



CARRERA DE POSGRADO EN MEDICINA LEGAL Y FORENSE

Trabajo Final Integrador

“INDICADORES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA INFANTIL EN PACIENTES CON
MIELOMENINGOCELE, EN UN HOSPITAL PÚBLICO DE LA CIUDAD AUTÓNOMA DE
BUENOS AIRES, EN LOS ÚLTIMOS 5 AÑOS.”

Universidad H. A. Barceló

Director: Dr. Roberto Foyo

Alumna: Dra. Paula Monasterolo

Año 2023

ÍNDICE

CONTENIDO	N° DE PAG.
1. Resumen	3
2. Palabras claves	4
3. Introducción	5
4. Justificación	6
5. Objetivos General y Especifico	6
6. Marco Teórico	
6.1. Concepto de discapacidad	7
6.2. Estadísticas y prevalencia	8
6.3. Definición de espina bífida	9
6.4. Maltrato infantil	12
6.5. Violencia domestica	13
6.5.a. Factores de riesgo	13
6.5.b. Factores interrelacionados	14
6.6. Pautas de alarma	17
6.7. Rol de la medicina legal	
6.7.a. Detección de maltrato infantil	19
6.7.b. Señales de maltrato infantil	20
6.8. Enfoque legal y protección	21
6.9. Intervenciones y apoyo	22
6.10. Colaboración interdisciplinaria	24
6.10.a. Instituciones Gubernamentales	25
6.10.b. Instituciones no Gubernamentales	25
7. Metodología	26
8. Resultados	26
9. Conclusión	29
10. Anexo	
10.1. Marco Legal	30
10.2. Obligatoriedad de la denuncia	31
11. Bibliografía	32

1. RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, relacionado con los indicadores de maltrato infantil manifestado como violencia doméstica en niños con mielomeningocele. Se incluyeron 19 pacientes de un Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires con notificaciones o denuncias de maltrato infantil, en el mismo centro, dentro de los servicios de servicio social y salud mental en los últimos 5 años.

El mielomeningocele es una malformación congénita del tubo neural que ocurre durante el desarrollo embrionario, incluido dentro del grupo denominado espina bífida. En esta condición, la columna vertebral y la médula espinal no se cierran adecuadamente durante las primeras etapas del embarazo (1).

El mielomeningocele puede dar lugar a diversos grados de discapacidad física y neurológica, afectando funciones como la movilidad, el control de la vejiga y el intestino, y en algunos casos también la función cognitiva (2).

La violencia doméstica en el contexto del mielomeningocele, puede presentar desafíos únicos.

Esta violencia se contextualiza en una intersección de factores médicos, psicosociales y relacionales.

La discapacidad física resultante de esta condición puede influir en la dinámica de las relaciones familiares, acentuando la vulnerabilidad de estas personas a diversos tipos de violencia.

La discapacidad motora puede generar una mayor dependencia de cuidadores y familiares, creando desequilibrios de poder.

Este tipo de personas puede enfrentar estigmatización y discriminación debido a su discapacidad y el estigma puede ser utilizado como una herramienta de control en situaciones de violencia doméstica.

Las limitaciones en la comunicación, ya sea física o emocional, pueden dificultar la expresión y denuncia de la violencia. La falta de comprensión o empatía hacia la experiencia de la discapacidad puede contribuir a la invisibilidad de la misma.

La autoimagen y autoestima pueden verse afectadas, haciendo que la persona sea más propensa a aceptar comportamientos abusivos. La percepción de ser "diferente" puede influir en la tolerancia a la violencia por miedo al rechazo o aislamiento.

Los recursos y redes de apoyo externas pueden verse limitados. La falta de independencia financiera o de movilidad puede dificultar la búsqueda de ayuda y escape de situaciones abusivas (3).

Las intervenciones deben considerar las necesidades específicas de las personas con mielomeningocele, abordando tanto la discapacidad como la violencia.

Es esencial la sensibilización y capacitación de profesionales de la salud y servicios sociales para identificar y abordar eficazmente esta problemática.

2. PALABRAS CLAVES: violencia doméstica, espina bífida, mielomeningocele y maltrato infantil.

ABSTRACT

A cross-sectional descriptive study was carried out, related to the indicators of child abuse manifested as domestic violence in children with myelomeningocele. 19 patients from a Public Hospital of the Autonomous City of Buenos Aires with notifications or complaints of child abuse, in the same center, within the social service and mental health services in the last 5 years, were included.

Myelomeningocele is a congenital malformation of the neural tube that occurs during embryonic development, included in the group called spina bifida. In this condition, the spine and spinal cord do not close properly during the early stages of pregnancy (1).

Myelomeningocele can lead to varying degrees of physical and neurological disability, affecting functions such as mobility, bladder and bowel control, and in some cases also cognitive function (2).

Domestic violence in the context of myelomeningocele can present unique challenges.

This violence is contextualized in an intersection of medical, psychosocial and relational factors.

The physical disability resulting from this condition can influence the dynamics of family relationships, accentuating the vulnerability of these people to various types of violence.

Motor disability can lead to greater dependence on caregivers and family members, creating power imbalances.

These types of people can face stigmatization and discrimination due to their disability and stigma can be used as a control tool in situations of domestic violence.

Limitations in communication, whether physical or emotional, can make it difficult to express and report violence. Lack of understanding or empathy towards the experience of disability can contribute to its invisibility.

Self-image and self-esteem can be affected, making the person more likely to accept abusive behavior. The perception of being “different” can influence tolerance to violence due to fear of rejection or isolation.

External resources and support networks may be limited. Lack of financial independence or mobility can make it difficult to seek help and escape abusive situations (3).

Interventions should consider the specific needs of people with myelomeningocele, addressing both disability and violence.

It is essential to raise awareness and train health and social services professionals to identify and adversely address this problem.

KEYWORDS: domestic violence, spina bifida, myelomeningocele and child abuse.

3. INTRODUCCIÓN

El Hospital Público de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA), es un centro de referencia de la patología de espina bífida. Pioneros en la creación de consultorio multidisciplinario para la atención de los pacientes y centro de derivación de todo el país.

Contamos actualmente con 149 pacientes en atención. Entre 1 mes de vida y 13 años de edad.

El maltrato infantil es en el que el progenitor, progenitores o persona cuidadora principal no atiende las necesidades básicas de alimentación e higiene del menor (4). Esta es una de las principales causas de violencia doméstica en pacientes mielomeningocele. Tutores que no le realizan el cateterismo vesical, no le dan la medicación o medicaciones que requieren, no concurren a los turnos asignados, los cuales intercorre con múltiples internaciones por infecciones urinarias con insuficiencia renal, desnutrición, anemia y muerte.

Las consecuencias médicas del maltrato infantil pueden incluir lesiones físicas, retraso en el desarrollo, problemas de salud mental y comportamientos de riesgo.

Desde el punto de vista psicológico, los niños maltratados pueden experimentar trastornos de ansiedad, depresión, trastorno de estrés postraumático y dificultades en las relaciones interpersonales (5).

La medicina legal desempeña un papel crucial al documentar y evaluar estas consecuencias para respaldar casos legales, asegurar el bienestar del niño y proporcionar pruebas en procesos judiciales. La colaboración entre profesionales de la salud y expertos legales es esencial para abordar integralmente el maltrato infantil (6).

