identificados en otros estudios como inseguros para las niñas, niños y adolescentes (Misión Internacional de Justicia e Instituto de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento, 2023; Devries et al., 2019). Sin embargo, en este caso los resultados señalaron que la escuela es el primer espacio percibido como el más violento, donde los tipos de agresión —como jalar el cabello, pellizcar, ignorar, etc.— ocurren con mayor frecuencia. Según el reporte de UNICEF (2018), la violencia en las escuelas como el acoso y las peleas físicas, entre otros, interrumpen la educación de alrededor de 150 millones de jóvenes de entre 13 y 15 años; siendo una problemática común tanto para zonas urbanas como rurales en Bolivia que

tiende a ser culturalmente normalizada y que además presenta gran impacto en su aprendizaje llevando a la deserción escolar y dejando otras secuelas duraderas (UNICEF, 2019).

De igual manera, el hogar es identificado como el segundo entorno donde la violencia se presenta con mayor frecuencia. Tradicionalmente los estudios sobre violencia contra la niñez y adolescencia reportan el hogar como el principal entorno de perpetración, siendo los adultos quienes con mayor frecuencia infringen violencia hacia las niñas, niños y adolescentes (Rubio-Garay et al., 2017), dato que contradice el hallazgo de este estudio posicionando al hogar como el segundo entorno de riesgo. Al respecto, es importante señalar que si bien no se exploró acerca de los perpetradores de las violencias en los diferentes entornos; un dato que sirve de apoyo en este hallazgo son las personas con quienes las niñas, niños y adolescentes pasan mayor parte de su tiempo; señalando a las hermanas y hermanos mayores o menores como el principal grupo. En este marco y apoyándonos en otros datos encontrados a lo largo de la investigación, el hecho de que el hogar sea identificado como el segundo entorno de mayor prevalencia, puede deberse a que se ha reportado también que las relaciones entre pares cobran mayor significancia para niñas, niños y adolescentes por lo que dentro de esta lógica podemos hacer referencia a una posible existencia de relaciones horizontales entre las y los participantes y sus hermanas/os permitiendo que se generen redes de apoyo con este grupo y que las interacciones den lugar a concebir el entorno familiar como un espacio menos violento.

Sin embargo, este hallazgo cobra especial relevancia sobre todo cuando se habla de la violencia intrafamiliar ya que la dinámica entre hermanos tiende a ser una dimensión poco o nada abordada en la literatura académica (Elliott et al., 2020), por lo que se convierte en una necesidad explorar las dinámicas que existen entre hermanas/os, así como los roles que le son asignados a cada uno de estos actores dentro de la dinámica familiar. Aún más cuando actualmente se observa una creciente tendencia a dejar a niñas, niños y adolescentes sin la supervisión directa de sus madres, padres o cuidadores durante largos periodos del día, poniendo en evidencia la ausencia de supervisión parental y dando lugar a la posible reproducción de conductas violentas entre niñas, niños y adolescentes (Instituto de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento y Aldeas Infantiles SOS Bolivia, 2024).

4.2. Prevalencia de la violencia y sus efectos en la salud mental según el género

Un hallazgo destacado del estudio es la alta prevalencia de violencia sufrida por mujeres, particularmente adolescentes, lo cual es consistente con investigaciones previas (Devries et al., 2019; Qu et al., 2022). Este dato subraya el impacto significativo de la violencia en la salud mental de las adolescentes, quienes presentan niveles más altos de depresión en comparación con los hombres, en línea con otros estudios (Company-Córdoba, R., et al., 2020; Cohen, J.R., et al., 2018).

Aunque los factores sociodemográficos, como la edad y el género, son reconocidos como determinantes en la comprensión de la violencia y su impacto, es fundamental analizar críticamente si la menor prevalencia de afectaciones en la salud mental de niños y adolescentes varones reportada en este estudio se debe exclusivamente a diferencias de género o si responde a patrones culturales específicos. Por un lado, estas dinámicas culturales tienden a naturalizar la violencia en las interacciones masculinas y, por otro, perpetúan creencias relacionadas con el “ser hombre” que pueden influir en cómo los varones internalizan y reportan su experiencia con la violencia (Aguayo, 2022; Jiménez Rodas et al., 2024) aspectos que pue-

den explicar la prevalencia elevada de bullying que ejercen y sufren los niños y adolescentes varones tanto en nuestro estudio como en otros (Gbordzoe et al., 2024). Este análisis cobra relevancia al observar los resultados sobre indicadores de ansiedad en niños, los cuales, aunque no presentan una diferencia marcada en comparación con las niñas, merecen atención.

