

EGUZKILORE

Número 13.  
San Sebastián  
Diciembre 1999  
53 - 65

# ESTRUCTURA DE LA PERSONALIDAD DEL MENOR VÍCTIMA DE MALTRATO: DAÑOS PSICOLÓGICOS Y LESIONES FÍSICAS

Luis Miguel QUEREJETA

*Director de la Clínica  
Médico-Forense  
San Sebastián*

**Resumen:** Se aborda la problemática del menor víctima del maltrato desde la perspectiva médica, aludiendo a las lesiones físicas y psíquicas producidas como consecuencia de este tipo de conductas. De esta forma, tras exponer una clasificación sobre las expresiones de maltrato, se profundiza en la violencia física contra el menor, los abusos sexuales y los daños psicológicos, explicando las posibles alteraciones tras este tipo de agresiones.

**Laburpena:** Tratu txarrak kaltetu adingabetuen gain izaten dituzten eraginak, bai fisikoak baita psikikoak, medikuen ikuspegitik aztertzen dira. Tratu txarren eraginei buruzko zerrenda azaldu ondoren, adingabetuek jasaten duten eraso fisiko, sexual eta psikologikoen azterketa egiten da, eraso hauek ondorioztat ekartzen dituzten gorabeherak azalduz.

**Résumé:** On aborde le problème du mineur victime du mauvais traitement du point de vue médicale, en se référant aux lésions physiques et psychiques produites par suite de cette sorte de conduites. De cette façon, et après un exposé de la classification des expressions des mauvais traitements, on approfondit dans la violence physique contre les mineurs, les abus sexuels et les dommages psychologiques, en expliquant les possibles altérations après cette sorte d'agressions.

**Summary:** The problem of minors as maltreatment's victims is tackled from a medical perspective, referring to the physical and psychical injuries caused as a result of this kind of behaviours. In this way, after classifying the different types of maltreatment, it is studied the physical violence against minors, the sexual abuse and psychological injuries, explaining the possible alterations after this kind of aggressions.

**Palabras clave:** Victimología, maltrato infantil, abusos sexuales, víctimas.

**Hitzik garrantzizkoenak:** Biktimologia, haurrenganako tratu txarrak, eraso sexualak, kaltetuak.

**Mots clef:** Victimologie, mauvais traitement aux enfants, abus sexuels, victimes.

**Key words:** Victimology, infantile maltreatment, sexual abuse, victims.

## 1. INTRODUCCIÓN

Abordar una ponencia sobre el maltrato al menor desde la perspectiva médica, limitada a las lesiones físicas y psíquicas, representa una ardua tarea teniendo en cuenta a los destinatarios de la misma, profesionales no médicos. Se impone por tanto, en un esfuerzo didáctico, sacrificar ese lenguaje hermético de uso habitual en beneficio de una más fácil comprensión y ello, aun a riesgo de dibujar sólo de una manera parcial y menos académica la panorámica propuesta.

El problema, y así debemos señalarlo ya, del maltrato a la infancia no puede ser separado de una realidad de desajustes y tensiones de nuestra cultura y estructura social (Luna Maldonado, Osuna Carrillo de Albornoz, 1994) que se concentra, aunque no exclusivamente, en el seno familiar. Como tal realidad contextualizada, no es ajena a los prejuicios que las diferentes orientaciones morales y éticas provocan en su análisis y en las respuestas que se generan. Las ciencias médicas no pueden ser entendidas como policías del alma, o buscadores de pruebas (Meserschmitt, 1998), pero en concreto la psiquiatría –y, por extensión, la Medicina– ha definido un claro marco ideológico social: se ha definido como dogma que esta relación entre un mayor y un menor resulta siempre traumática y es fuente de futuros trastornos mentales en el adulto (Vázquez Mezquita, Calle Pomar, 1997).