La prevalencia del maltrato infantil puede variar según la región y la metodología de recopilación de datos. Los estudios epidemiológicos suelen indicar que el maltrato infantil es un problema significativo a nivel mundial. Las cifras exactas pueden ser difíciles de determinar debido a la subnotificación y la variabilidad en las definiciones de maltrato.

En muchos casos, el maltrato infantil no se denuncia, lo que subestima la verdadera magnitud del problema (7). La medicina legal contribuye al entendimiento de la prevalencia al examinar casos reportados y ofrecer evaluaciones forenses. La sensibilización y la promoción de la denuncia son esenciales para abordar el maltrato infantil de manera más efectiva.

La falta de información y datos en la literatura y la ausencia de estudios en Argentina, genera una carencia de información con respecto a esta temática, que lamentablemente afecta a un alto porcentaje de pacientes. Y aumenta significativamente con el paso del tiempo, con la disminución en la educación, falta de recursos para atender las necesidades, falta de empleo, sobresaturación de los Hospitales Públicos, de los hogares o centros de acogida. Esto lleva a realizar una pregunta fundamental: ¿Cuáles son los indicadores de violencia doméstica infantil en pacientes mielomeningocele atendidos en un Hospital Público, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, en los últimos 5 años?

4. JUSTIFICACIÓN

1. Brindaría información específica para población general y médicos de atención primaria de la salud.
2. Proporcionaría datos significativos para médicos legistas para mejorar su labor y entendimiento.
3. Fomentaría la creación de un espacio de debate en salud pública sobre esta población vulnerable.

5. OBJETIVOS

GENERAL:

Determinar cuáles son los indicadores de violencia doméstica en pacientes mielomeningocele menores de 13 años en un Hospital Público de CABA. En los últimos 5 años.

ESPECÍFICOS

- . Identificar cuáles son los indicadores de violencia doméstica en esta población.
- . Determinar la relación entre la discapacidad y dinámica familiar.
- . Disponer de criterios médico legales para identificar la violencia doméstica en pacientes mielomeningocele.

6. MARCO TEÓRICO

6.1. CONCEPTO DE DISCAPACIDAD (Art. 2o Ley 22431)

Se considera a una persona discapacitada cuando padece una alteración funcional permanente o prolongada, física o mental, que en relación a su edad y medio social implique desventajas considerables para su integración familiar, social, educacional o laboral.

Deficiencia: toda pérdida o anormalidad, permanente o temporal, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica. Incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida de una extremidad, órgano o estructura corporal, o un defecto en un sistema funcional o mecanismo del cuerpo.

La deficiencia supone un trastorno orgánico, que produce una limitación funcional que se manifiesta objetivamente en la vida diaria. Se puede hablar de deficiencias físicas, sensoriales, psíquicas.

- Físicas: afectan a personas con problemas como amputaciones, malformaciones, parálisis, Pérdidas de movilidad o enfermedades crónicas, que impiden llevar una vida normal o hacen necesario el uso de determinadas ayudas técnicas.
- Sensoriales: afectan a personas con problemas de visión, audición o lenguaje.
- Psíquicas: afectan a personas con enfermedades o trastornos mentales, como quienes padecen Síndrome de Down.

Discapacidad: según la clasificación de la OMS, “toda restricción o ausencia debida a una deficiencia, de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen considerado normal para el ser humano. Puede ser temporal o permanente, reversible o irreversible. Es una limitación funcional, consecuencia de una deficiencia, que se manifiesta en la vida cotidiana. Las discapacidades se pueden aglutinar en tres troncos principales: de movilidad o desplazamiento, de relación o conducta y de comunicación (8).

En la actualidad, se está redefiniendo el término discapacidad, como falta de adecuación entre la persona y su entorno, más que como una consecuencia de la deficiencia de las personas.

Con el Decreto 868/2017 se crea el “PLAN NACIONAL DE DISCAPACIDAD”, instrumento de política pública con el objetivo de construir y proponer, mediante una acción participativa y coordinada de las distintas áreas y jurisdicciones de la Administración Pública Nacional, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, provinciales y municipales. Tiende a la plena inclusión social de las personas con discapacidad, contemplando los principios y obligaciones

comprometidos por medio de la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, aprobada por la Ley 26.378.

6.2. ESTADÍSTICAS Y PREVALENCIA

El Instituto Nacional de Estadística y Censos (INDEC) publicó los resultados preliminares del Estudio Nacional sobre el Perfil de las Personas con Discapacidad del año 2018, a través del cual se sabe que el 10,2% de la población de la Argentina tiene algún tipo de discapacidad. Un 20.6% de Hogares con al menos una persona con discapacidad.

En el análisis por grupos de edad se advierte que:

- En la población de 6 a 14 años predominan quienes tienen dificultad solo mental-cognitiva (48,3%),
- Entre la de 65 y más años se destaca solo la dificultad motora.
- En tanto, en el grupo de 15 a 64 años se acentúa la presencia de personas con solo dificultad motora y visual.

El 59% de la población de 6 años y más, declaró experimentar una dificultad, mientras que el 30,5% señala tener dos dificultades o más y el 10,5% no declara tener dificultad y tiene certificado de discapacidad vigente. La prevalencia obtenida para el total del país a nivel población es de 12,9%, lo que representa 5.114.190 personas que declaran tener alguna dificultad o limitación permanente. A nivel hogar es de 30,6%.

Prevalencia al nacimiento es una proporción donde el numerador es el número de recién nacidos vivos y fetos muertos con anomalías congénitas específicas y el denominador consiste en el número total de nacidos vivos y fetos muertos. Por lo general se incluye un factor de multiplicación que suele ser 1.000 o 10.000, dependiendo de las categorías de anomalías consideradas. (9).

En el reporte anual 2021 de la Red Nacional de Anomalías Congénitas de Argentina (RENAC-ar) registradas durante el 2020 fue de un total de 124, tomando el total de espina bífida de presentación aislada, sumada a presentación múltiple y sindrómica. La prevalencia en la población de Argentina fue de 5.06.

Espina bífida en este estudio incluye: meningocele, mielomeningocele, raquisquisis. Excluye a la espina bífida oculta, teratoma sacro coccígeo sin disrafismo. Pero no informó cuántos de esos 142 son mielomeningocele exclusivo; que es foco de este trabajo, ya que es el grado más severo de espina bífida.

6.3. DEFINICIÓN DE ESPINA BÍFIDA

La espina bífida es un defecto del desarrollo del tubo neural. Es decir, es una malformación congénita que consiste en la falta de fusión de uno o varios arcos vertebrales posteriores, con o sin protrusión meníngea medular, y por donde el contenido del canal neural queda al exterior.

- Clasificación:

- ESPINA BÍFIDA OCULTA:

Los arcos vertebrales no se fusionan y la lesión está cubierta de piel en toda su extensión. En la zona puede aparecer un mechón de vello, piel pigmentada o un lipoma subcutáneo. El defecto es muy leve y en la mayoría de los casos no presenta clínica alguna, detectando de forma ocasional cuando al afectado se realiza un examen radiológico de columna.

- ESPINA BÍFIDA ABIERTA:

En la mayoría de los casos la lesión aparece recubierta por unas membranas en forma de quiste. Si este quiste contiene solamente meninges, la lesión se conoce como Meningocele. Si además está cubierta por un lipoma, se conoce como Lipomeningocele. En estos casos las secuelas son más leves. Si la lesión contiene meninges y médula, que es lo más frecuente, se conoce como Mielomeningocele. En este caso la afección es más grave, con variadas secuelas en el aparato locomotor, urinario y digestivo.