4.3. El bienestar y su relación con la salud mental y la violencia

Cuando se habla del bienestar de las niñas, niños y adolescentes, las relaciones que ellos tienen con los recursos de su entorno es un tema de especial interés (de Castro, 2016). Las relaciones que son percibidas subjetivamente como positivas, son las que brindan apoyo. Los resultados de la investigación han demostrado que quienes no cuentan con redes de apoyo por parte de su familia, amistades y maestras/os están más propensos a presentar niveles elevados de ansiedad, depresión, síntomas psicosomáticos y niveles más bajos de satisfacción con la vida. Las investigaciones relacionadas a redes de apoyo vienen advirtiendo estos mismos hallazgos, mostrando que las personas que tienen apoyo social presentan menos síntomas de ansiedad, depresión y síntomas relacionados con el suicidio en adolescentes (Scardera et al., 2020). Esta coherencia con estudios anteriores llama la atención, pues los y las adolescentes son quienes menos apoyo social reportan en comparación con las niñas y niños, y esto puede derivar en que el bienestar reportado por esta población sea bajo.

Al igual que la investigación realizada por Cámara, et al. (2017), los datos han demostrado que las redes de apoyo son amortiguadores de los impactos negativos que genera la violencia en la salud mental. En los resultados del estudio, se ha identificado el rol de los amigos y amigas como uno de los más importantes, en concordancia con investigaciones previas que revelaron el impacto de las amistades para contrarrestar la soledad y la depresión en la niñez y la adolescencia (Schwartz-Mette et al., 2020), incluso cuando las amistades se dan a través de la tecnología (Massing-Schaffer et al., 2022). Los datos cualitativos complementan estos resultados al mostrar que la ausencia de vínculos significativos puede llevar al aislamiento social y agravan el impacto negativo que la violencia genera en la salud mental de las niñas, niños y adolescentes. Asimismo, un estado emocional afectado resulta en que esta población no recurra a los recursos que podrían actuar como amortiguadores.

Llama la atención que, al segregar este resultado por sexo, se observa una diferencia; pues en el caso de los niños y los adolescentes varones, la familia es la principal fuente de apoyo, mientras que para las niñas y adolescentes mujeres, las amigas y amigos lo son. Esta diferencia podría entenderse mediante las creencias formadas respecto a los hijos varones en las familias, como los resultados de una investigación realizada en México demuestran, en la cual se menciona que el desarrollo de cierta preferencia por los hijos varones hacía que los padres sean más propensos a estar ausentes si la primogénita era mujer (Méndez, 2011).

En este sentido, si analizamos el efecto de las violencias desde el enfoque del bienestar 3D, que considera las dimensiones materiales, relacional y subjetiva del bienestar, los resultados muestran que la violencia no solo afecta la salud mental a nivel emocional y psicológico, sino que también impacta en el bienestar material y relacional de las niñas, niños y/o adolescentes. Por ejemplo, el 42.4% de la muestra reportó vivir en condiciones de hacinamiento, lo cual se asocia con un mayor riesgo de violencia y afecta la percepción de seguridad y bienestar general de las niñas, niños y adolescentes.

La dimensión relacional, que implica la calidad de las interacciones y el apoyo social, es particularmente crítica. La falta de relaciones positivas y el apoyo familiar amplifican los efectos negativos de la violencia y limitan las capacidades para desarrollar resiliencia y estrategias de afrontamiento. En contraste, la presencia de redes de apoyo y un entorno familiar estable pueden actuar como factores protectores que mitigan los impactos negativos en la salud mental.

Finalmente, la dimensión subjetiva del bienestar 3D, que aborda las percepciones y evaluaciones personales sobre la propia vida, también se vio afectada por la violencia, pues las niñas, niños o adolescentes que experimentan violencia o están expuestos a ella, tienden a desarrollar una baja autoestima, percepciones negativas sobre su futuro y un bajo sentido de satisfacción con la vida. Este detrimento en el bienestar subjetivo perpetúa un ciclo en el que la salud mental y el bienestar general se ven comprometidos.

4.4. Consideraciones de las niñas niños y adolescentes coinvestigadores

“De todos estos casos, todos tienen graves consecuencias, mentales y psicológicas, como la depresión, todos estos casos son muy peligrosos para la salud mental.” (Niño coinvestigador).

“A lo que vi los resultados, todos son importantes, pero las personas que sufren de depresión tendrían que hablar con alguien de confianza sobre lo que está pasando... porque no es bueno ver que hay un porcentaje de niñas y niños que sufren.” (Niña coinvestigadora).

“El resumen de todo lo que vi, es malo tener un porcentaje de niñas niños y adolescentes que sufren de violencia física o psicológica. Sí está bien que tengan a alguien para comunicarse y sentirse libres. Una persona que tiene depresión no siempre lo va a demostrar. Es la típica frase de soy feliz por fuera, pero por dentro me estoy destruyendo... y a veces no pueden comunicarse con alguien porque no tiene un buen círculo, porque no la conocen bien y no la ayudan, a veces solo la lastiman más. Entonces sí es bueno que haya persona que ayude” (Adolescente coinvestigadora).

“Es necesario tener una persona de apoyo, digamos que tú sufres depresión, pero como que tienes una máscara que refleja que estás feliz, por dentro te estás destruyendo, eso puede llegar a varias consecuencias... pero si tienes amigos te pueden apoyar, pero si no tienes a nadie eso puede llegar al suicidio” (Niño coinvestigador).