Los malos tratos a los menores fueron revestidos durante siglos del barniz moral, relativo a la costumbre y no a la Ética, que imponían las creencias religiosas fundamentalmente de las diferentes culturas. Griegos, romanos, fenicios, egipcios, chinos ... todos ellos desarrollaron diversas formas institucionalizadas de maltrato al menor, incluyendo el homicidio (Heredia Martínez, 1998). A mediados del siglo XIX se inicia con Tardieu, “Etude médico légal des blessures” (1868), una aproximación hacia su conocimiento más científico, que culminaría probablemente, desde una perspectiva divulgadora y concienciadora, con la descripción del “Síndrome del niño apaleado”, por Silvermann, Kempe y Steele en 1962 –hoy se denomina “del niño maltratado” por extensión del concepto de maltrato a la esfera psíquica–. Sin embargo, y pese a los posicionamientos de las instituciones públicas y declaraciones universales (ONU, p.ej.: estos días se cumplen 40 años de la Declaración de los Derechos de Niño), no debemos olvidar que el ámbito generalmente familiar, aunque no exclusivo, del maltrato al menor lo continúa invistiendo de ese mal entendido carácter de intimidad que limita su diagnóstico y tratamiento médico-social. Por ello, también podría hablarse de una cierta institucionalización del maltrato al menor, si se utilizan los mismos criterios con los que se juzgan las antiguas culturas.

No cabe duda de que el conocimiento de las formas a través de las cuales se expresan estas conductas hacia el menor, sus consecuencias físicas y psíquicas, ayudan a enfrentar esta cuestión tan problemática, pero orientaremos mal nuestros esfuerzos si, como sociedad aparentemente evolucionada, dejamos su corrección en manos de profesionales de la salud, el derecho o la seguridad. Cada miembro de la sociedad ha de entender el maltrato como una cuestión personal que le lleve a actuar en consecuencia, y primar sin lugar a dudas lo que de prevención básica, esencial e insustituible tiene la Educación de quienes un día serán sin duda adultos responsables: “esos locos bajitos”.

## 2. LA CLASIFICACIÓN DEL MALTRATO AL MENOR

### 2.1. A modo de definición

Proponer una clasificación genéricamente aceptada del maltrato al menor es tarea cuasi-imposible, en la medida en que ni siquiera existe una definición uniforme del maltrato. Gómez Terreros (citado por Cerrudo Hernández y cols., 1994) propone:

*“Cualquier acción u omisión no accidental por parte de padres o cuidadores que compromete la satisfacción de las necesidades básicas del niño”.*

Por otra parte, Querol (1990), define el maltrato como:

*“Toda acción u omisión que lesione o pueda lesionar potencialmente al niño interfiriendo su óptimo desarrollo”.*

La Organización de las Naciones Unidas, en su Convención de los Derechos de los Niños de 20.11.89, define el maltrato como:

*“toda violencia, perjuicio o abuso físico o mental, descuido o trato negligente, malos tratos o explotación...”*

En definitiva, estamos prejuzgando aquello que entendemos debe ser el desarrollo normal o potencial de un menor, pero corremos también el riesgo de olvidar que “Ellos ‘construyen’ su experiencia dándole un sentido, no necesariamente coincidente con el nuestro” (Vázquez Mezquita, Calle Pomar, 1997). Toda definición es limitadora de una realidad.

### 2.2. Clasificación

El propio título de la ponencia establece una primera clasificación, simple y didáctica de las expresiones del maltrato, en físicas y psíquicas. Parece como si todo lo humano pudiera catalogarse como físico o psíquico en un momento dado; sin embargo, puede avanzarse más.

Luna Maldonado y Osuna Carrillo de Albornoz (1994), distinguen:

- a) Abandono y Omisión de cuidados médicos: entendido como privación de comida, bebida, cuidados médicos, estímulo y afecto.
- b) Abuso emocional: malos tratos de origen psíquico que consisten en el socavamiento sistemático de la estima y de la capacidad para actuar en el ámbito social.
- c) Abusos sexuales.
- d) Síndrome de Münchhausen (por poderes).
- e) Administración de fármacos.

Cerrudo Hernández, Armas Ramos y González Espinosa (citando a Gómez Terreros, 1991), proponen la siguiente:

1. Maltrato físico activo:
  - Abuso físico
  - Abuso sexual

2. Maltrato físico pasivo:
  - Abandono físico: negligencia (cuidados)
3. Maltrato psíquico activo:
  - Maltrato psíquico
4. Maltrato psíquico pasivo:
  - Abandono psíquico o emocional
5. Otras formas:
  - Drogadicción
  - Mendicidad
  - Maltrato escolar o institucional
  - Explotación laboral
  - Discriminación racial, cultural o religiosa.