En la espina bífida abierta, la gravedad del cuadro depende de los siguientes factores:

- a) Localización de la lesión: desde la región cervical a la sacra. Cuanto más alta es la lesión, mayores son las secuelas que se producen.
 - b) Extensión de la lesión: de manera que cuanto mayor sea la lesión, más amplia será la afectación medular y mayores serán las secuelas.
 - c) Malformaciones asociadas: como por ejemplo la HIDROCEFALIA o el ARNOLD CHIARI.
- (10)

- Consecuencias:

La Espina Bífida es considerada como una enfermedad polideformante, con afectación de múltiples órganos, como consecuencia de la afectación neurológica que presentan.

Las consecuencias más importantes de la Espina Bífida son las siguientes:

- Pérdida de sensibilidad por debajo de la lesión: Como consecuencia de la afección nerviosa por la lesión medular.
- Debilidad muscular por debajo del nivel de la lesión: Que puede oscilar desde una situación leve hasta parálisis completa. Cuanto más alta es la Espina Bífida, mayor es la afectación muscular. Como consecuencia de ello, habrá afectados que caminarán casi sin dificultad, otros necesitarán de muletas o aparatos y otros necesitarán silla de ruedas.
- Alergia al látex. Esta complicación surgió por vez primera en 1989, por lo que los estudios son muy recientes. Afecta hasta un 75% de los Espina Bífida y la pueden presentar al nacimiento o generarla con el tiempo. Por lo tanto, al ser considerados como personas de alto riesgo, los afectados de Espina Bífida deben evitar el contacto con los productos que lo contengan. Sobre todo, en intervenciones quirúrgicas o actuaciones médicas. Los productos alternativos, fabricados de plástico, silicona o vinilo son igualmente eficaces. Además, las alergias producen en estos pacientes rascados excesivos, con lesiones en piel compatibles.
- Debilidad de los músculos de la vejiga y del tracto intestinal: Produciendo incontinencia urinaria y fecal.

La incontinencia urinaria, es cualquier pérdida involuntaria de orina. Esta, si queda mucho tiempo en la piel genera reacciones dermatológicas importantes.

La incontinencia fecal se define como la pérdida parcial o total de la capacidad para controlar voluntariamente la expulsión de gases y materias fecales. Mayormente provocado por una incontinencia por rebosamiento debido al estreñimiento crónico que sufren, por poseer intestino neurogénico. Se define estreñimiento como la disminución de la frecuencia de eliminación de las heces, siendo estas duras y secas.

El estreñimiento puede provocar:

- Fisuras anales: es frecuente, especialmente cuando el esfuerzo voluntario por defecar es excesivo o maniobras digitales para extracción del bolo fecal.
- Oclusión intestinal: se origina como consecuencia de la impactación fecal en un segmento del trayecto intestinal. Al habitual estreñimiento, se suman dolor abdominal, retortijones (peristaltismo de lucha), fiebre, vómitos y malestar general. Se trata de

una complicación grave que requiere atención hospitalaria, y en muchos casos, intervención quirúrgica.

- Hidrocefalia. Esta complicación es muy frecuente en los nacidos con Espina Bífida, casi el 70%. Provocando trastornos del neurodesarrollo. Por otro lado, pueden existir dificultades de aprendizaje, como problemas de atención, concentración, razonamiento o memoria. Además, los niños con hidrocefalia pueden tener problemas cognitivos y de percepción visual.

- Otras secuelas que pueden presentarse son médula anclada, malformación de Arnold Chiari, prolapso rectal, tendencia a la obesidad, en los varones, testículos mal descendidos y en las mujeres pubertad precoz.

Cuando se produce una lesión en la médula espinal, como ocurre en el caso del mielomeningocele, se produce una interrupción de ese circuito de información entre el cerebro y los órganos, desde el punto o nivel de la médula donde se ha producido el daño hacia abajo. Por lo tanto, cuanto más arriba se produzca la lesión más órganos estarán afectados.

Aunque la Espina Bífida puede ocurrir a cualquier nivel de la columna vertebral, lo más común es que suceda a nivel dorsal bajo o lumbosacro. Los músculos que dependen de los nervios espinales que salen a esos niveles, corresponden con los músculos de los miembros inferiores y de la parte baja del tronco. Por lo tanto, la Espina Bífida va a afectar principalmente a la movilidad de las piernas, en mayor o menor medida según si la lesión es más o menos alta, quedando en principio la movilidad de los miembros superiores completamente sana.

Además de trastornos vesicales, que en la mayoría requiere de la realización de cateterismo vesical intermitente, 4 o 5 veces por día. Al inicio lo realiza la persona a cargo (madre-padre-abuelos-tutor), y si es posible a partir de los 6-7 años se inicia el aprendizaje del auto cateterismo, para lograr independencia. La realidad demuestra que un alto porcentaje de los niños, no se realiza cateterismo por diferentes motivos, llegando incluso a necesitar en la adolescencia que alguien se los realice.

Otro tratamiento necesario es el uso de antimuscarínicos, para mejorar las presiones vesicales, ya que la misma puede provocar reflujo vesicoureteral, infecciones urinarias a repetición con múltiples internaciones y producir daño renal, llegando a la insuficiencia renal, diálisis y finalmente trasplante renal y/o muerte.

La incontinencia urinaria y fecal, que requiere la utilización de pañales, provoca lesiones dérmicas crónicas, si no se realizan los cuidados necesarios, como buena higiene y cambio de pañal.

Como se puede reflejar en todo lo anterior expuesto, no solo los pacientes con mielomeningoceles son vulnerables por pertenecer al grupo de discapacidad, sino también son vulnerables por las condiciones físicas, psíquicas y grado de dependencia de esta patología en particular.

6.4. MALTRATO INFANTIL

El maltrato infantil es un problema grave y frecuente. Según la Sociedad Internacional para la Prevención del Maltrato y la Negligencia Infantil (International Society for the Prevention of Child Abuse and Neglect; ISPCAN, por sus siglas en inglés), se define maltrato infantil a toda acción u omisión que lesione o pueda lesionar potencialmente al niño e interfiera en su desarrollo psicofísico, emocional y social.

Incluye la negligencia, el abuso físico, sexual y emocional, las enfermedades inventadas o inducidas por los cuidadores y cualquier tipo de explotación. (11)

En el niño, cualquier característica que tenga que lo haga más difícil de cuidar o lo haga diferente de las expectativas de los padres lo predispone a sufrir maltrato. Los niños con problemas físicos, emocionales, conductuales o del desarrollo tienen mayor riesgo de sufrir maltrato. (12)

Los niños con enfermedades crónicas requieren de cuidados suplementarios (más consultas, medicación costosa, etc.), comparados con niños sanos de la misma edad. Las familias cuentan con recursos de tiempo, económicos y emocionales limitados. El balance entre los recursos y las demandas aumentadas puede dar, por momentos, saldo negativo.

Los niños con mielomeningocele requieren un equipo interdisciplinario en centros de alta complejidad, tienen problemas ortopédicos y nefrourológicos, difícilmente aceptados. Además, presentan entre tres y cuatro veces más riesgo de ser maltratados si se los compara con los niños sin discapacidad.

