

# Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

**Facultad de Odontología**  
**Programa Profesional de Odontología**



**Características clínicas de las lesiones en el aparato  
Estomatognático producto de violencia física familiar  
en mujeres adultas atendidas en el Instituto de  
Medicina Legal de Arequipa, 2013**

Tesis presentada por:

**ROMINA DEL PILAR RODRÍGUEZ URDAY**

Proyecto de Tesis para Optar el Título  
Profesional de  
Cirujano-Dentista.

**Arequipa – Perú**

**2014**

## EPIGRAFE

Mujer, la primera cualidad que debes de buscar en un hombre es que ame a Dios porque el hombre que sabe amar a Dios, sabrá amar a una mujer.

Si Dios te dijo que tiene grandes cosas para ti y si te dio sueños; prepárate, ponte en marcha y permite que EL sea quien guie tu vida quien te de una nueva historia.



## DEDICATORIA

A Dios por regalarme la vida; guiar cada paso, decisión, sentimiento porque sé que EL tiene grandes cosas para mí.

A mi Madre, compañera, amiga, hermana que me cuida, me enseñó que la vida tiene dificultades pero se debe persistir, perseverar para obtener tu propósito, y que los sacrificios tienen una recompensa; me dio amor, cariño, comprensión, sacrificó muchas cosas para que a mí no me falte nada, porque ella es el PILAR de mi vida.

A mi Pato, ese ser imperfecto, lleno de amor por dar, amigo, ese padre que parece un adolescente.

A mi hermano Carlos gran hombre, ejemplo a seguir, apoyo incondicional, gran amigo, confesor.

A Paul más que enamorado, amigo, compañero, compinche, gracias amor por tu apoyo, por tu paciencia, por tu amor. Lo eres todo.

A todas las personas que me ayudaron a realizar esta investigación.

## ÍNDICE GENERAL

<b>RESUMEN .....</b>	<b>viii</b>
<b>ABSTRACT .....</b>	<b>viii</b>
<b>INTRODUCCIÓN .....</b>	<b>1</b>
 <b>CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO</b>	
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN .....	4
1.1 Descripción del problema.....	4
1.1.1 Area del conocimiento .....	4
1.1.2 Analisis de variables .....	5
1.1.3 Interrogantes Basicas .....	6
1.1.4 Tipo de Investigación .....	6
1.1.5 Nivel de Investigación .....	6
1.2 Justificación del problema.....	6
2. OBJETIVOS .....	7
3. MARCO TEÓRICO.....	8
3.1 Lesiones.....	8
3.1.1 Clasificación de Lesiones.....	8
a. Según Código Penal .....	8
b. Según el Tiempo.....	9
3.1.2 Clasificación Médico Legal.....	9
3.1.2.1 Incapacidad Médico Legal en Tejidos Blandos.....	9
3.1.2.2 Incapacidad Médico Legal en Tejidos Duros .....	10
3.2 Lesiones Traumáticas de Tejidos Blandos.....	10
3.2.1 Tipos de Lesiones de Tejidos Blandos .....	10
A. Lesiones Abiertas .....	10
a. Erosión .....	10
b. Abrasión o escoriación .....	11

c. Laceración .....	11
d. Fisura .....	11
e. Herida.....	11
B. Lesiones Cerradas .....	13
a. Contusión .....	13
b. Equimosis.....	13
c. Hematoma .....	13
3.3 Lesiones Traumáticas de Tejidos Duros .....	14
3.3.1 Fracturas de la Mandíbula .....	14
A. Fractura en el interior de Arcada Dental.....	15
a. Fractura Medial o Paramedial .....	15
b. Fractura en la Región de los Caninos .....	15
c. Fractura en la Región de los Dientes Posteriores .....	15
B. Fracturas fuera de la arcada dental.....	15
C. Fracturas de la apófisis de la articulación temporomandibular.....	18
i. Fracturas de la superficie articular.....	18
ii. Fracturas de la región central del cuello articular .....	18
iii. Fracturas de la base del cóndilo mandíbula.....	19
iiii. Fracturas de la apófisis coronoides.....	19
3.3.2 Fractura del Maxilar Superior.....	19
A. Fractura de Lefort tipo I .....	19
B. Fractura de Lefort tipo II .....	20
C. Fractura de Lefort tipo III .....	20
3.4 Fracturas Dentarias Traumáticas .....	21
A. Fractura de Esmalte .....	22
B. Fractura de Esmalte y Dentina .....	22
C. Fractura Dentaria con Compromiso Pulpar .....	23
D. Fractura Radicular.....	23
a. Fractura del Tercio Apical.....	24
b. Fractura del Tercio Medio.....	25

