

Artículo de revisión

## Victimización del niño y el adolescente y su desenlace en salud mental de la vida adulta

\*Manuel Alejandro Pinzón Olmos<sup>1</sup>, Martha Lizeth Fonseca Becerra<sup>2</sup>,  
Carlos Alberto Quijano Orozco<sup>3</sup>

1. Médico residente de psiquiatría (2022). ICSN – Clínica Montserrat, Universidad del Bosque

2. Médica general. Universidad de Boyacá

3. Psiquiatra. Instituto Colombiano Sistema Nervioso (ICSN) – Clínica Montserrat

Correspondencia: manuelpinzon523@gmail.com

### Resumen

**Objetivo:** Realizar una revisión de la literatura acerca de la violencia en población infantil y adolescente y sus consecuencias en la salud mental del adulto.

**Métodos:** Búsqueda en las principales bases de datos como PUBMED, LILACS y ProQuest, de investigaciones relacionadas con la violencia asociada a la enfermedad mental en población de interés (niños y adolescentes). También se revisaron documentos oficiales a nivel continental y nacional como el Ministerio de Salud, el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses y boletines de la Organización Mundial y Panamericana de la Salud.

**Resultados:** Las investigaciones coinciden en la afectación a nivel neurobiológico que tiene un individuo víctima de violencia; la violencia se identifica como un ciclo que se ha instaurado en la cultura y que en consecuencia está normalizada.

**Discusión:** La violencia configura un problema de salud pública por lo que su prevención y contención se deben priorizar. El menor nivel socioeconómico está relacionado con mayores conductas agresivas, mejorar estas condiciones tendría una influencia en los indicadores de violencia.

**Conclusiones:** El psiquiatra debe considerar todo contexto en la atención de sus pacientes y conocer las alternativas de tratamiento, contención e incluso vías legales que pueda requerir la atención.

**Palabras clave:** Violencia, violencia domestica, conducta infantil, habilidades sociales, salud publica.

### Summary

**Objective:** Conduct a review of the literature on violence in children and adolescents and its consequences on adult mental health.

**Methods:** Search in the main databases such as PUBMED, LILACS and ProQuest, of related research with violence associated with mental illness in the population of interest (children and adolescents). Official documents at the continental and national level were also reviewed, such as the Ministry of Health, the Colombian Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences, and bulletins of the World and Pan-American Health Organization.

**Results:** The investigations agree on the affectation at the neurobiological level that an individual victim of violence has; violence is identified as a cycle that has been established in the culture and that is consequently normalized.

**Discussion:** Violence is a public health problem, so its prevention and containment must be prioritized. The lower socioeconomic level is related to more aggressive behaviors, improving these conditions would have an influence on the indicators of violence.

**Conclusions:** The psychiatrist must consider every context in the care of their patients and know the alternatives for containment treatment and even legal pathways that care may require.

**Keywords:** Violence, domestic violence, child behavior, social skills, public health.

## Introducción

Definida como el uso intencional de la fuerza, el poder físico, el dominio psicológico o incluso económico, la violencia es una fuerza que interfiere de manera negativa en el desarrollo de quien la recibe. La víctima de violencia devalúa su autopercepción y puede desencadenar en la autoagresión o el deterioro de funcionalidad laboral, académica, familiar y social por lo que tiene especial relevancia en la problemática poblacional. Esto como causa de la prolongación de las conductas agresivas e incluso de la génesis en la enfermedad mental (1,2).

Desde la salud pública se han desarrollado esfuerzos principalmente dirigidos a la prevención, identificación y control de la violencia doméstica en la que los niños y jóvenes tienen su primera exposición. En la mayoría de los casos, por familiares cercanos o incluso sus cuidadores o madres, causando deterioro físico, cognitivo o de sus habilidades sociales (1,3,4).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la violencia se expresa clásicamente como el uso de la fuerza

(violencia física). A la que culturalmente estamos habituados y la explicamos como parte de la educación de nuestros niños. Muchas veces relacionada con las agresiones sexuales para las que ellos son susceptibles, así como abandonos o falta de atenciones, es decir, negligencia, otras variables como los insultos, la humillación o las amenazas conforman la violencia psicológica (1,5).