Algunas características que los hacen más vulnerables al maltrato son:

Los que presentan problemas en la comunicación, porque tienen más dificultades para denunciar estas experiencias.

- . Los niños muy dependientes del cuidado.
- . Los niños con discapacidad mental pueden estar acostumbrados a obedecer a los cuidadores y pueden tener más dificultades para distinguir los límites de un toqueo inadecuado y para revelar un abuso. Los niños y niñas con discapacidad intelectual tienen 4,6 veces más probabilidad de ser víctimas de abuso sexual que sus compañeros no discapacitados.
- . Los niños con discapacidad que viven en instituciones padecen un riesgo aún mayor de sufrir violencia y maltrato.

6.5. VIOLENCIA DOMÉSTICA

La Organización Mundial de la Salud, define la Violencia como: “El uso intencional de la fuerza física o el poder contra uno mismo, hacia otra persona, grupos o comunidades y que tiene como consecuencias probables lesiones físicas, daños psicológicos, alteraciones del desarrollo, abandono e incluso la muerte.”

Los niños con discapacidad sufren actos de violencia con una frecuencia casi cuatro veces mayor que los que no tienen discapacidad, según una revisión encargada por este organismo:

Los resultados de la revisión indican:

- que los niños con discapacidad son víctimas de alguna forma de violencia con una frecuencia 3,7 veces mayor que los no discapacitados;
- víctimas de violencia física con una frecuencia 3,6 veces mayor; y
- víctimas de violencia sexual con una frecuencia 2,9 veces mayor.

Los niños cuya discapacidad se acompaña de enfermedad mental o menoscabo intelectual son los más vulnerables, pues sufren violencia sexual con una frecuencia 4,6 veces mayor que sus homólogos sin discapacidad.

6.5.a. FACTORES DE RIESGO

Los factores que determinan que los niños con discapacidad tengan un riesgo mayor de ser víctimas de la violencia son el estigma social, la discriminación y la ignorancia con respecto a la discapacidad, así como la falta de apoyo para las personas que cuidan de ellos. La vulnerabilidad frente a la violencia aumenta cuando los niños con discapacidad son recluidos

en un establecimiento sanitario. En estos y otros entornos, los niños con dificultades para comunicarse no pueden denunciar los malos tratos

En la violencia doméstica existen dos roles diferenciados: la persona maltratadora, que es quien impone su autoridad y poder, y la víctima, aquella que sufre el abuso.

Normalmente, las personas más vulnerables a este tipo de violencia son niños y niñas, mujeres, personas ancianas y personas con algún tipo de problema físico, psíquico y/o sensorial.

Esta vulnerabilidad se explica debido a que la violencia doméstica generalmente implica un abuso de poder por parte de la persona agresora hacia la víctima o víctimas, que considera vulnerables.

La vulnerabilidad se asocia a variables como edad, género y discapacidad. Aun así, la violencia doméstica puede ser ejercida por hombres y mujeres de cualquier edad (13) (14).

La violencia doméstica puede recaer sobre:

- La persona que ha sido o haya sido pareja (incluye violencia de mujer a hombre y entre parejas homosexuales)
- Hijos e hijas
- Personas mayores
- Hermanos o hermanas
- Menores o personas con discapacidad
- Personas en situación de tutela o guarda en centros tanto públicos como privados
- Cualquier otro tipo de relación familiar no mencionada anteriormente

Es importante saber que la violencia doméstica no se limita a uno o varios actos de agresión, si no que refleja una dinámica, manera de interactuar y de relacionarse en el hogar.

6.5.b. Factores interrelacionados (15):

- ❖ Dependencia funcional: La necesidad de asistencia en actividades diarias puede generar una mayor dependencia, aumentando el riesgo de abuso de poder por parte de cuidadores o familiares. Esta dependencia funcional puede afectar diversas áreas, incluyendo la movilidad, el cuidado personal, la administración de medicamentos y otras actividades cotidianas.

Las dificultades en la movilidad pueden requerir asistencia para desplazarse, transferirse de una silla a otra o realizar actividades que impliquen el uso de extremidades inferiores.

La asistencia en tareas como el aseo personal, vestirse o cuidados relacionados con la higiene pueden ser necesarias.

Dependiendo de la severidad de la discapacidad, la persona puede necesitar ayuda en el manejo de dispositivos médicos o equipo de apoyo.

Tareas como cocinar, limpiar o realizar compras pueden requerir adaptaciones o asistencia para garantizar la seguridad y eficacia.

La dependencia funcional puede influir en las dinámicas familiares y de cuidado, en algunos casos, crear desafíos adicionales, como el riesgo de abuso o la limitación de la autonomía. Es crucial abordar estas situaciones con enfoques de apoyo integral que promuevan la dignidad y el bienestar de la persona con mielomeningocele, permitiendo una participación activa en la medida de lo posible y proporcionando el respaldo necesario cuando sea requerido.

- ❖ Barreras de movilidad: Limitaciones físicas pueden dificultar la capacidad de escapar de situaciones abusivas, creando una sensación de atrapamiento.

- ❖ Estigma y discriminación: La estigmatización asociada con la discapacidad puede afectar la autoestima, haciendo que la persona con esta patología sea más propensa a aceptar comportamientos abusivos.
Estas actitudes negativas pueden surgir de falta de comprensión, prejuicios arraigados o percepciones erróneas sobre las capacidades y el valor de las personas con discapacidad.
Además, pueden sentirse excluidas o incomprendidas, limitando sus interacciones sociales.
Los niños y adolescentes con mielomeningocele pueden enfrentar el acoso escolar (bullying) debido a su discapacidad, lo que afecta su bienestar emocional y rendimiento académico.
La falta de accesibilidad en entornos físicos, tecnológicos y sociales limita la participación de este grupo en la sociedad.

- ❖ Barreras de comunicación: Dificultades en la comunicación, ya sea debido a la discapacidad en sí o a la falta de comprensión por parte de otros, pueden obstaculizar la denuncia de la violencia.

Algunos aspectos relacionados incluyen: limitaciones en la expresión verbal, desafíos en la comunicación no verbal como gestos y expresiones faciales. dificultades en la escritura o uso de dispositivos de comunicación. Falta de conciencia sobre métodos de comunicación adaptativos en la sociedad o entre cuidadores. Barreras tecnológicas. Efectos emocionales en la comunicación, generando ansiedad, miedo o reticencia a expresar necesidades o experiencias de violencia.

Falta de formación en profesionales de la salud y servicios sociales para entender y abordar las barreras de comunicación específicas pudiendo resultar en malentendidos y falta de apoyo adecuados.

Los estereotipos asociados con la discapacidad pueden llevar a la percepción errónea de que estas personas no tienen nada significativo que comunicar, contribuyendo a la falta de atención a sus expresiones y necesidades.

- ❖ Falta de independencia financiera: La dependencia económica puede crear situaciones de vulnerabilidad donde la persona con mielomeningocele puede sentirse incapaz de abandonar una relación abusiva.

- ❖ Ignorancia o falta de conciencia: La falta de conciencia sobre la violencia doméstica en el contexto de la discapacidad puede contribuir a que se subestimen o pasen desapercibidos los signos de abuso. Muchas personas pueden no estar familiarizadas con esta malformación congénita específica y como resultado carecer de comprensión sobre sus implicancias médicas y sociales. la falta de conciencia puede llevar a la falta de sensibilidad hacia las necesidades únicas de estas personas.