“A mí lo que me está haciendo reflexionar son los casos de violencia psicológica, todos estos casos.” (Niño coinvestigador).

“El dato de que más me llamó la atención de que 2 de cada 10 ha sufrido abuso sexual o el intento, entonces no es caso de tomárselo a la ligera, y las consecuencias son daño psicológico, nuestra salud mental anda mal, más que nada las chicas, decaen empiezan a tener más inseguridades, incluso la propia sociedad ha creado estas propias inseguridades de esta chica mujer que ha sufrido este abuso sexual, puede traer muchas consecuencias, es malo puede llegar a la depresión y de la depresión a la muerte...” (Adolescente coinvestigadora).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES



CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

Este estudio buscó analizar el impacto de las violencias en la salud mental y el bienestar de niñas, niños y adolescentes en 20 unidades educativas del municipio de La Paz, desde el enfoque metodológico de investigación acción participativa. Además, se propuso identificar factores de protección que promuevan el bienestar y explorar estrategias preventivas y de intervención temprana. A través de un enfoque mixto de investigación y con metodología participativa, los hallazgos corroboran la influencia negativa directa de las violencias sobre la salud mental y proporcionan una visión integral de cómo la violencia impacta el bienestar de la niñez y adolescencia, resaltando la importancia de contar con un entorno de apoyo social y medidas de protección efectivas. El análisis y discusión de los resultados presentados en capítulos anteriores permite concluir que:

- La violencia contra niñas, niños y adolescentes está presente en sus distintas formas y distintos contextos. Si bien existen entornos y tipos de violencia con mayor prevalencia que otros, la prevalencia de la violencia en general es alta.
- Los datos subrayan la importancia de enfocarse en intervenciones de salud mental diferenciadas por género y nivel educativo. La mayor incidencia de problemas psicológicos en las mujeres y su incremento en secundaria muestran la necesidad de programas de apoyo específicos para este grupo.
- Los entornos tienen un papel crucial en la prevalencia y el impacto de la violencia en la salud mental de niñas, niños y adolescentes. Los datos muestran que los principales tipos de violencia varían según la edad y el entorno: en primaria, predominan las agresiones psicológicas y físicas, mayoritariamente en el hogar y la escuela; mientras que, en la secundaria, además de estas, se observan altos niveles de bullying, ciberbullying y exposición a violencia sexual, con un aumento de la incidencia en el entorno digital y comunitario. Estos patrones refuerzan la necesidad de un enfoque integral que considere las distintas etapas del desarrollo y las diferencias del impacto de las violencias en cada uno de los entornos.
- La presencia de la violencia en las niñas, niños y adolescentes es un factor de riesgo que atenta contra la salud mental, está relacionada con niveles altos de síntomas de ansiedad, depresión, presentan síntomas psicósomáticos y niveles bajos de satisfacción con la vida. Esto demuestra cómo la violencia, en sus distintos tipos, tiene un impacto directo y negativo en la salud mental de quienes la sufren. Tanto las niñas, niños y adolescentes como las personas adultas del entorno protector, reconocen este impacto negativo de la violencia.

- La investigación confirma que las redes de apoyo y la familia son factores protectores clave, actuando como amortiguadores que reducen la incidencia y gravedad de los efectos adversos en la salud mental. El apoyo de personas adultas, como madres, padres, tutores y otros referentes cercanos, resulta fundamental, ya que estas figuras ofrecen seguridad emocional, orientación y estabilidad. La calidad de la relación y el valor subjetivo que niñas, niños y adolescentes asignan a estas interacciones son determinantes para mitigar el impacto negativo de la violencia y promover un mayor bienestar subjetivo.
- Por otro lado, el apoyo entre pares desempeña un rol complementario y significativo en el bienestar emocional. Las relaciones con amistades y compañeras y compañeros proporcionan un sentido de pertenencia, validación y espacios de comunicación que favorecen la resiliencia frente a situaciones adversas. Estas redes permiten a las niñas, niños y adolescentes compartir experiencias y generar vínculos positivos, fortaleciendo su capacidad para enfrentar no solo el impacto de la violencia en su salud mental, sino también la violencia misma como fenómeno social.
- Existe una relación evidente entre los indicadores de salud mental y el bienestar 3D. La dimensión material refleja que condiciones adversas, como el hacinamiento, exacerbaban la vulnerabilidad a la violencia y sus impactos. La dimensión relacional subraya la importancia de la calidad de las interacciones familiares y comunitarias, mientras que la dimensión subjetiva revela cómo las percepciones individuales de seguridad y valor personal son afectadas por la exposición a la violencia, impactando negativamente en la satisfacción con la vida y el desarrollo integral.
- El bullying y el ciberbullying están ampliamente presentes en las unidades educativas, afectando a las niñas, niños y adolescentes. Gran parte de las y los participantes reconocen la existencia de estas formas de violencia en sus entornos educativos. Además, aunque muchos han presenciado situaciones de bullying, son menos quienes admiten haber sido víctimas o agresores directos. Esto destaca la necesidad urgente de abordar estas problemáticas de manera integral, promoviendo entornos escolares seguros y fomentando la comunicación y el apoyo entre las y los estudiantes.
- Los datos revelan una alarmante prevalencia de ansiedad, depresión y síntomas psicósomáticos, siendo las adolescentes mujeres las más afectadas. Existe una relación evidente entre el deterioro de la salud mental de esta población y las violencias, especialmente a la violencia psicológica y a la exposición a entornos violentos.