En países de tercer mundo como Colombia, la violencia y la pobreza se enlazan como factores de riesgo una de la otra. No es difícil imaginar que un núcleo familiar en un ambiente estresante con carencias y adversidades acuda a las conductas violentas, lo que se ha descrito como insatisfacción familiar en la que el individuo con poco desarrollo personal recurre a las agresiones ante la falta de un manejo correcto de sus emociones (2,6).

Tanto es así, que se calcula que una de cada tres mujeres es víctima de violencia en algún momento de su vida, los infantes de países en desarrollo tienen hasta tres veces más riesgo de ser víctimas y hasta un cuarto de la población adulta reportan

haber sufrido maltrato, pero en su mayoría lo justifican como correctivos (5,7).

Puntualmente en Colombia se calculan 40 millones de niños víctimas del conflicto armado que puede ser de manera directa como el reclutamiento forzado; para el 2005 se calculó que el 61 % de los combatientes de las guerrillas habían ingresado entre los 7 y 14 años a esas filas o de manera indirecta a través de la victimización de sus familiares y para el 2021 la violencia intrafamiliar reportaba 9.7 % de casos con un menor como principal víctima (8–10).

### ***Neurodesarrollo posnatal y maltrato***

Al nacimiento la población neuronal es amplia y aun en multiplicación celular e iniciando el proceso de mielinización, todo esto con el objetivo de la optimización y el afianzamiento de conexiones nerviosas que permitan la capacidad funcional(11). Estas conexiones se diferencian, migran y se establecen durante el primer año de vida, cuando es mayor la sinaptogénesis. Factores externos lesivos para el organismo inhiben esta integración y así el potencial cognitivo, motor y sensorial tiende a fracasar. Sumado a procesos como la poda neuronal que se presenta durante toda la vida y eliminan aquellas neuronas con menor actividad e integración, lo que hace del menor maltratado proclive a menor potencial. Otras consecuencias del maltrato en la primera infancia son el retraso de la mielinización, la inhibición de la neurogénesis y mayor expresión de receptores de glucocorticoides con las respectivas consecuencias en la adaptación del individuo (4,12,13).

### ***Corteza***

Como resultado de la adversidad y la latente agresión del medio, el cerebro en desarrollo madura de manera precoz zonas corticales como la prefrontal, en la que habrá mayor densidad de receptores de corticoides que regulan expresiones de respuesta al estrés, otras como la orbitofrontal estará con menor actividad frente al control de impulsos y el desarrollo de la empatía (12,13).

### ***Hemisferios cerebrales***

Los retrasos en la mielinización disminuyen la comunicación interhemisférica y daría a lugar a un desarrollo independiente de cada hemisferio, lo que dificulta la integración de los estímulos (12,13).

### ***Hipocampo***

Presenta dos periodos críticos de susceptibilidad al maltrato, el primero entre los 3 y los 5 años, y el segundo entre los 11 y los 13 años. La violencia recibida en estos periodos podría generar grandes podas neuronales que incluso disminuyen el volumen total del órgano (12,13).

### ***Amígdala***

Un desarrollo bajo adversidad y violencia se ha asociado con la reducción de los receptores de benzodiazepinas a nivel de la amígdala, por lo que la actividad límbica se aumenta, conocida como irritabilidad límbica, caracterizada por mal condicionamiento del miedo y control de las conductas agresivas (12,13).

### ***Etapas de ciclo de violencia y maltrato***

1. Transgeneracional: uno o ambos cónyuges de un núcleo familiar presentan conductas de agresividad hacia su pa-

- reja o los menores, lo que se interioriza como parte de los principios familiares.
2. Formación del sistema familiar: los individuos que reconocen la violencia como parte de sus principios familiares buscan y seleccionan parejas que compartan estos principios, conociendo como cónyuge isomorfo, con quien eventualmente desarrolla conductas de violencia.
  3. Consolidación de la pareja: recreación de lo vivido en la etapa transgeneracional.
  4. Inclusión de los hijos: reproducción de la violencia frente a los niños y, eventualmente, maltrato infantil.
  5. Repetición del ciclo: con un nuevo aprendizaje de principios familiares de violencia (14,15).

### ***Acumulacion y explosion de la violencia y el maltrato***

1. Acumulación: la víctima sufre sentimiento de humillación e injusticia y el victimario domina, es irritable e impulsivo. La víctima fija su atención en disminuir la tensión del victimario y modifica sus conductas para evitar su agresión.
2. La explosión: el victimario expresa ira, celos o frustración con agresiones hacia la víctima, para la que solo es posible huir o defenderse pero al repetir el ciclo y no poder evitar agresiones, tiende a paralizarse frente a su agresor.
3. Periodo de calma: inmediatamente después de una agresión, el agresor minimiza sus conductas y busca retener a la víctima con conductas de compensación(14,16).