- ❖ Riesgo de aislamiento: La limitación en la participación en actividades sociales debido a la discapacidad pueden aumentar este ítem, dejando a la persona más vulnerable a la manipulación.

- ❖ Factores culturales y sociales: la violencia doméstica en pacientes con mielomeningocele puede ser influenciada por diversos factores culturales y sociales. Estos factores pueden aumentar el riesgo de violencia y afectar la forma en que la sociedad y la comunidad responden a esta problemática.

Alguno de estos factores incluye:

- Culturas que estigmatizan la discapacidad pueden contribuir a la percepción de que las personas con mielomeningocele son menos valoradas, aumentando la vulnerabilidad de la violencia.
 - Culturas que mantienen normas de género rígidas y desiguales pueden perpetuar la violencia doméstica, con personas con mielomeningocele enfrentando desafíos adicionales debido a su discapacidad.
 - Las sociedades que carecen de educación y conciencia sobre la discapacidad pueden tener actitudes y comportamientos discriminatorios hacia las personas con esta patología, aumentando el riesgo de abuso.
 - En sociedades donde el estigma de la discapacidad y el miedo al rechazo son prevalentes, pueden sentirse menos inclinadas a denunciar situaciones de violencia por temor a la estigmatización adicional.
-
- ❖ Carencia de recursos específicos: La falta de servicios y recursos específicamente adaptados para estas personas puede dificultar la búsqueda de ayuda. Culturas que no proporcionan adecuados recursos y servicios de apoyo para personas con discapacidad pueden dejar a estos individuos más aislados y menos capaces de buscar ayuda.

 - ❖ Invisibilidad de la violencia en personas con discapacidad: La percepción errónea de que las personas con discapacidad no son víctimas de violencia puede contribuir a la falta de atención y apoyo adecuados.

6.6. PAUTAS DE ALARMA QUE SUGIEREN FALTA DE ATENCIÓN A NECESIDADES BÁSICAS. Basado en experiencia personal

. Ecografía renal con dilatación moderada a severa en pacientes que realizan tratamiento adecuado, según refieren los tutores.

. Estudio urodinámico con déficit severo de la acomodación que lleva a pensar que podría no estar tomando la medicación correspondiente.

. Cuando se los revisa en consultorio encontrar los pañales sobrecargados de orina, o con abundante materia fecal, seca, de horas de permanencia que sugiere una mala higiene.

. Mala higiene corporal, uñas largas y sucias.

. Mala higiene dental.

. Retraimiento social progresivo.

. Signos de depresión.

. No querer salir de la casa, no ir a la escuela (alto ausentismo escolar).

. Padre-madre o tutor que refiere estar cansado de atenderlos.

. Queja constante de los progenitores y cuidadores asociado a mala situación de salud del paciente.

. Múltiples internaciones.

. Fracturas de miembros inferiores por caídas o golpes.

. Lesiones de piel que no corresponden a los que podrían ser provocados por patología específica.

. Quemaduras en glúteos o miembros inferiores accidentales.

Es muy importante determinar si las lesiones visibles no son de origen traumático, o secuela de alguna patología dermatológica, tan frecuente en estos pacientes.

Siempre contamos con la posibilidad de Interconsultar con un especialista (ginecología, urología, dermatología, etc.) si se dispone en ese momento de la posibilidad.

Dentro de las lesiones dermatológicas más frecuentes encontradas en los pacientes mielomeningocele son, las dermatitis del pañal con o sin sobreinfección bacteriana (dermatitis irritativa, eritema, úlceras, impétigo).

. Dermatitis químicas por uso de jabones o perfumes.

- . Dermatitis alérgicas que forma eczemas con eritema, pápulas, vesículas, edema, descamación.
- . Erosiones anales por constipaciones severas y uso frecuente de maniobras manuales para extracción de bolo fecal por parte de cuidadores.
- . Ano dilatado de causa neurológica. Ausencia de los pliegues habituales.
- . Vulvovaginitis de causa hormonal por el desarrollo puberal temprano (menarca prematura).

6.7. ROL DE LA MEDICINA LEGAL

La medicina legal desempeña un papel clave en la detección y prevención del maltrato infantil al proporcionar evaluaciones forenses, recopilar evidencia médica y asesorar en casos judiciales.

Los profesionales de medicina legal colaboran estrechamente con otros especialistas, como trabajadores sociales y psicólogos, para evaluar las condiciones de los niños maltratados.

Además, la medicina legal contribuye al diseño de políticas y programas preventivos al identificar patrones de maltrato, proponer intervenciones basadas en evidencia y participar en la formación de profesionales de la salud y el sistema legal.

Esta colaboración interdisciplinaria es esencial para abordar eficazmente el maltrato infantil desde una perspectiva médico-legal (16).

6.7.a. Detección de maltrato infantil

La detección de maltrato infantil en medicina legal implica la evaluación cuidadosa de signos físicos, emocionales y conductuales que podrían indicar abuso o negligencia. Los médicos legistas juegan un papel crucial al examinar a los niños de manera exhaustiva, prestando atención a lesiones inconsistentes con la explicación proporcionada y evaluando el historial médico en busca de patrones de abuso.

Además, la medicina legal utiliza técnicas como entrevistas forenses y exámenes especializados para recopilar pruebas que puedan respaldar investigaciones y procedimientos legales. La colaboración con otros profesionales, como trabajadores sociales y psicólogos, es esencial para obtener una comprensión completa de la situación.

La capacitación continua de los profesionales de medicina legal en la identificación de señales de maltrato infantil es crucial para mejorar la eficacia en la detección y respuesta.

6.7.b. Señales de maltrato infantil

Las señales de maltrato infantil pueden variar, pero algunos indicadores comunes que los médicos legistas buscan incluyen:

1. Lesiones físicas inexplicables: Hematomas, fracturas, quemaduras u otras lesiones que no concuerdan con la explicación dada, especialmente si se repiten con frecuencia o no se alinean con explicaciones racionales.
2. Patrones de lesiones repetidas: Lesiones recurrentes o en diferentes etapas de curación pueden ser indicativas de abuso continuado.
3. Retraso en el desarrollo o crecimiento: Niños maltratados pueden mostrar retrasos en el desarrollo físico o emocional.
4. Problemas de salud mental: Síntomas de ansiedad, depresión o trastorno de estrés postraumático pueden ser signos de maltrato.
5. Cambios en el comportamiento: Alteraciones abruptas en el comportamiento como conductas extremas, miedo excesivo, aislamiento social o regresión en el desarrollo pueden ser señales.
6. Historial médico inconsistente: Explicaciones inconsistentes o poco claras sobre las lesiones o problemas de salud del niño.
7. Cambios en el desempeño escolar: Disminución en el rendimiento académico, falta de interés en la escuela o cambios significativos en el comportamiento escolar.
8. Negligencia: Higiene deficiente, ropa inadecuada para el clima, hambre constante o falta de supervisión.

9. Cambios en los patrones de sueño o alimentación: Problemas recurrentes de sueño o alimentación, como pesadillas, insomnio, regresión en hábitos alimenticios o cambios abruptos en el peso.

10. Evitación del contacto físico: Rechazo de afecto o temor extremo a tocar o ser tocado.

11. Conocimiento inapropiado para la edad: En áreas como sexualidad, violencia o sustancias, que puede ser indicativo de exposición a experiencias inadecuadas.