En una clasificación muy didáctica, Casado Flores, Díaz Huertas y Martínez González (1997) proponen:

- a) Maltrato prenatal:
  - gestaciones rechazadas
  - hábitos tóxicos
  - enfermedades de transmisión
  - aborto
- b) Post-natales:
  - Acción / físicos: Daño físico o enfermedad
  - Omisión / Negligencia
  - Emocional
  - Abuso sexual
  - Explotación laboral
- c) Institucional

Desde la perspectiva práctica con la que queremos orientar esta ponencia dirigida a profesionales no médicos, vamos a abordar el maltrato al menor, conforme a lo que también propone Querol, desde los malos tratos físicos y el abuso sexual: el maltrato infantil es un campo multidisciplinar, su causa es plurietiológica y un médico forense se siente mucho más cómodo dentro del campo médico. Otros campos deben ser abordados por otros profesionales. Dejamos así al margen, sin que por ello estemos restando ninguna importancia en la génesis del maltrato, a toda una serie de manifestaciones de orden social, institucional, etc., en las que el menor es analizado como integrante de una sociedad basada en las relaciones, muy complejas, con los demás miembros.

### 3. EL MALTRATO FÍSICO

La violencia física contra el menor ha sido, en consonancia lógica con los valores éticos y morales imperantes en su momento –el derecho a una salud integral es tardíamente reconocido, por lo que de vertiente psíquica y social significa–, la primera forma de aproximación al menor maltratado, y de ahí surgen las descripciones de Tardieu (1868), Caffey (1946), Silverman (1953), Silverman, Kempe y Steele (1962).

Consideremos, en primer lugar, lesiones poco específicas, para luego señalar alguno de los síndromes más característicos. Conviene señalar ya que no hay lesiones patognomónicas (aquellas cuya sola presencia permite asegurar el diagnóstico), sino que deben valorarse en su conjunto y analizar su mayor o menor probabilidad de ser consecuencia de maltrato físico: prácticamente todas pueden ser causadas de manera accidental.

### 3.1. Lesiones

Si bien todas las formas traumáticas de lesión son posibles, las más frecuentes son (Nelson, 1992):

a) Hematomas: cambios de coloración de la piel, con o sin abultamiento (equimosis/hematomas). En relación con estas lesiones, que representan un 39% (Casado Flores; Díaz Huertas y Martínez González), lo más característico es:

- localización preferente en determinadas zonas corporales: glúteos, parte inferior de la espalda, área genital, periné, brazos (sujeción)
- momento de producción (data) diferente; diferentes coloraciones
- figuración: característica mediante la cual la equimosis o el hematoma reproduce la forma genérica de objeto con el que han sido producidas (cinturones, bastones, hebillas, etc.).

b) Quemaduras: se suelen presentar en un 6-10% de los casos de maltrato. Pueden ser muy variables, pero las características más frecuentemente apreciables son (Reverte et cols., 1998):

- lesiones más frecuentes en niños
- más del 50% de las víctimas tienen menos de tres años
- más del 50% son de tercer grado (profundas)
- afectan a una superficie corporal comprendida entre el 5 y 75%
- se localizan preferentemente en el periné y miembros inferiores
- el mecanismo más habitual es la inmersión en un líquido caliente (70%, Casado, 1997).

Resultan características las provocadas por objetos que también producen figuración (Nelson, 1992) como cigarrillos, planchas, etc.

c) Fracturas óseas:

Las fracturas óseas van a localizarse fundamentalmente en los huesos largos y en algunos huesos planos, sobre todo torácicos, como las costillas, las escápulas y el esternón (Heredia Martínez, 1998). Las principales características son (Nelson, 1992):

- se producen por torsiones o tracciones
- afectan a las partes extremas de los huesos largos (metáfisis-epífisis)
- son fracturas complejas que arrancan un fragmento de la metáfisis, junto con la epífisis (zona de crecimiento) y el periostio
- son de antigüedad diferente.
- es muy característica la calcificación de la hemorragia que se forma, tras la fractura, por debajo del periostio y que se aprecia al cabo de 10-14 días.

Los huesos largos más afectados son húmero, fémur y tibia (Casado, 1997).