Otro fenómeno relacionado a la continuidad del ciclo de violencia es el de in-

defensión aprendida, en el que la víctima abandona sus ideas de escape, se adapta a la violencia justificando las desventajas de abandonar al agresor, en ocasiones, distorsionando la realidad y en otras llegando a la autoagresión y el suicidio (17,18).

### **Métodos**

Se realizó la búsqueda en las principales bases de datos como PUBMED, LILACS y ProQuest, de investigaciones relacionadas con la violencia asociada a la enfermedad mental en población de interés (niños y adolescentes). También se revisaron documentos oficiales a nivel continental y nacional como el Ministerio de Salud, el Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses y boletines de la Organización Mundial y Panamericana de la Salud.

### **Discusión**

La mayoría de la población está expuesta a la violencia en sus distintas formas, incluso desde la gestación, el contexto agresivo moldea individuos con dificultades en la modulación de sus emociones y con tendencia a la expresión hostil frente a otros, esto sumado a ambientes familiares, escolares, sociales y laborales, todos cargados de agresividad que demandan adaptación y hacen del individuo parte del contexto violento.

Múltiples investigadores se han interesado en caracterizar la violencia para definir una posible historia natural en la que se puede intervenir. Identificar en que puntos podemos optimizar los esfuerzos para contener la dinámica hostil, ofreciendo un ambiente seguro permita cortar el ciclo y frenar esta problemática.

Estas investigaciones han logrado caracterizar bases biológicas de la influencia de la violencia en la formación de un cerebro agresivo y mal adaptado, que no es evidente hasta avanzada la adolescencia o la edad adulta temprana, por lo que la mediación debe darse en toda la población infantil de manera preventiva y no solo en aquellos que ya expresaron comportamientos anómalos, recuperando su estado físico, ofreciendo alternativas para su mejorar su potencial y fortaleciendo habilidades sociales con enfoque en la expresión emocional distinta de la agresividad.

En los países en desarrollo se reporta más violencia, con un factor en común, como lo es la limitación socioeconómica que los expone a malnutrición, menor expectativa de crecimiento académico, potencial cognitivo, ingresos económicos, y mayor tendencia a conductas de riesgo, al consumo de sustancias psicoactivas y embarazo adolescente. En conjunto lleva a la perpetuación del ciclo de violencia, con un peor escenario en los países con conflicto armado ya sea externo o interno.

Nuestra revisión encontró concordancia en la bibliografía frente a la violencia como un ciclo, y también logra un consenso de las secuelas expresadas de las víctimas de violencia en su vida adulta, así como propone la intervención desde la salud pública en este ciclo.

Los diferentes esfuerzos para el control de la violencia se han invertido en la atención de la primera infancia, el aumento de las penas a los victimarios, la educación y el fortalecimiento en habili-

dades sociales, aún en expectativa de estos resultados las nuevas investigaciones deben objetivar las mejores evidencias de lo que realmente corta el ciclo de la violencia.

## Conclusiones

1. En nuestro contexto cultural se acepta la violencia hacia los menores y se justifica como patrón de crianza y castigo.
2. La violencia se comporta como un ciclo, esto hace que se normalice, especialmente, en lo que respecta a la violencia dirigida de padres a hijos.
3. Las evidencias de los efectos de la violencia, tanto neuroanatómicas como en conducta y salud mental, son claras a partir de la adolescencia y la adultez.
4. Cortar en ciclo de la violencia debe ser una prioridad de las sociedades para el control de las muertes en edad productiva, las incapacidades laborales y las complicaciones de la enfermedad mental.
5. Reconocer el ciclo de la violencia permite una mejor interpretación y análisis, así como el abordaje de los casos particulares.
6. El psiquiatra en estos países debe considerar todo este contexto en la atención de sus pacientes y conocer las alternativas de tratamiento, contención e incluso vías legales que pueda requerir la atención a un menor.