12. Conductas autodestructivas: Mutilación, intentos de suicidios o expresiones recurrentes de desesperanza.

La identificación de estas señales requiere una evaluación integral y la colaboración con otros profesionales. La capacitación continua es esencial para mejorar la detección temprana y la respuesta efectiva al maltrato infantil.

6.8. ENFOQUE LEGAL Y PROTECCIÓN

Revisión de leyes y políticas existentes para la protección de personas con discapacidad motora frente a la violencia doméstica.

Algunos aspectos claves:

- **Legislación específica:** desarrollar y fortalecer legislación específica que reconozca las formas particulares de violencia que pueden enfrentar las personas con discapacidad motora y que garantice protecciones adecuadas.
- **Acceso a la justicia:** garantizar que las personas con discapacidad tengan acceso efectivo a los sistemas judiciales, incluyendo ajustes razonables para facilitar su participación en procesos legales.
- **Capacitación legal y sensibilización:** proporcionar capacitación específica en discapacidad a profesionales del derecho, jueces y personal de la policía para que puedan comprender mejor las complejidades de la violencia en este contexto y brindar un apoyo adecuado.

- Servicios de apoyo adaptados: que aborden las necesidades específicas de las personas con discapacidad motora, incluyendo servicios de asesoramiento, refugios accesibles y líneas telefónicas de ayuda adaptadas.
- Intervención policial sensible: de acuerdo a las necesidades de las personas, evitando la victimización secundaria y proporcionando apoyo inmediato.
- Orden de protección personalizada: que aborden las barreras específicas relacionadas con la discapacidad, garantizando un entorno seguro y accesible para la víctima.
- Participación activa del sector de la salud: fomentar la colaboración entre el sistema de salud y el legal para garantizar la identificación temprana de casos de violencia doméstica y la conexión de las víctimas con los recursos legales necesarios.
- Asesoramiento legal especializado: para abordar cuestiones específicas relacionadas con la discapacidad, como la capacidad de denuncia y las adaptaciones necesarias en procedimientos legales.
- Concientización pública: lanzar campañas que destaquen la prevalencia de la violencia en personas con discapacidad y promuevan actitudes y comportamientos inclusivos.
- Monitoreo y evaluación constantes: implementar mecanismos para evaluar la efectividad de las medidas legales y de protección, realizando ajustes según sea necesario.

6.9. INTERVENCIONES Y APOYO

Descripción de programas y recursos disponibles para ayudar a las víctimas.

Existen programas y servicios específicos diseñados para ayudar a las víctimas con discapacidad, como el mielomeningocele que han experimentado violencia doméstica.

Estos programas suelen centrarse en la prestación de apoyo integral, acceso a servicios especializados y adaptaciones para abordar las barreras específicas asociadas con la discapacidad (17).

1- Refugios y viviendas adaptadas: para garantizar un entorno seguro y accesible para las víctimas. Estos ofrecen un espacio donde las víctimas pueden encontrar apoyo y reconstruir sus vidas. las características con las que deben contar con accesibilidad física, incluyendo rampas, ascensores, puertas anchas y espacios adaptados.

Adaptaciones de viviendas, para garantizar la seguridad y comodidad, como baños accesibles, cocinas adaptadas y áreas de descanso diseñadas para necesidades específicas. Apoyo especializado por personal capacitado que permita comprender las complejidades de la violencia doméstica.

2- Líneas de ayuda y apoyo telefónico adaptadas: que tengan en cuenta las necesidades de comunicación de las personas con discapacidad.

Línea 144: VIOLENCIA DE GENERO y VIOLENCIA SEXUAL

Línea 102: NIÑEZ Y ADOLESCENCIA

Línea 137: VIOLENCIA FAMILIAR Y DE GÉNERO EN LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES

Línea 0800 222 1717: MINISTERIO DE JUSTICIA Y DERECHOS HUMANOS. Brinda asesoramiento legal y orientación a personas que han sido víctimas de delitos, incluida la violencia doméstica.

Línea 0800 666 8537: CONSEJO NACIONAL DE LAS MUJERES

3. Asesoramiento psicológico especializado: que comprendan las complejidades emocionales asociadas con las discapacidad y violencia doméstica.

4. Servicios de apoyo legal: que aborden cuestiones específicas relacionadas con la discapacidad, incluyendo la capacidad de denuncia y las adaptaciones necesarias en los procedimientos legales.

5. Programa de capacitación y sensibilización: dirigidos a profesionales de la salud, profesionales del derecho y la comunidad en general para aumentar la conciencia sobre la temática. Sensibilización en escuelas y universidades. Programas educativos para padres. Talleres y charlas en la comunidad. Capacitación en empresas y organizaciones.

6. Acceso a servicios de salud: facilitar el acceso a servicios de salud adaptados que aborden las necesidades médicas y de rehabilitación específica de las víctimas.

7. Intervenciones policíacas sensibles: proporcionar capacitación a las fuerzas del orden para asegurar que las intervenciones policíacas sean sensibles y respetuosas con las víctimas con discapacidad.

8. Grupos de apoyo específicos: para personas con discapacidad que hayan experimentado violencia doméstica, facilitando la conexión entre sobrevivientes.

9. Programas de empoderamiento: que fortalezcan la autonomía y la toma de decisiones con las personas con discapacidad que han experimentado violencia.

10. Acceso a tecnologías de asistencia: que mejoren la independencia y la comunicación de las personas con discapacidad.

11. Asesoramiento sobre vivienda accesible: para hacerlo accesible y seguro para personas con discapacidad.

6.10. COLABORACIÓN INTERDISCIPLINARIA. En base a lo anterior expuesto, desde mi criterio médico.

La complejidad de esta situación requiere la participación coordinada de diversos profesionales de la salud y otros expertos como servicios sociales, jurídicos, etc.

. Profesionales de la salud: médicos, enfermeros, fisioterapeutas y otros profesionales de la salud pueden identificar signos de violencia durante las consultas y proporcionar atención médica adaptada a las necesidades de estos pacientes.

. Trabajadores sociales: desempeñan un papel crucial al evaluar las necesidades, conectarlos con recursos comunitarios y ofrecer apoyo emocional y orientación para enfrentar la violencia doméstica.

. Psicólogos y psiquiatras: pueden abordar los impactos psicológicos de la violencia, proporcionar asesoramiento terapéutico y apoyar la resiliencia emocional de los pacientes.

. Especialistas en discapacidad: pueden ofrecer asesoramiento específico para abordar las barreras asociadas con la discapacidad motora, asegurando un enfoque adaptado y comprensivo.

. Juristas y asesores legales: expertos en derecho familiar y de género pueden ofrecer asesoramiento legal, ayudar en la preparación de denuncias y proporcionar información sobre derechos y recursos legales disponibles.

. Agentes de la policía de seguridad: la colaboración de las fuerzas del orden es crucial para garantizar la seguridad inmediata de las víctimas y proporcionar asistencia en caso de violencia doméstica.

. Organizaciones de apoyo a víctimas: que se especializan en apoyar a víctimas de violencia doméstica, que ofrecen refugios seguros, líneas de ayuda y recursos adicionales explicados anteriormente.

. Educadores y formadores comunitarios: desarrollar programas de sensibilización en comunidades y entornos educativos para educar sobre la violencia doméstica y promover relaciones saludables.

. Instituciones gubernamentales y no gubernamentales: que trabajan en políticas públicas y programas para prevenir y abordar la violencia doméstica.