Las fracturas de los huesos craneales son, habitualmente, múltiples, complejas con separación de fragmentos y afectación de suturas (Gosset D.; Hedovin V.; 1998). Su pronóstico es el de la lesión cerebral, pero constituyen también signos de posible maltrato.

d) Lesiones cerebrales:

Más del 95% de las lesiones intracraneales de importancia que se observan en el primer año de vida son consecuencia de maltrato (Nelson, 1992). La lesión cerebral por excelencia, y primera causa de muerte por maltrato, es el hematoma subdural. Es una colección de sangre que se forma entre las capas que rodean el encéfalo (meninges) y presenta una característica capital: al proceder de la rotura de vasos venosos, la hemorragia se desarrolla con lentitud, de manera que se produce un período libre de síntomas, variable, hasta que aparecen manifestaciones clínicas propias de la ocupación de espacio (alteraciones de la conciencia) o de irritación de la corteza cerebral (crisis epilépticas).

e) Lesiones abdominales:

Constituyen la segunda causa de muerte, y son debidas a roturas de hígado y bazo principalmente. También es posible que pase tiempo entre el traumatismo y las manifestaciones clínicas.

f) Lesiones oftalmológicas y otorrinolaringológicas:

Lecomte y Fornes (1998) describen:

– Lesiones oftalmológicas:

- 40% con afectación cutánea
- 27% afectación corio-retiniana
- 4% hemorragias retinianas

– Lesiones auditivas:

- 38% latentes (fibrosis tras otitis)
- 28% retraso lenguaje
- 18% patentes (rotura timpánica)

g) Alopecia traumática (pérdidas de cabello), por tracción.

### 3.2. Síndromes clínicos

Estos síndromes, conjunto de manifestaciones características, no van a definir lesiones nuevas. Se trata, simplemente, de formas de aparición de las lesiones anteriormente expuestas que tienen, como único interés, el histórico (descripción de maltrato) y el terminológico. Los más importantes son:

a) Síndrome del niño golpeado:

Definido inicialmente por sus autores (Silverman, Kempe y Steele) por:

- Fracturas óseas múltiples de data variable
- Hematomas subperiósticos diafisarios o diafiso-metafisarios
- Arrancamientos metafisarios.

b) Síndrome del niño sacudido:

- Hematoma subdural interhemisférico
- Hemorragia retiniana.

c) Síndrome de Caffey:

- Hematoma subdural
- Alteraciones radiológicas de los huesos largos.

d) Síndrome de Münchhausen:

Lo introducimos en este momento por su carácter sindrómico, pero es un cuadro que se aleja por su especificidad de los tradicionales conjuntos de lesiones físicas. Descrito como Síndrome de Münchhausen por poderes, a partir del genuino descrito por Archer en 1951, es un proceso en el que los niños son víctimas de enfermedades fabricadas o inducidas por los padres (Nelson, 1992). Generalmente, las víctimas son menores de seis años que se ven sometidas a un continuo proceso de hospitalizaciones repetidas. Sus características principales son:

- El progenitor, habitualmente la madre (95%, Delgado Rubio, 1997), es un profesional sanitario o padece igual enfermedad que la que se quiere crear
- Afecta por igual a niños y niñas
- Duración media del proceso entre 8 y 10 meses (Delgado Rubio, 1997)
- Simulación de hemorragias (se añade sangre a la orina del niño)
- Inyección repetida de líquidos contaminados (Infecciones)
- Diarreas crónicas por uso de laxantes
- Erupciones por traumatismos repetidos o sustancias irritantes
- Muerte por apnea provocada.

Las formas físicas del maltrato pueden ser interminables; todas ellas son posibles. La literatura científica nos llama la atención en estos momentos sobre formas nuevas, evolucionadas de maltrato (Casado et al., 1997):

- Intoxicaciones por sal común
- Aspiración de pimienta
- Armas defensivas (eléctricas).

La idea capital es que las lesiones físicas, cualquiera que sea su forma de presentación, no son explicables, son variadas y de diferente evolución.