## Referencias

1. Forjuoh SN, Zwi AB. Violence Against Children and Adolescents. *Pediatr Clin North Am.* 1998;45(2):415-26.

2. Bertule M, Sebre SB, Kolesovs A. Childhood abuse experiences, depression and dissociation symptoms in relation to suicide attempts and suicidal ideation. *J Trauma Dissociation* [Internet]. 2021;22(5):598–614. Available from: <https://doi.org/10.1080/15299732.2020.1869652>
3. Chan KL, Lo R, Ip P. From Exposure to Family Violence During Childhood to Depression in Adulthood: A Path Analysis on the Mediating Effects of Intimate Partner Violence. *J Interpers Violence* [Internet]. 2021;36(9–10):4431–50. Available from: <https://doi.org/10.1177/0886260518790596>
4. Roland N, Leon C, du Roscoat E, Panjo H, Saurel-Cubizolles MJ, Ringa V. Witnessing interparental violence in childhood and symptoms of depression in adulthood: data from the 2017 French Health Barometer. *Fam Pract*. 2021;38(3):306–12.
5. Instituto Colombiano de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Análisis de la violencia contra la mujer. *Secr Salud Pública Munic*. 2016;1(1):17.
6. Instituto Nacional de medicina Legal y Ciencias Forenses. Enero a Febrero 2018 Enero a Violencia Fatal contra la mujer Violencia No Fatal contra la mujer Homicidios en mujeres Enero a febrero 2019. 2019;
7. Mansueto G, Cavallo C, Palmieri S, Ruggiero GM, Sassaroli S, Caselli G. Adverse childhood experiences and repetitive negative thinking in adulthood: A systematic review. *Clin Psychol Psychother*. 2021;28(3):557–68.
8. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Boletín estadístico mensual. Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Diciembre 2021. 2021;1–16.
9. Remedios P, Juannys C. Maltrato infantil en el marco del conflicto armado en Colombia Child abuse in the framework of the armed conflict in Colombia Abuso infantil no contexto da conflito armado na Colômbia. 2022;20:94–104.
10. Rajan VGJ. Women suicide bombers: Narratives of violence. *Women Suicide Bombers Narrat Violence*. 2011;1–384.
11. Gilbert JR, Ballard ED, Galiano CS, Nugent AC, Zarate CA. Magnetoencephalographic Correlates of Suicidal Ideation in Major Depression. *Biol psychiatry Cogn Neurosci neuroimaging* [Internet]. 2020 Mar 1 [cited 2022 Nov 28];5(3):354. Available from: <https://pmc/articles/PMC7064429/>
12. Hurtado FA, Fiorella Amaro Hurtado I. DIAGNOSTICO. 2018;57(3):143–7.
13. Weniger G, Lange C, Sachsse U, Irle E. Amygdala and hippocampal volumes and cognition in adult survivors of childhood abuse with dissociative disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 2008;118(4):281–90.
14. Saldaña Ramírez GG. Causas y consecuencias de la violencia familiar: caso Nuevo León. *justicia*. 2020;25(38):189–214.
15. Okuda M, Olfson M, Hasin D, Grant BF, Lin K-H, Blanco C. Mental Health of Victims of Intimate Partner Violence: Results From a National Epidemiologic Survey. *Psychiatr Serv*. 2011;62(8).
16. Llosa S, Canetti A. Depresión e ideación suicida en mujeres víctimas de violencia de pareja TT - Depression and suicide ideation in women victims of intimate partner violence TT - Depressão e ideação do suicídio em mulheres vítimas de violência do parceiro íntimo. *Psicol Conoc y Soc* [Internet]. 2019;9(1):138–60. Available from: [http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1688-70262019000100138&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v9n1/1688-7026-pcs-9-01-138.pdf](http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-70262019000100138&lang=pt%0Ahttp://www.scielo.edu.uy/pdf/pcs/v9n1/1688-7026-pcs-9-01-138.pdf)
17. Fernanda Almaraz Campos K, Noemí De La Rosa Balbuena B, Antonio Gallardo Fraga J, Itzel Ponce López P, citar este texto C, la Rosa D, et al. Efectos de la violencia doméstica en los niveles de adaptación en adolescentes. 2018;4(7):48–54. Available from: <https://psicoeducativa.edusol.info/index.php/rpsicoedu/article/view/89/252>
18. Batton C. Gender differences in lethal violence: Historical trends in the relationship between homicide and suicide rates, 1960–2000. *Justice Q*. 2004;21(3):423–61.