6.10.a. INSTITUCIONES GUBERNAMENTALES:

Ministerio de Desarrollo Social

Ministerio de Salud

Ministerio de la Mujer, Género y Diversidad

Ministerio de Justicia y Derechos Humanos

Defensoría del pueblo

Organismos de Derechos Humanos

6.10.b. INSTITUCIONES NO GUBERNAMENTALES (ONG)

Organizaciones de apoyo a víctimas

Centros de atención a la discapacidad

Centros de investigación y formación

Fundaciones de derechos humanos

Redes de organizaciones de mujeres

Asociaciones de personas con discapacidad

Organizaciones de profesionales de la salud

7. METODOLOGÍA

Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, relacionado con el maltrato infantil manifestado como violencia doméstica en niños con mielomeningocele. Se utilizó material bibliográfico (libros de texto, papers, PubMed, Google académico) y de campo, determinado por interconsulta con los servicios de salud mental y servicio social del mismo nosocomio, como así el ingreso a las historias clínicas.

El trabajo incluyó a 19 niños atendidos en el Hospital Público, de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires, entre los años 2018 y 2023, de entre 1 mes de vida y 13 años de edad; que cumplieron con los requisitos de inclusión, es decir, aquellos con notificaciones de violencia doméstica por parte del personal del Hospital como así también por parte de familiares y/o pacientes.

Se excluyeron aquellos sin historia clínica y quienes no sufrieron violencia doméstica.

8. RESULTADOS

Se constató la presencia de maltrato infantil, favorecido por diversas situaciones adversas, como los conflictos familiares, las adicciones y los trastornos psiquiátricos, que condujeron a la negligencia o al abandono, al maltrato físico y al maltrato psicológico. Se comprobó la repercusión de estas condiciones en su salud, que se tradujo en hiperactividad, agresividad, trastornos emocionales, timidez, internaciones recurrentes, y una muerte por falla renal por falta de tratamientos adecuados a la patología.

Del total de 19 pacientes, 1 tuvo maltrato físico, 3 maltrato emocional y 15 violencia doméstica por negligencia.

MALTRATO FÍSICO

VÍCTIMA	MALTRATADOR	CAUSA	INDICADOR
7 años/varón	Padre biológico/familia biparental	Caída de propia altura por empujón	Fractura de fémur alta diafisaria

MALTRATO EMOCIONAL

VÍCTIMA	MALTRATADOR	CAUSA	INDICADOR
12 años/varón	Cuidadora/familia monoparental	Castigos/encierr o en habitación	Cambio en la personalidad
8 años/nena	Padres/familia biparental	Frustración de los padres por tener un hijo con discapacidad	Agresión verbal hacia familia, amigos y personal de la salud
13 años/varón	Madre biológica/monoparental	Daño emocional por madre adicta	Miedo a salir de la casa

NEGLIGENCIA

VÍCTIMA	MALTRATADOR	CAUSA	INDICADOR
2 años/nena	Madre/biparental	Negligencia	Falta de higiene/Dermatitis de pañal
10 años/nena	Madre/biparental	Negligencia	Falta de higiene/dermatitis de pañal
13 años/nena	Padres/biparental	Ausencia de cateterismo vesical y toma de medicación	Insuficiencia Renal
12 años/nena	Padres/biparental	Ausencia de cateterismo vesical y toma de medicación	Insuficiencia Renal
13 años/varón	Padre/biparental	Ausencia de cateterismo vesical y toma de medicación	Insuficiencia Renal
6 años/varón	Padre/monoparental	Ausencia de cateterismo vesical y toma de medicación	Insuficiencia Renal
3 años/varón	Madre/monoparental	Ausencia de	Insuficiencia Renal

		cateterismo vesical y toma de medicación	
10 años/varón	Madre/monoparental	Ausencia de cateterismo vesical y toma de medicación	Insuficiencia Renal
2 años/niña	Madre/monoparental	Situación de calle	Retraso pondoestatural
1 año/niña	Madre/monoparental	Situación de calle	Retraso pondoestatural
11 años/varón	Padres/biparental	Desvalorización	Obesidad mórbida
12 años/niña	Padres/biparental	Compensación por discapacidad	Obesidad mórbida
9 años/varón	Madre/monoparental	Situación de calle/hogar en madre adicta	Abandono escolar
8 años/varón	Madre/monoparental	Situación de calle/hogar en madre alcohólica	Abandono escolar
7 años/niña	Padres/biparental	Ausencia de cateterismo vesical y toma de medicación	Muerte por insuficiencia renal con paro cardiorrespiratorio

INDICADORES DE VIOLENCIA DOMÉSTICA EN ESTE TRABAJO

- . Fractura de fémur
- . Cambio en la personalidad
- . Agresión verbal
- . Miedo a salir de la casa
- . Falta de higiene
- . Dermatitis del pañal
- . Insuficiencia renal
- . Retraso pondoestatural
- . Obesidad mórbida
- . Abandono escolar
- . Muerte

9. CONCLUSIÓN

El maltrato infantil, y dentro de este la violencia doméstica en pacientes mielomeningoceles es una de las formas de violencia más frecuente en esta población, siendo necesario dotar a todos los profesionales que se enfrentan con este problema de las herramientas necesarias para llegar a diagnósticos precisos, que en su momento avalen una sentencia justa.

La violencia doméstica se refiere a cualquier forma de abuso o comportamiento coercitivo que ocurre en una relación íntima y que tiene como objetivo controlar o dominar a la otra persona. Puede manifestarse de diversas maneras, incluyendo abuso físico, emocional, sexual, económico o psicológico.

Cuando hablamos de mielomeningocele y discapacidad motora, nos referimos a limitaciones en la movilidad o el control motor debido a diversas condiciones, como parálisis cerebral, lesiones de la médula espinal o enfermedades neuromusculares.

La intersección de violencia doméstica y discapacidad motora implica situaciones en las cuales las personas con limitaciones motoras enfrentan abusos específicos relacionados con su discapacidad, como el control de la movilidad, la negación de asistencia o el maltrato emocional vinculado a su condición física.

Combatir el estigma y la discriminación requiere esfuerzos a nivel individual, comunitario e institucional. La educación, la promoción de la inclusión y la sensibilización son fundamentales para cambiar las percepciones y crear entornos más equitativos y respetuosos hacia las personas con esta discapacidad.

Es importante abordar esta problemática reconociendo las barreras adicionales que enfrentan las personas con discapacidad motora y asegurando que las respuestas y recursos disponibles sean accesibles y sensibles a sus necesidades particulares.

Abordar la ignorancia y falta de conciencia requiere esfuerzos educativos, campañas de sensibilización y promoción de la inclusión. Proporcionar información precisa y promover la comprensión sobre esta patología no solo beneficia a las personas directamente afectadas, sino que también contribuye a la construcción de comunidades más inclusivas y respetuosas.

10. ANEXO

10.1. MARCO LEGAL

LEGISLACIONES VIGENTES

LEY 22431/81---La Ley de Sistema de Protección Integral de las personas con discapacidad o Ley 22.431 fue sancionada y promulgada el 16 de marzo de 1981 por Jorge Rafael Videla con el objetivo de otorgar a las personas discapacitadas atención médica, educación y seguridad social. Y modificada para readaptarla en diferentes oportunidades.