c. Fractura del Tercio Cervical.....	25
3.5 Odontología Legal y Forense .....	25
3.5.1 Dominio de la Odontología Legal .....	25
3.5.2 Dominio de la Odontología Forense .....	26
3.6 Sistema Estomatognático.....	27
3.7 Violencia.....	28
3.7.1 Violencia Familiar.....	28
3.7.2 Tipos de Violencia Familiar .....	29
a. Violencia Física .....	29
b. Violencia Emocional y Psicológica .....	30
c. Violencia Sexual .....	31
3.7.3 Violencia Contra la Mujer.....	31
4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS.....	34
 <b>CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL</b>	
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación .....	37
2. Campo de verificación.....	37
3. Estrategia de Recolección de datos.....	38
 <b>CAPÍTULO III: RESULTADOS</b>	
Cuadros .....	41
Gráficos .....	56
<b>CAPITULO IV: CONCLUSIONES .....</b>	<b>58</b>
<b>CAPITULO V: RECOMENDACIONES.....</b>	<b>60</b>
<b>BIBLIOGRAFÍA.....</b>	<b>61</b>
<b>HEMEROGRAFIA .....</b>	<b>62</b>
<b>INFORMATOGRAFIA .....</b>	<b>63</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>64</b>

## RESUMEN

El antecedente de la violencia familiar es un problema de salud pública, y puede afectar al aparato Estomatognático.

El objetivo es establecer las características clínicas de las lesiones en el aparato Estomatognático producto de violencia física familiar en mujeres adultas atendidas en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa, 2013.

El material y métodos de revisión de una muestra de 100 reconocimientos estomatológico-forenses de mujeres víctimas de violencia familiar con lesiones en el aparato Estomatognático. Se muestran resultados mediante estadística descriptiva.

Los resultados son: que la mayor proporción de mujeres tuvieron entre 30 y 44 años (54%). El estado civil fue casada en 67%, 21% de solteras y 12% de convivientes. El nivel de instrucción fue educación secundaria en 42%, con 35% de madres con educación superior, 12% con educación primaria y 11% sin instrucción. El principal agresor fue su pareja (74%). En la región oral, las lesiones se ubicaron sobre todo en los labios (94%), seguidos de los dientes (59%) y la articulación temporomandibular (48%), así como la mucosa oral (42%). El tipo de lesión más frecuente fue el hematoma (79%) o las equimosis (58%), con heridas en 48%, fracturas en 35% y luxación en 7% de casos. La forma de agresión física fueron las bofetadas o jalones de pelo (75%), los apretones o pellizcos (58%), los golpes con partes corporales en 33%, tirones o patadas en 25%. Otras lesiones en diferentes partes corporales ocurrieron en la cabeza en 64% de casos, de ellos el 39% en ojos, 24% en nariz. El 33% de lesiones fueron faltas (leves), en 65% delito leve, y en 2% delito moderado. En todas las mujeres además hubo violencia psicológica; la forma predominante fueron los gritos e insultos (92%), la humillación en 71%, marginación en 20% y rechazo en 16% de mujeres.

## ABSTRACT

The background of a domestic violence is a public health problem and can affect the oral region.

The Objective is to establish the clinical features of injuries at stomatognathic system produced by domestic violence in adult women attending the Institute of Legal Medicine of Arequipa, 2013.

The methods of review of a sample of 100 forensic stomatology of women victims of family violence surveys with lesions in the oral region. Showing results using descriptive statistics.