5.2. Recomendaciones

Instituciones del Estado

- Implementar políticas públicas que aseguren la protección integral de la niñez y adolescencia, fortaleciendo los programas de promoción de la salud mental accesibles y adaptados a las necesidades de la niñez y de la adolescencia, en función a la etapa de desarrollo y a los desafíos del contexto cultural actual.
- Aumentar la inversión pública en planes, programas y proyectos de prevención de la violencia y de promoción del bienestar psicosocial de la niñez, adolescencia y familia. Asimismo, fortalecer a los operadores de los servicios de protección y educación para garantizar una respuesta especializada frente al abordaje de casos de violencia contra la niñez y adolescencia en el ámbito educativo.

- Fortalecer la aplicación, monitoreo y rendición de cuentas respecto a las recomendaciones del Comité de los Derechos del Niño, en relación a la normativa nacional y los instrumentos, para garantizar que las víctimas de violencia reciban atención integral.
- Promover la sensibilización sobre las consecuencias de la violencia en la salud mental y bienestar de la niñez y adolescencia. Participar en actividades de apoyo comunitario y colaborar con organizaciones que trabajan en la protección y la educación.

Sociedad civil

- Desarrollar e implementar programas que fomenten la resiliencia y el apoyo social en las comunidades, promoviendo espacios seguros y educativos que permitan a las niñas, niños y adolescentes, expresar sus experiencias y desarrollar habilidades socioemocionales y capacidades de afrontamiento.
- Promover programas de formación continua para maestras y maestros sobre la prevención, actuación y denuncia de casos de violencia en el ámbito educativo. Crear un ambiente escolar inclusivo y seguro que fomente el bienestar integral y permita la convivencia pacífica y armónica.
- Fortalecer a las familias y los vínculos familiares para disminuir las probabilidades de ejercer violencia o exponer a los niños niñas y adolescentes ante hechos violentos. Trabajar con las familias (madres, padres, cuidadores primarios) para convertirlos en referentes de confianza de las niñas, niños y adolescentes, y así disminuir las barreras de denuncia.

Academia

- Continuar investigando sobre el impacto de las violencias y el bienestar 3D, promoviendo estudios longitudinales que permitan entender la evolución de la salud mental de la niñez y adolescencia.
- Difundir este estudio con diferentes públicos vinculados con la temática, así como otros espacios científicos y comunidades académicas, juntamente con las organizaciones de sociedad civil y las redes interinstitucionales.
- Contribuir al desarrollo de investigaciones para que las intervenciones programáticas del Estado con apoyo de la sociedad civil, estén basadas en la evidencia

Escuela

- Elaborar e implementar el Plan de Convivencia Pacífica y Armónica de la unidad educativa, incluyendo acciones para la prevención del bullying y el ciberbullying, que incluyan la participación activa de estudiantes y la comunidad educativa.
- Desarrollar Planes de Desarrollo Curricular que incluyan contenidos para fortalecer la gestión emocional y resolución pacífica de conflictos para fomentar la convivencia pacífica y armónica.
- Implementar la estrategia de escuelas amigables y seguras, constructoras de paz y bienestar, con espacios que brinden orientación y consejería por parte de las comisiones de convivencia pacífica y armónica, frente a casos de violencia que se puedan detectar.
- Aplicar los protocolos y rutas de actuación frente a situaciones de violencia entre pares y no pares en la escuela.

Familias

- Establecer campañas educativas sobre crianza positiva, orientadas a reducir las prácticas violentas en el hogar.
- Promover espacios de diálogo intergeneracional que fortalezcan la comunicación y el entendimiento entre familiares. Los espacios de comunicación deben constituirse como espacios seguros de diálogo entre madres, padres e hijas/os e incluir temáticas de interés para las niñas, niños y adolescentes como la violencia facilitada por la tecnología, construcción de vínculos seguros con los adultos en la familia y la escuela.
- Facilitar el acceso a redes de apoyo comunitario y a servicios de atención psicosocial para familias en situaciones de vulnerabilidad.