#### **4. EL ABUSO SEXUAL**

Partimos inicialmente del mismo problema antes señalado, ahora para definir el abuso sexual. Desde una óptica exclusivamente médico-legal, y por tanto condicionada por los textos jurídicos, el abuso sexual viene siendo considerado a través de tres conductas (Heredia Martínez, 1998):

- los tocamientos
- el atentado pederástico (incesto)
- la violación.

Sin embargo, López Sánchez establece una consideración conceptual más ilustrativa para el abuso sexual, a través de dos características específicas de esa conducta:

- a) La coerción, que significa la utilización de fuerza, presión o engaño hacia el menor.
- b) La asimetría de edad: que hace imposible en el menor una verdadera libertad de elección y niega toda posibilidad de relación igualitaria.

Pero además, hay autores que llaman la atención sobre factores secundarios, pero no por ello menos importantes, y siempre sujetos a muchas discusiones:

- Edad de la víctima menor de 15 ó 17 años
- Agresor entre 5 y 10 años mayor que la víctima.

#### 4.1. Formas de abuso sexual

El abuso sexual es un término demasiado genérico, por lo que nos obliga a especificar o concretar conductas específicas que se entienden con esa expresión:

- a) Vázquez Mezquita y Calle Pomar (1997), sobre una muestra española incurso en procedimientos judiciales encuentra:

	Niño	Niña
* Tocamientos corporales bajo la ropa	62,5%	25%
* Coito anal	25%	0%
* Coito vaginal	0%	25%
* Coito bucal	12,5%	12,5%
* Exhibicionismo	12,5%	25%
* Inducción masturbación	25%	12,5%

- b) Desurmont et cols. (1998) para una muestra de 86 menores aprecian, como formas principales:

* Tocamientos	27
* Penetración vaginal	12
* Lesiones físicas	12
* Tentativa penetración vaginal	9
* Felación	7
* Masturbación	5
* Penetración vaginal digital	5
* Penetración anal	4

#### 4.2. Diagnóstico del abuso sexual

Al igual que ocurre en otros campos propios de la violencia sexual, resulta muy difícil establecer cuadros clínicos con porcentajes de aparición. Se señalan cifras orientativas con relación a la falta de signos clínicos en un 30-50% de los casos (Gosset; Hedovin; 1998). Estas aproximaciones quedan, al menos en parte explicadas y justificadas, por el porcentaje de formas agudas y crónicas de abuso sexual: 20 y 80% respectivamente (Hedovin y cols., 1998).



Debemos afirmar con cierta rotundidad que no existen signos patognomónicos (que permiten el diagnóstico por su mera presencia) de abuso sexual crónico; ni signos físicos, ni signos o cuadros psicológicos, como luego veremos.

Por ello, únicamente podríamos considerar a efectos de valoración física:

- No todos los abusos sexuales provocan lesiones físicas; los simples tocamientos sin penetración pueden no producir señal alguna.
- Si no hay contacto físico, no hay lesión física, pero puede haber abuso (exhibicionismo, visión de pornografía...)
- Numerosos procesos patológicos propios de la infancia pueden remedar lesiones genitales traumáticas compatibles con abuso (vaginitis inespecíficas, eritemas de pañal, infecciones de orina, mala higiene, alteraciones del ritmo intestinal, etc.)
- Se han descrito numerosos signos que pueden indicar abuso crónico físico, generalmente ligado a las relaciones anales o vaginales prolongadas en el tiempo (dilataciones vaginales, dilataciones anales); ninguna tiene que indicar necesariamente esa forma de abuso.

## 5. LOS DAÑOS PSICOLÓGICOS

En términos genéricos, la valoración de los daños psicológicos entraña dificultades por dos motivos principales:

a) Un número muy elevado de estudios son retrospectivos, es decir, partiendo de los trastornos psicológicos actuales, buscan causas para los mismos, de manera que pueden encontrarse sesgados por ser las propias víctimas o pacientes la única fuente de información;

b) El medio familiar es habitualmente el ambiente hostil en el que se desarrolla el menor. Con frecuencia, a las situaciones de maltrato, físico o sexual, se añaden otras variables (socio-económicas) capaces de distorsionar los resultados.

Estas precisiones previas no permiten excluir una realidad incuestionable: el maltrato al menor determina o puede determinar –aquí la importancia del matiz– consecuencias psicológicas o mentales. Vázquez Mezquita y Calle Pomar (1997), a propósito del abuso sexual, así lo señalan “*No todos los abusos son iguales ni afectan de la misma manera*”.