The Results are the highest proportion of women were between 30 and 44 years (54%). Marital status was married at 67%, with 21% and 12% of unmarried cohabitants. The level of instruction in secondary education was 42 %, with 35 % of mothers with higher education, 12% primary and 11% without instruction. The main perpetrator was a partner (74%). In the oral region, the lesions were located mainly on the lips (94%), followed by teeth (59 %) and temporomandibular joint (48%) and oral mucosa (42%). The most frequent type of injury was a hematoma (79 %) or ecchymosis (58%), with wounds in 48%, 35 % and fracture dislocation in 7 % of cases. The form of physical assault were slapping or hair pulling (75%), or pinch grips (58%), hitting with body parts by 33 %, flips or kicks in 25 %. Other injuries in different body parts in the head occurred in 64% of cases, 39% of them in the eyes, nose 24%, 8% in ears. 33% of injuries were fouls (mild) in 65 % misdemeanor, and 2% moderate crime. All women were also psychological violence, the predominant form were the shouts and insults (92%), 71 % in humiliation, marginalization and rejection in 20 % in 16 % of women.

## INTRODUCCIÓN

La violencia contra la mujer es conocida como violencia intrafamiliar afectando la vida, integridad física o psíquica; va en contra de los Derechos Humanos, atenta contra la dignidad, derecho a la vida, a la libertad, a la seguridad de las personas y destruye la familia.

La violencia familiar o doméstica es un serio problema de salud pública en nuestro medio, sin ser exclusiva de las mujeres, se le considera como un problema de género, que afecta más al sexo femenino que al masculino. Dentro de las diversas formas de violencia familiar son predominantes la violencia psicológica, pero es la violencia física la que puede producir lesiones en diversas partes del cuerpo comprometiendo la salud física, estética y mental de las partes afectadas. Se busca identificar la relación con el agresor, los factores de la violencia, los efectos y la modalidad de la agresión.

Las mujeres son un grupo importante de la población y del seno familiar lo cual forman el núcleo fundamental de la sociedad, siendo de gran interés conocer las lesiones que se les causa como consecuencia de la violencia familiar.

La boca y el Aparato Estomatognático con frecuencia se ven afectadas como producto de las agresiones físicas, dada su exposición y el volumen que ocupan. Son frecuentes las lesiones en partes blandas y óseas, incluidos los dientes y la articulación temporomandibular como producto de la violencia física y estética en el contexto de los problemas domésticos.

El identificar frecuencia y las características clínicas y médico legales de estas lesiones será de utilidad para proyectar actividades de atención odontológica en víctimas de violencia familiar, y lo más importante, procurar acciones para su prevención en un mediano plazo.

Al tener este conocimiento del Aparato Estomatognático servirá de fuente de información y orientación al profesional Odontológico en la

consulta e incentivarlo a tomar participación cuando se presente este tipo de casos y realizar las acciones pertinentes en el fuero Judicial respectivo.

Es por esto que la presente investigación pretende realizar el análisis de los casos de Violencia Física Familiar en Mujeres adultas no solo casadas sino también solteras y convivientes teniendo como fuente a los archivos del Servicio de Estomatología Forense del Instituto de Medicina Legal “Leónidas Avedaño Ureta” Arequipa.

De allí la importancia del presente trabajo de investigación.





# **CAPITULO I**

## **PLANEAMIENTO TEORICO**



## CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Características Clínicas de las Lesiones en el Aparato Estomatognático producto de Violencia Física Familiar en mujeres adultas atendidas en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa, 2013.

#### 1.1. Descripción del problema:

##### 1.1.1. Área del conocimiento

- |                    |                               |
|--------------------|-------------------------------|
| a- Área general    | :Ciencias de la Salud         |
| b- Área específica | :Odontología                  |
| c- Especialidad    | : Odontología Legal y Forense |
| d- Línea           | : Lesionología                |

### 1.1.2. Análisis de variables

Variable	Indicador	Unidad/Categoría	Escala
Características clínicas de las Lesiones en el aparato estomatognático	Ubicación de la lesión	Labios, mucosa oral, encías, dientes, lengua, articulación temporomandibular, periodonto	Nominal
	Tipo de la lesión	Equimosis, hematoma, herida, fractura, luxación	Nominal
	Coexistencia de la lesión	Otra región afectada Cabeza, ojos, nariz, orejas, cuello, tronco, extremidades superiores e inferiores	Nominal
Violencia física familiar	Relación con el agresor	Pareja, hijos, padres, hermanos, otros	Nominal
	Modalidad de agresión física	Objeto, arma, sustancia líquida, alguna parte del cuerpo	Nominal

### 1.1.3. Interrogantes Básicas

- a) ¿Cuáles son las características clínicas de las lesiones en el aparato estomatognático en mujeres atendidas en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa 2013?