5.3. Llamado a la acción por las niñas, niños y adolescentes coinvestigadores

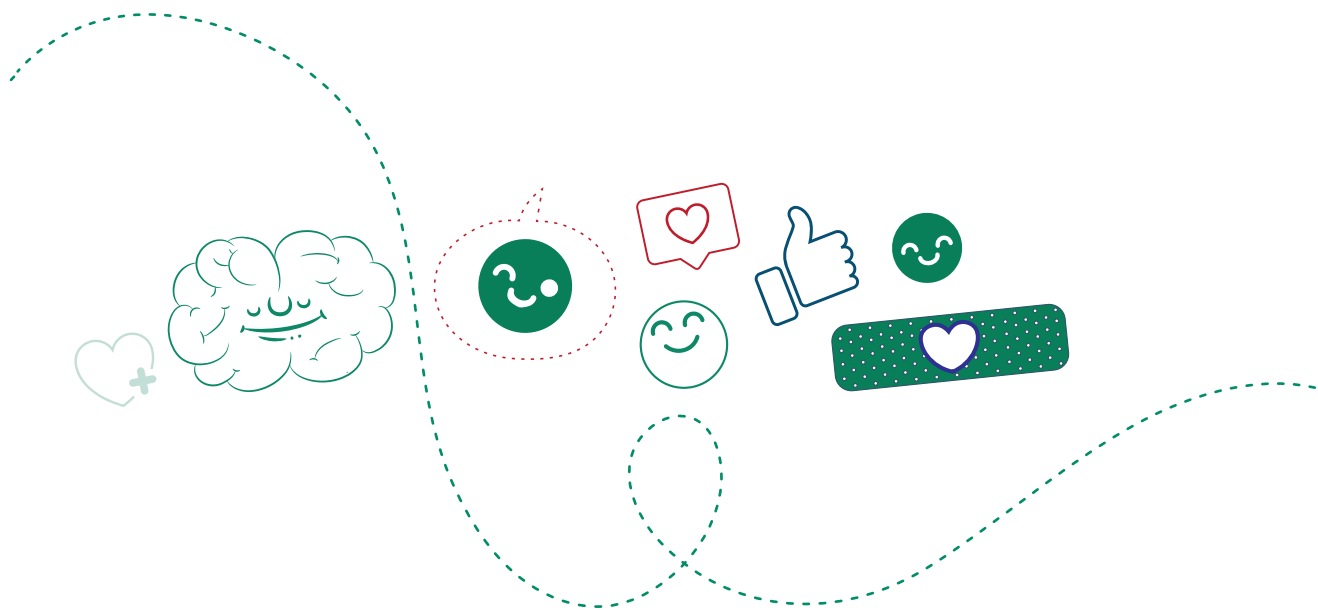
- Prevenir la violencia en el hogar y sus repercusiones: Es fundamental hacer frente a la violencia en el hogar para evitar que la niñez y la adolescencia reproduzcan comportamientos violentos en el entorno escolar.
- Fomentar la comunicación abierta y la confianza: Promover espacios donde las niñas, niños y adolescentes puedan expresar sus sentimientos y experiencias a personas de confianza es necesario para manejar la depresión y la ansiedad.
- Reconocer las señales ocultas de depresión y ansiedad: Se debe tomar atención a señales no verbales y cambios en el comportamiento que indiquen problemas de salud mental, incluso cuando la persona parece estar bien externamente.
- Ofrecer acceso a ayuda profesional y recursos para apoyar el bienestar: Facilitar el acceso a profesionales de la salud mental es primordial para quienes experimentan violencia o afecciones en la salud mental, proporcionando el apoyo necesario para su recuperación. Además de vincular a las y los adultos para la atención de la violencia.
- Sensibilizar y educar sobre los efectos de la violencia y la salud mental: Incrementar la conciencia y comprensión sobre cómo la violencia y el abuso afectan la salud mental ayuda a reducir el estigma y fomenta intervenciones tempranas y efectivas.
- Incluir dentro del avance escolar materias para el buen trato y gestión emocional: estas pueden fomentar la empatía, la escucha, y el desarrollo de habilidades emocionales y sociales que generen que la escuela se transforme en un espacio con respecto entre pares y maestras/os.
- Dotar a las niñas, niños y adolescentes con herramientas: lo que les permite ser actores de cambio en sus entornos escolares para dar apoyo y contención a sus compañeras y compañeros, como por ejemplo, nociones de primeros auxilios psicológicos.

5.4. Limitaciones

A pesar de que han cumplido con los objetivos del estudio, es importante señalar que existen limitaciones. La integración de datos cuantitativos y cualitativos plantea desafíos en la triangulación, especialmente en temas donde, a pesar de haber alcanzado la saturación de datos, se considera necesario indagar con mayor profundidad, como por ejemplo, las interacciones personales dentro del entorno escolar y familiar con datos acerca de los perpetradores de los diferentes tipos de violencia que pueden suscitarse en estos entornos. De la mano, algunos hallazgos del análisis cualitativo requerían mayor detalle para ser contextualizados o confirmados por los datos cuantitativos, y viceversa, como la identificación de los agresores en los entornos consultados, debido a que ninguna de las pruebas estandarizadas incluían esta pregunta. En conclusión, esto representa una limitación de diseño y metodológica, pues como la investigación estuvo planteada inicialmente para ser de carácter exploratorio, al superar ampliamente las expectativas, el tiempo de levantamiento de datos cualitativos para trabajar con adultos y realizar un análisis de datos más detallado no fue posible para esta investigación.