Las consecuencias psicológicas del maltrato pueden admitirse genéricas respecto de esa situación de violencia, por lo que resulta muy difícil, salvo en casos muy puntuales, definir trastornos específicos ligados a una forma física o sexual de maltrato. No es posible afirmar una correlación determinante entre la causa y el síntoma, y de hecho el síntoma puede ser la respuesta a otro tipo de trauma (Noguerol, V.; 1997)

### 5.1. Alteraciones precoces

Heredia Martínez (1998) define unas alteraciones neuropsicológicas precoces ligadas al niño maltratado:

- retraso del desarrollo psicomotor
- trastornos psicomotores o sensoriales
- perturbaciones del lenguaje y del comportamiento

Y, además, describe como más característico el denominado “Síndrome de vigilancia helada”:

- se presenta en niños menores de 2 años
- presentan una actitud defensiva constante
- su expresión facial es fija
- evita toda aproximación al adulto
- ante situaciones emotivas puede reaccionar con temblores

Las enfermedades o trastornos mentales consecutivos al maltrato físico parecen decantarse más claramente por formas semiológicas propias de los trastornos adaptativos y de personalidad. Sin embargo, dado que la edad de los menores suele comprender etapas de desarrollo más precoces, se puede interponer una fase intermedia entre lo neurológico y lo psicológico definida por manifestaciones variadas (Cerrudo Hernández, R.; Armas Ramos, H.; González Espinosa, C.; 1994):

- Retraso mental real o aparente por carencia afectiva
- Alteraciones del lenguaje (ORL)
- Trastornos del sueño
- Alteraciones del desarrollo psicomotor
- Enuresis, encopresis (regresión)
- Trastornos de la alimentación

Los trastornos adaptativos pueden presentarse en forma de:

- ansiedad
- hiperactividad, agresividad
- aislamiento, timidez
- depresión

Sin embargo, para el abuso sexual describe en su forma aguda el clásico trastorno de estrés agudo.

Para Delgado Bueno (1994) el abuso sexual agudo determina una tríada de ansiedad, depresión y trastornos del comportamiento.

López Sánchez, para el abuso sexual, define a corto plazo las siguientes consecuencias:

* Sentimientos de hostilidad hacia el agresor	64%
* Miedo	60%
* Ansiedad	47%
* Vergüenza	36%
* Retraimiento, desconfianza	31%
* Culpa	11%
* Imposibilidad para mantener atención en clase	17%

Quizás resulte especialmente significativo que, para el mismo autor, entre un 20 y un 40% de los menores pueden presentar estabilidad emocional, es decir, no aparecerán afectados.

Noguerol (1997) llama la atención sobre los denominados “Indicadores sexuales”, que no son sino signos de alarma en forma de conductas que pueden estar originadas por un abuso sexual. Así:

Niños	Adolescentes
Conducta sexualizada	Embarazo
Interacción sexual entre iguales	Prostitución
Agresión sexual a menores	Promiscuidad
Dibujos sexualizados	Ofensas sexuales
Conocimientos sexuales	

Las alteraciones psicopatológicas presentan un perfil muy similar en las víctimas de abuso sexual y de violación (Corral et al., citados por Vázquez Mezquita y Calle Pomar, 1997), que se expresa con:

- Síndrome de estrés postraumático (crónico)
- Depresión
- Ansiedad
- Miedos
- Inadaptación global

Curiosamente, las secuelas no son las mismas en niños que en niñas (Vázquez Mezquita; Calle Pomar; 1997), y este hecho se explicaría por la distinta estrategia que utiliza el abusador respecto de su víctima: violencia para las niñas y pacto secreto para los niños. De esta manera:

- niño: predomina el fracaso escolar y la inadaptación social
- niña: suele presentar ansiedad y depresión

Un cuadro muy similar es descrito por Heredia Martínez (1998):

- SEPT crónico
- Trastornos de adaptación
- Fobias

## 5.2. Alteraciones tardías

Un panorama clínico muy similar, en cuanto a su riqueza expresiva, podremos encontrar respecto de las consecuencias mentales tardías del maltrato. No obstante lo anterior, sí parece intuirse una formulación diagnóstica diferente para el maltrato en general y para los abusos sexuales en particular. Para Noguerol, las consecuencias a largo plazo –vida adulta– constituyen todavía un aspecto muy especulativo.