- b) ¿Cómo es el mecanismo de acción de la violencia física familiar en mujeres atendidas en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa 2013?
- c) ¿Cuáles son las características clínicas de las lesiones en el aparato estomatognático producto de violencia física familiar en mujeres adultas atendidas en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa 2013?

#### 1.1.4. Tipo de investigación

La presente investigación es un estudio tipo documental (archivo).

#### 1.1.5. Nivel de investigación

Se trata de un estudio explicativo.

### 1.2. Justificación del problema

El presente estudio busca establecer el efecto de la violencia física en las características clínicas de las lesiones del aparato estomatognático en mujeres adultas atendidas en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa, en el periodo 2013.

- **Originalidad:** la relación de la violencia familiar con las lesiones en el aparato estomatognático no ha sido objeto de estudio en mujeres atendidas en el Instituto de Medicina Legal, que centraliza la evaluación de las víctimas de violencia de género.
- **Relevancia científica:** Se evidenciarán los efectos de los mecanismos de los traumas en las lesiones ocasionadas en el aparato estomatognático.
- **Relevancia práctica:** permitirá identificar las formas más frecuentes de lesiones en el aparato estomatognático como producto de la violencia contra la mujer en el seno de la familia, para planificar la atención de estas mujeres.
- **Relevancia social:** la violencia familiar es un problema de salud pública, y la afectación del aparato estomatognático como

consecuencia de la misma puede a su vez incrementarse dado el incremento de los casos de esta forma de violencia.

- **Contemporaneidad:** por ser la violencia familiar un tema permanentemente presente y universal.
- **Factibilidad:** El estudio es factible ya que existen registros centralizados de las lesiones estomatognáticas en las mujeres víctimas de violencia familiar.
- **Motivación personal:** Por el interés personal de realizar investigaciones en el campo de la lesionología estomatognática, y por el interés en la violencia doméstica como problema de salud pública.
- **Contribución académica:** Se aportarán nuevos conocimientos hacia el campo de la salud oral.
- **Políticas de investigación:** Se cumplen con las políticas de la universidad para la obtención del título profesional

## 2. OBJETIVOS

- 1) Analizar las características clínicas de las lesiones en el aparato estomatognático en mujeres atendidas en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa, 2013.
- 2) Identificar el mecanismo de acción de la violencia física familiar en mujeres atendidas en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa, 2013.
- 3) Determinar las características clínicas de las lesiones en el aparato estomatognático producto de la violencia física familiar en mujeres atendidas en el Instituto de Medicina Legal Arequipa 2013

### 3. MARCO TEÓRICO

#### 3.1. LESIONES

Alteración en la estructura anatómica que puede repercutir o no en la función de un órgano o tejido a consecuencia de agentes externos o internos lesionantes en un determinado tiempo y espacio.<sup>1</sup>

Esta encargada del estudio de las lesiones personales, acción y efecto de los traumatismos o acciones violentas ejercidas contra el cuerpo.<sup>2</sup>

Delito de Lesiones: es toda acción típica, o daño inferido a otro.<sup>3</sup> Elementos:

- Elemento Objetivo, daño al cuerpo o salud.
- Elemento Subjetivo, “moral” por dolo o culpa.
- Arma o medio empleado, objeto capaz de aumentar potenciar la fuerza humana.

Daño: toda violencia que deja como consecuencia una secuela.

Lesión Odontológica: es cualquier alteración en la estructura anatómica dental y/o estomatognática (dependiendo el caso) que repercute o no en su función.

#### 3.1.1. CLASIFICACION DE LESIONES

##### a. Según Código Penal

LESIONES CULPOSAS (No intencionales)	LESIONES DOLOSAS (Intencionales)
Simple	<b>Leves</b>
Calificadas	<b>Graves</b>

<sup>1</sup>INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL. Guía médico legal de valoración integral de lesiones y determinación de deformación de rostro.

<sup>2</sup> Medicina Legal Jurisprudencia Medica

<http://medicinalegalaldia.blogspot.com/2008/01/traumatologa-forense.html>

<sup>3</sup> BRÍÑON ELIDA NORMA. Lesiones e Iatrogenias en Odontología legal. Pág. 27.