Por otra parte, la naturaleza sensible de las preguntas sobre violencia y salud mental introdujo el riesgo de sesgos en las respuestas. Las y los participantes pudieron haber minimizado o exagerado sus experiencias debido a factores como miedo, vergüenza o percepciones sociales, afectando la precisión de los datos recolectados. Este sesgo, aunque difícil de eliminar completamente, debe considerarse al interpretar los resultados obtenidos.

Finalmente, otro desafío significativo fueron las interrupciones generadas por factores externos, como problemas sociopolíticos, extensiones imprevistas de las vacaciones escolares y la suspensión de clases presenciales debido a incendios. Estas circunstancias dificultaron tanto la continuidad en la recolección de datos como la obtención de consentimientos informados de manera oportuna, lo que generó retrasos y limitaciones logísticas en el desarrollo del estudio.



ANEXOS

Resultados regresión logística binomial

Parámetros	Factor	OR	IC	p
<i>Depresión</i>	Violencia física			
	No			
	Sí	2.737	1.467 - 5.108	0,002
	Violencia psicológica			
	No			
	Sí	3.632	1.870-7.053	<0,001
	Exposición a violencia			
	No			
	Sí	4.073	1.606-10.329	0,003
	Exposición a agresión sexual			
	No			
	Sí	3.286	(1.983-5.445)	<0,001
	Bullying			
	No			
Sí	3.479	(1.745-6.935)	<0,001	
Ciberbullying				
No				
Sí	1.984	(1.206-3.264)	0,007	
<i>Ansiedad</i>	Violencia física			
	No			
	Sí	1.441	1.019-2.037	0,039
	Violencia psicológica			
	No			
	Sí	1.613	1.143-2.276	0,006
Exposición a violencia				
No				
Sí	1.73	1.144-2.617	0,009	
<i>Sintomas psicosomáticos</i>	Violencia física			
	No			
	Sí	3.026	2.062-4.442	<0,001
	Violencia psicológica			
	No			
	Sí	3.885	2.625-5.750	<0,001
	Exposición a violencia			
	No			
	Sí	2.061	1.639-4.128	<0,001
	Exposición a agresión sexual			
	No			
	Sí	3.399	2.260-5.110	<0,001
	Bullying			
	No			
Sí	2.655	1.807-3.902	<0,001	
Ciberbullying				
No				
Sí	2.342	1.670-3.286	<0,001	

Parámetros	Factor	OR	IC	p
Depresión	Apoyo familiar			
	Sí			
	No	2.232	(1.156-4.308)	0,017
	Apoyo amigas/os			
	Sí			
	No	2.740	(1.457-5.154)	0,002
	Satisfacción imagen corporal			
	Sí			
	No	3.650	(1.970-6.765)	0
	Buen estado de salud percibido			
	Sí			
	No	2.614	(1.311-5.214)	0,006
Ansiedad	Satisfacción con la vida			
	Sí			
	No	3.635	(3.635-1.545)	0,003
	Apoyo familiar			
	Sí			
	No	2.080	(1.338-3.232)	0,001
Síntomas psicosomáticos	Apoyo amigas/os			
	Sí			
	No	2.044	(1.266-3.299)	0,003
	Apoyo familiar			
	Sí			
	No	1.732	(1.090-2.754)	0,02
	Bienestar personal			
	Sí			
	No	2.049	(1.288-3.258)	0,002
	Buen estado de salud percibido			
Sí				
No	1.903	(1.206-3.004)	0,006	
Satisfacción con la vida				
Sí				
No	2.571	(1.648-4.012)	0	

¿Cómo está la salud mental en las unidades educativas? Información sobre indicadores de salud mental de las niñas, niños y adolescentes

Indicadores depresión	Primaria (n=347)		Secundaria (n=236)		General (N=583)
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
no despierta, sintiéndose fresca/o y descansada/o.	64,9	35,1	64,5	35,5	26,9
no hace cosas que les interesan durante el día.	53,4	46,6	66,7	33,3	22,8
no se siente calmada/o y relajada/o.	67,9	32,1	75,9	24,1	19,6
no se siente llena/o de energía y de salud	54,5	45,5	71,4	28,6	14,1
no se sienten bien.	61,3	38,7	68,3	31,7	12,3

Indicadores ansiedad	Primaria (n=347)		Secundaria (n=236)		General (N=583)
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
Me siento nervioso o ansioso	38,5	61,5	38,3	61,7	29
Cuando estoy preocupado, no puedo controlar la preocupación	55,8	44,2	64,8	35,2	28,3

Indicadores síntomas psicomaticos	Primaria (n=347)		Secundaria (n=236)		General (N=583)
	Mujeres	Hombres	Mujeres	Hombres	
ha sentido nerviosismo	59,5	40,5	65,6	34,4	53,9
se ha sentido enojada/o.	53,9	46,1	63,5	36,5	52,1
ha tenido dificultad para dormir.	53,3	46,7	61,8	38,2	45,6
se ha sentido decaída/o	59,6	40,4	72,2	27,8	33,8
ha tenido mareos.	55,6	44,4	72	28	32,6
ha tenido dolores de cabeza	61,8	38,2	70,7	29,3	32,2
ha tenido dolores de espalda	47,4	52,6	58,6	41,4	28,3
ha tenido dolores de estómago	55,8	44,2	73,8	26,2	23,7