### 5.2.1. Alteraciones por abuso sexual

Se ha señalado la posibilidad de relacionar estos abusos sexuales con el denominado “Síndrome de personalidad múltiple” y la psicosis esquizofrénica, desde la escuela psicoanalítica, a través de una alteración del proceso simbólico que conduce a la disociación. Se explicaría por la ruptura con la realidad que representa el abuso.

Dentro del amplio espectro que cubren los trastornos de adaptación, adquieren especial significación los trastornos de la conducta, que se expresarían bajo la forma de (López Sánchez, 1994):

- Abandono de la familia
- Delincuencia
- Abuso de drogas
- Fracaso escolar

Los trastornos de personalidad se centrarán en formas clínicas de:

- baja autoestima
- dificultades de relación
- trastornos de la sexualidad
- trastornos de comportamiento

Debemos retomar en este momento la consideración previa respecto de las diferentes consecuencias psicopatológicas del abuso sexual: no todo abuso sexual es igual y, por tanto, no produce sistemáticamente el mismo resultado. En consecuencia, se han definido una serie de variables o factores que explicarían la mayor gravedad de las consecuencias mentales (López Sánchez, 1994; Noguerol, 1997):

- a) Edad de la víctima, siendo ésta especialmente vulnerable entre los 7 y 12 años.
- b) Tipo de relación entre víctima y agresor, siendo especialmente nociva la establecida con padres o padrastros.
- c) Forma del abuso, siendo más lesivo el repetido en el tiempo.
- d) La personalidad específica del menor.
- e) La reacción que se produce en el entorno, con peor pronóstico para la falta de apoyo familiar y el abandono del hogar.
- f) Tipo de abuso, especialmente para el contacto genital.

## 6. EPÍLOGO

Esta ponencia huye expresamente de la afirmación de unas conclusiones, por respeto intelectual hacia quienes va dirigida, que sabrán sin duda obtenerlas si la finalidad y pretensiones de esta exposición se han satisfecho. Quisiera, no obstante, redefinir el interés por el maltrato infantil en el marco de una Ética Humanista –inequívoca vertebración del Instituto Vasco de Criminología–. Debemos aspirar y entregar nuestro esfuerzo a una actitud reconciliadora con la dignidad humana, y enseñarla a quienes nos seguirán en este camino –los niños–.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CASADO FLORES, J., DÍAZ HUERTAS, J.A., MARTÍNEZ GONZÁLEZ, C. *Niños Maltratados*. Díaz de Santos. Madrid. 1997.
- CERRUDO HERNÁNDEZ, R., ARMAS RAMOS, H., GONZÁLEZ ESPINOSA, C. “Violencia hacia los niños”. En Delgado Bueno S. (Dir.) *Psiquiatría Legal y Forense*. Colex. Madrid. 1994.
- DELGADO BUENO, S.: “Aspectos psiquiátricos en la violación: Lesiones psíquicas en víctimas de violación”. En Delgado Bueno S. (Dir.) *Psiquiatría Legal y Forense*. Colex. Madrid. 1994.