Les otorga los siguientes beneficios:

Rehabilitación integral,
Formación laboral o profesional,
Préstamos o subsidios,
Regímenes diferenciales en seguridad social,
Escolarización,
Orientación o promoción individual, familiar y social

LEY 24901/97---La Ley de Sistema de Prestaciones Básicas en Habilitación y Rehabilitación Integral a Favor de las Personas con Discapacidad o Ley 24.901 fue sancionada el 5 de noviembre de 1997 y promulgada el 2 de diciembre del mismo año con carácter de nacional. El ART. 1 expresa:

- Instituyese por la presente ley un sistema de prestaciones básicas de atención integral a favor de las personas con discapacidad, contemplando acciones de prevención, asistencia, promoción y protección, con el objeto de brindarles una cobertura integral a sus necesidades y requerimientos.

- Aplicándose y obligando a las Obras sociales a la labor de prestar atención médica y otorgar los servicios de diagnóstico y control, siendo beneficiarios las personas con discapacidad comprendidas como tales en el artículo 2 de la Ley 22.431.

- Se aplica a las prestaciones de carácter preventivo, de rehabilitación, a las terapéuticas educativas y a las asistenciales. También internación, en caso de que no pueda permanecer en su hogar, cobertura económica y la atención psiquiátrica.

- En caso de que de que la persona requiriera médicamente medicamentos o productos para su dieta específicos y que no se produjeran en Argentina, le deberán reconocer la totalidad del precio de los mismos.

Ley 25.504--Fue sancionada el 14 de noviembre de 2001 y promulgada el 12 de diciembre del mismo año, conocida por ser la Ley del Certificado Único de Discapacidad.

Ley 19.279--La Ley de Automotores para Lisiados o Ley 19.279 fue sancionada y promulgada el 4 de octubre de 1971 por Alejandro Agustín Lanusse y modificada en diferentes oportunidades.

LEY 26.378/08-- Fue sancionada el 21 de mayo de 2008 y promulgada el 6 de junio de 2008. Se aprueba la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y su protocolo facultativo, aprobados mediante resolución de la Asamblea General de las Naciones Unidas, la misma es un instrumento internacional de derechos humanos de las Naciones Unidas o Derecho internacional de los derechos humanos destinadas a proteger los derechos y la dignidad de las personas con discapacidad. Las Partes en la Convención tienen la obligación de promover, proteger y garantizar el pleno disfrute de los derechos humanos de las personas con discapacidad y garantizar que gocen de plena igualdad ante la ley.

10.2. Obligatoriedad de la denuncia

Cualquier persona o institución que tome conocimiento de estos hechos puede realizar la presentación en la Oficina de Violencia Doméstica y solicitar la reserva de identidad.

El artículo 18 de la Ley 26.485 dispone: “Las personas que se desempeñen en servicios asistenciales, sociales, educativos y de salud, en el ámbito público o privado, que con motivo o en ocasión de sus tareas tomaren conocimiento de un hecho de violencia contra las mujeres en los términos de la presente ley, estarán obligados a formular las denuncias, según corresponda, aun en aquellos casos en que el hecho no configure delito”.

En el mismo sentido, el artículo 30 de la Ley 26.061 establece el deber de comunicar: “Los miembros de los establecimientos educativos y de salud, públicos o privados y todo agente o funcionario público que tuviere conocimiento de la vulneración de derechos de las niñas, niños o adolescentes, deberán comunicar dicha circunstancia ante la autoridad administrativa de protección de derechos en el ámbito local, bajo apercibimiento de incurrir en responsabilidad por dicha omisión.”

11. BIBLIOGRAFÍA

1. Mayo Clinic Family Health Book (Libro de Salud Familiar de Mayo Clinic) 5.^a edición. <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/spina-bifida/symptoms-causes/syc-20377860>
2. Samuel L y col. Guía de Atención Integral para Personas con Espina Bífida. Asociación de Espina Bífida e Hidrocefalia de Alicante (AEBHA). 2004; 182. <https://aebha.org/wp-content/uploads/2016/04/GU%C3%8DA-ESPINA-B%C3%8DFIDA-COMPLETA.pdf>
3. Alicia Gurdían-Fernández y col. Prejuicios hacia las personas con discapacidad: fundamentación teórica para el diseño de una escala. Revista Actualidades Investigativas en Educación, 20(1), 1-26. Doi. 10.15517/aie.v20i1.40131.
4. Alicia R. Pekarsky. Introducción al maltrato y negligencia infantil. State University of New York Upstate Medical University, Upstate Golisano Children's Hospital. 2022.
5. Esperanza Cabrera Díaz, Gilberto Mauricio Astaiza Arias. Maltrato infantil, secuelas. Universidad Surcolombiana, Colombia. <https://psicologiacientifica.com/maltrato-infantil-secuelas/>
6. García-Garduza Ismael. Importancia de la Medicina Legal en la práctica médica. Rev. Fac. Med. (Méx.) [revista en la Internet]. 2014 Dic [citado 2023 Dic 08]; 57(5): 20-31. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0026-17422014000500020&lng=es.
7. Paulo Sérgio Pinheiro. Informe mundial sobre la violencia contra los niños y las niñas. https://violenceagainstchildren.un.org/sites/violenceagainstchildren.un.org/files/document_files/world_report_on_violence_against_children_sp.pdf
8. OMS. Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías. IMSERSO. Madrid, 1997, pág. 71.
9. Masón CA, Kirby RS, Sever LE, Langlois PH, Prevalence is the preferred measure of frequency of birth defects. Birth defects Research (Part A). 2005; 73:690-692).

10. Stephen J. Falchek, MD, Nemours/Alfred I. duPont Hospital for Children. Defectos del tubo neural y espina bífida. Revisado/Modificado jul. 2023.

11. Butchart A, Phinney Harvey A. Preventing child maltreatment: a guide to taking action and generating evidence. World Health Organization and International Society for prevention of child abuse and neglect. Geneva: WHO Press, 2006. http://whqlibdoc.who.int/publications/2006/9241594365_eng.pdf.

12. Flaherty EG, Stirling J Jr; American Academy of Pediatrics. Committee on Child Abuse and Neglect. Clinical report - The pediatrician's role in child maltreatment prevention. Pediatrics 2010;126(4):833-41.

13. <https://www.paho.org/es/noticias/12-7-2012-ninos-con-discapacidad-son-victimas-violencia-con-mas-frecuencia>

14. Lisa Jones, BSc et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. Published: July 12, 2012. DOI: [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(12\)60692-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60692-8)

15. J. Lluís Conde Sala. Los cuidados a personas con dependencia. Universitat de Barcelona.

16. Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), Asociación por los Derechos Civiles (ADC). Guía de buenas prácticas para el abordaje de niños/as adolescentes víctimas o testigos de abuso sexual y otros delitos. Protección de sus derechos, acceso a la justicia y obtención de pruebas válidas para el proceso. www.proteccióninfancia.org.ar Argentina. 2013.

17. Sexagésimo primer período de sesiones de la Asamblea General mediante la resolución A/RES/61/106. Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad. 2006. <https://www.ohchr.org/es/instruments-mechanisms/instruments/convention-rights-persons-disabilities>

Romi J.C. Sexología Forense. Aportes clínico-sexológicos, psiquiátricos y médico-legales. 1a ed. Ciudadela. 2017.

Criado M., Eleta G. Evaluación física médico forense del abuso sexual infante juvenil. 1era impresión. Ciudadela. 2023.