REFERENCIAS

- Aguayo, F. (2022). Male depression and its symptoms: A qualitative study with Chilean adult men. *Salud Colectiva*, 18, e3942. <https://doi.org/10.18294/sc.2022.3942>
- Armenta, M. F., & Romero, J. C. G. (2008). Consecuencias de la violencia familiar experimentada directa e indirectamente en niños: depresión, ansiedad, conducta antisocial y ejecución académica. *Revista Mexicana de Psicología*, 25(2), 237–248.
- Assis, F. R. E. R. D., & Ferreira, E. B. (2012). Repercussões da violência doméstica contra crianças e adolescentes. *Adolescência Latinoamericana*, 53–59.
- Bernal Altamirano, N., & Rosa Ccolque, L. (2019). Adaptación de la Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS – 21) en adultos quechua hablantes del distrito Ocongate, provincia Quispicanchis del departamento de Cusco–Perú [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Unión]. <https://repositorio.upeu.edu.pe/items/9fb38bb9-a17b-46a6-b190-6cb6accdcf73>
- Camara, M., Bacigalupe, G., & Padilla, P. (2017). The role of social support in adolescents: Are you helping me or stressing me out? *International Journal of Adolescence and Youth*, 22(2), 123–136. <https://doi.org/10.1080/02673843.2013.875480>
- Casas-Muñoz, A., Velasco-Rojano, Á. E., González-García, N., Benjet, C., Caraveo-Anduaga, J. J., Martínez-Vélez, N. A., & Loredó-Abdalá, A. (2022). ISPCAN Child Abuse Screening Tool for Children (ICAST-C): Translation and adaptation to Mexican Spanish, and psychometric properties tested in Mexico City adolescents. *Child Abuse & Neglect*, 133, 105826.
- Cohen, J. R., Andrews, A. R., Davis, M. M., & Rudolph, K. D. (2018). Anxiety and depression during childhood and adolescence: Testing theoretical models of continuity and discontinuity. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 46, 1295–1308.
- Company-Córdoba, R., Gómez-Baya, D., López-Gaviño, F., & Ibáñez-Alfonso, J. A. (2020). Mental health, quality of life, and violence exposure in low-socioeconomic status children and adolescents of Guatemala. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(20), 7620. <https://doi.org/10.3390/ijerph17207620>
- Corneille, O., & Gawronski, B. (2024). Self-reports are better measurement instruments than implicit measures. *Nature Reviews Psychology*. <https://doi.org/10.1038/s44159-024-00376-z>
- De Castro Lamela, G. (2017). El impacto relacional de la pobreza en la infancia y la adolescência: Aportes desde el análisis del bienestar y los derechos de la infancia en España 2007-2015/The relational impact of child poverty: Contributions from wellbeing and child rights analysis in Spain 2007-2015. *Revista Brasileira de Planejamento e Desenvolvimento*, 6(1), 6–21.
- de Oliveira, S. M. T., Galdeano, E. A., da Trindade, E. M. G. G., Fernandez, R. S., Buchaim, R. L., Buchaim, D. V., ... & Passos, S. D. (2021). Epidemiological study of violence against children and its increase during the COVID-19 pandemic. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(19), 10061. <https://doi.org/10.3390/ijerph181910061>
- Devries, K., Merrill, K. G., Knight, L., Bott, S., Guedes, A., Butron-Riveros, B., ... & Abrahams, N. (2019). Violence against children in Latin America and the Caribbean: What do available data reveal about prevalence and perpetrators? *Revista Panamericana de Salud Pública*, 43, e66. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.66>