- DESURMONT, M., HEDOVIN, V., REVUELTA, E., GOSSET, D. "Devenir judiciaire des abus sexuels sur enfants". *Journal de Médecine Légale, Droit Médical, Victimologie, Dommage Corporel*. Nº 1 (1998). pp. 83-85.
- GOSSET, D., HEDOVIN, V.: "Aspects médico-légaux de la maltraitance a enfants". *Journal de Médecine Légal, Droit Médical, Victimologie, Dommage Corporel*. Nº 1 (1998) pp. 9-11.
- HEDOVIN, V., LAUNER, E., REVUELTA, E., DESUMONT, M., TASSIN, E., GOSSET D.: "Les abus sexuels sur garçons". *Journal de Médecine Légal, Droit Médical, Victimologie, Dommage Corporel*. Nº 1 (1998) pp. 36-38.
- HEREDIA MARTÍNEZ, F.: "Aspectos médico legales de los malos tratos a menores". *Rev. Esp. De Psi For, Psicol For y Criminol*. Nº 4 (1998) pp. 25-29.
- HEREDIA MARTÍNEZ, F.: "Aspectos médico legales del abuso sexual de menores". *Rev Esp de Psi For, Psicol For y Criminol*. Nº 6 (1998) pp. 43-47.
- LECOMTE, D., FORNES, P.: "Aspects anatomo-pathologiques dans les seviles à enfants". *Journal de Médecine Légal, Droit Médicale, Victimologie, Dommage Corporel*. Nº 1 (1998) pp. 53-57.
- LÓPEZ SÁNCHEZ, F.: "Efectos de los abusos sexuales en menores". En Delgado Bueno S. (Dir) *Psiquiatría Legal y Forense*. Colex. Madrid. 1994.
- LÓPEZ SÁNCHEZ F.: "Antropología y psicopatología del incesto". En Delgado Bueno S. (dir) *Psiquiatría Legal y Forense*. Colex. Madrid. 1994.
- LUNA MALDONADO A., OSUNA CARRILLO DE ALBORNOZ: "Aspectos clínicos de la violencia en el medio familiar". En Delgado Bueno S. (dir) *Psiquiatría Legal y Forense*. Colex. Madrid. 1994.
- MESSERSCHMITT, P. "Psychiatrie et éthique dans une cellule hospitalière de l'énfance maltraitée". *Journal de Médecine Légal, Droit Médicale, Victimologie, Dommage Corporel*. Nº 1 (1998) pp. 25-30.
- NELSON. *Tratado de Pediatría*. Interamericana-McGraw-Hill. Madrid. 1992.
- REVUELTA, E., HEDOVIN, V., MATINOT, V., VERNET, F., HERBAUX, B., PELLERIN, P., GOSSET, D.: "Maltraitance à enfants par brûlure grave". En *Journal de Médecine Légal, Droit Médicale, Victimologie, Dommage Corporel*. Nº 1. (1998) pp. 49-52.
- VÁZQUEZ MEZQUITA B., CALLE POMAR M.: "Secuelas postraumáticas en niños. Análisis prospectivo de una muestra de casos de abuso sexual denunciados". *Rev Esp de Psi For, Psicol For y Criminol*. Nº 1 (1997) pp. 14-29.

## CONCEPCIÓN EGÓICA DE LA REALIDAD

Platón opina que estos cautivos se parecen a nosotros. Son presos de sí mismos. Allá en la caverna se está convencido de poseer la verdad única y total. Nunca se ve otra cosa que esas sombras que constantemente son reflejadas por la luz del fuego en la pared y que se toman por la verdad absoluta.

Lo que las personas perciben en la caverna les anima a comentarios sobre las sombras, que consideran que es lo que existe. Si alguno de los que pasan a su espalda les hablara, creerían que las sombras eran capaces de hablar y tan sólo comprenderían en su dimensión de sombra los utensilios que llevan encima de la cabeza. Esa es la forma de percepción de nuestra conciencia del yo.

Platón se pregunta ahora, ¿qué ocurriría si uno de los cautivos pudiera liberarse o fuese liberado? Se daría la vuelta y miraría directamente a la llama del fuego, lo que le acarrearía confusión. Sus ojos estarían doloridos y se apartaría e, incluso, puede que pensara que las sombras son más claras que el sendero que conduce cerca del fuego hacia arriba. Y si fuera capaz, a pesar de todo, de subir por el sendero empinado de la cueva hacia la luz del sol, de nuevo quedaría cegado por el brillo de la luz, incapaz de distinguir nada. Según Platón, primero tendría que acostumbrarse a la luz del sol. Y sigue preguntándose, ¿qué pasaría si uno de los que subieron bajara de nuevo para contar a los de abajo cómo es la realidad? Pues, haría el ridículo. Los de abajo simplemente no le entenderían y le dirían: “Te está bien empleado, tu vista se ha estropeado y, desde luego, no merece la pena subir”. Y si fueran capaces de desatar sus cadenas, le matarían antes que creerle. Perturbaría su concepción egóica de la realidad.

Willigis Jäger, *En busca de la verdad. Caminos-Esperanzas-Soluciones*, Desclée De Brouwer, Bilbao, 1999, p. 192.