- Elliott, K., Fitz-Gibbon, K., & Maher, J. (2020). Sibling violence: Understanding experiences, impacts, and the need for nuanced responses. *The British Journal of Sociology*, 71(1), 168–182. <https://doi.org/10.1111/1468-4446.12712>
- Fernández, R. F., Banegas, L. F., Pérez, C. S., Olmeda, D. G., & Carrasco, I. D. L. M. S. (2023). Psychosomatic symptoms according to psychiatric diagnosis. *European Psychiatry*, 66(Suppl 1), S299. <https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2023.667>
- Gbordzoe, N. I., Srem-Sai, M., Agormedah, E. K., & Amegatcher, G. (2024). Gender differences and correlates of bullying victimisation among in-school adolescents in Benin. *Discovery Psychology*, 4, 117. <https://doi.org/10.1007/s44202-024-00236-0>
- Graham, A., Powell, M., Taylor, N., Anderson, D., & Fitzgerald, R. (2013). Ethical research involving children. UNICEF Office of Research–Innocenti.
- Herrera, A. C., Sossa, O. E., Llapaco, P. G., & Balcaar, G. P. (n.d.). Determinantes de ser NiNi: Un análisis cuantitativo para Bolivia al 2017. Sociedad Científica de Economía (SCEE). http://www.repositorio.ucb.edu.bo/xmlui/bitstream/handle/20.500.12771/414/REDES_5.pdf?sequence=1&isAllowed=y#page=119
- Inchley, J. C., Stevens, G. W., Samdal, O., & Currie, D. B. (2018). Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) study protocol: Background, methodology and mandatory items for the 2017/18 survey.
- Instituto de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento [IICC] & Aldeas Infantiles SOS Bolivia. (2024). Fortaleciendo familias: diagnóstico de la protección infantil familiar en distritos periurbanos de Bolivia, basado en el Índice de Protección Infantil Familiar Actualizado (IPIF-A). Universidad Católica Boliviana “San Pablo”.
- International Cocoa Initiative. (n.d.). Child wellbeing index (WHO-5): A scale to measure child wellbeing.
- ISPCAN. (n.d.). ICAST. <https://ispcan.org/ispcan-resources/library/icast/>
- Jiménez Rodas, J. A., & Botero Pereira, J. A. (2024). Masculinidad y salud mental: un análisis de repertorios interpretativos. *Psicoperspectivas*, 23(2), 22–35. <https://doi.org/10.5027/psicoperspectivas-vol23-issue2-fulltext-3146>
- Kahveci, M., & Baki, E. (2023). The effect of depression and anxiety in children. *International Scientific Journal Vision*, 8(1), Article 1.
- Kroenke, K., Spitzer, R. L., Williams, J. B. W., Monahan, P. O., & Löwe, B. (2007). Anxiety disorders in primary care: Prevalence, impairment, comorbidity, and detection. *Annals of Internal Medicine*, 146(5), 317–325.
- Massing-Schaffer, M., Nesi, J., Telzer, E. H., Lindquist, K. A., & Prinstein, M. J. (2022). Adolescent peer experiences and prospective suicidal ideation: The protective role of online-only friendships. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 51(1), 49–60. <https://doi.org/10.1080/15374416.2020.1750019>
- Méndez, A. (2011). ¿Niña o niño?: Un estudio sobre las preferencias de los padres mexicanos por el sexo de sus hijos [Tesis doctoral, El Colegio de México]. <https://www.proquest.com/openview/fc8914ff4dd5c1666128026fd253174a/1?pq-origsite=gscholar&cbl=18750&dis=y>
- Misión Internacional de Justicia & Instituto de Investigaciones en Ciencias del Comportamiento. (n.d.). En mis zapatos: estudio sobre la violencia contra niñas, niños, adolescentes y mujeres, y la respuesta del sistema de justicia. Universidad Católica Boliviana “San Pablo”.
- Qu, X., Shen, X., Xia, R., Wu, J., Lao, Y., Chen, M., Gan, Y., & Jiang, C. (2022). The prevalence of sexual violence against female children: A systematic review and meta-analysis. *Child Abuse & Neglect*, 131, 105764. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2022.105764>
- Ribeiro, W. S., Andreoli, S. B., Ferri, C. P., Prince, M., & Mari, J. de J. (2009). Exposure to violence and mental health problems in low and middle-income countries: A literature review / Exposição à violência e problemas de saúde mental em países em desenvolvimento: Uma revisão da literatura. *Revista Brasileira de Psiquiatria*.

- Sampieri, R., & Mendoza, C. (2018). Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta.
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2014). Definiciones de los enfoques cuantitativo y cualitativo, sus similitudes y diferencias. En Metodología de la investigación.
- Scardera, S., Perret, L. C., Ouellet-Morin, I., Gariépy, G., Juster, R.-P., Boivin, M., Turecki, G., Tremblay, R. E., Côté, S., & Geoffroy, M.-C. (2020). Association of social support during adolescence with depression, anxiety, and suicidal ideation in young adults. *JAMA Network Open*, 3(12), e2027491. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2020.27491>
- Schneider, S. (2020). Associations between childhood exposure to community violence, child maltreatment and school outcomes. *Child Abuse & Neglect*, 104, 104473. <https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2020.104473>
- Schwartz-Mette, R. A., Shankman, J., Dueweke, A. R., Borowski, S., & Rose, A. J. (2020). Relations of friendship experiences with depressive symptoms and loneliness in childhood and adolescence: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 146(8), 664–700. <https://doi.org/10.1037/bul0000239>
- Szabó, M., & Lovibond, P. F. (2006). Anxiety, depression, and tension/stress in children. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 28(3), 192–202. <https://doi.org/10.1007/s10862-005-9008-3>
- Torp Løkkeberg, S., Ihlebæk, C., Brottveit, G., & Del Busso, L. (2024). Digital violence and abuse: A scoping review of adverse experiences within adolescent intimate partner relationships. *Trauma, Violence, & Abuse*, 25(3), 1954–1965. <https://doi.org/10.1177/15248380231201816>
- Vargas Murga, H. (2017). Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. *Revista Médica Herediana*, 28(1), 48–58.