Negligencia		<b>Preterintencionales</b>	
Imprudencia		<b>Seguidas de Muerte</b>	
Tipo penal	<b>Lesiones</b>	<b>Descanso medico</b>	
Faltas	<b>Lesiones Culposas</b>	<b>&lt; o =15 días</b>	
	<b>Lesiones Dolosas</b>	<b>&lt; o =10 días</b>	
Delitos	<b>Culposos</b>	<b>L. leve</b>	<b>16 a 29 días</b>
		<b>L. grave</b>	<b>&gt; o = 30 días</b>
	<b>Dolosos</b>	<b>L. leve</b>	<b>11 a 29 días</b>
		<b>L. grave</b>	<b>&gt; o = 30 días</b>

#### b. Según el tiempo

**Lesiones Recientes:** lesiones aun no cicatrizadas, no resueltas dentro de 10 días como excoriaciones, equimosis, heridas.

**Lesiones Antiguas:** lesiones cicatrizadas y/o resueltas posteriores a los 10 días como cicatriz (señal permanente o huella indeleble) deformación de rostro, secuelas.

### 3.1.2. CALIFICACION MEDICO LEGAL<sup>4</sup>

#### 3.1.2.1. Incapacidad Médico Legal en TEJIDOS BLANDOS

- Excoriaciones: de 4 a 8 días.
- Laceraciones: de 6 a 10 días.
- Abrasiones: de 6 a 15 días.
- Equimosis: de 5 a 15 días.
- Hematomas: de 10 a 15 días.

<sup>4</sup>Instituto de Medicina Legal Perú

### 3.1.2.2. Incapacidad Médico Legal en TEJIDOS DUROS

- Hematoma subgaleal: de 7 a 15 días
- Fractura deprimida mayor de 5 mm: 40 días.
- Conmoción cerebral, contusión cerebral: de 10 a 25 días.
- Contusión cerebral leve no hemorrágica, sin déficit neurológico: menor de 30 días.
- Confusión cerebral no hemorrágica, de moderada a severa y/o déficit neurológico: mayor de 35 días.
- Contusión cerebral hemorrágica: mayor de 35 días.
- Laceración cerebral: mayor de 45 días Edema cerebral moderado o severo, con déficit neurológico: mayor de 35 días.

### 3.2. LESIONES TRAUMATICAS EN TEJIDOS BLANDOS <sup>5</sup>

Los tipos de lesiones de tejidos blandos que el odontólogo puede observar, varían de forma considerable. Las lesiones vistas con cierta frecuencia son las asociadas a traumatismos maxilofaciales y dentoalveolares.

#### 3.2.1. TIPOS DE LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS<sup>6</sup>

##### A. Lesiones Abiertas

##### a. Erosión

Es la pérdida de capa epidérmica de la piel formando una excavación húmeda, lisa, brillante, secundaria a la rotura de una vesícula o ampolla. Es consecuencia de un proceso inflamatorio, las observamos a menudo después del desprendimiento de una costra

<sup>5</sup>WOOD.K, GOAZ.W. Lesiones Orales y Maxilofaciales. Pág. 34-45.

<sup>6</sup>NORMA BRIÑON. Lesiones e iatrogenias en odontología legal. Pág. 85-119.

### **b. Abrasión o escoriación**

Es la pérdida de epidermis y capa cornea con la dermis expuesta, se produce cuando un elemento entra en contacto con la superficie cutáneo actuando casi paralelamente al plano de la piel por mecanismos de desplazamiento o roce, eliminando la parte más superficial. En las abrasiones nunca interesan todo el espesor de la piel suele ser muy dolorosa y puede haber sangrado escaso o nulo. Generalmente este tipo de lesiones se observan en la nariz, labios, mentón y mejillas del paciente y en odontología es producida por un golpe de puño sobre la boca que por su acción cortante hiere la mucosa labial.

### **c. Fisura<sup>7</sup>**

Falla o rotura lineal de la epidermis alcanzando la parte superior de la dermis, se caracteriza por tener forma de surco, no profunda y ni demasiado larga, pequeña y de color rojo. Estas grietas suelen ser muy dolorosas. Con frecuencia se observan en labios, dedos, palmas de mano, pies.

### **d. Laceración**

Una laceración es un desgarramiento en el tejido producido por una fuerza contundente que lo estira, aplasta, rompe o arranca.

Ocurren con más frecuencia sobre prominencias óseas, además de la piel pueden lacerarse órganos internos, se caracteriza por la presencia de hebras “puente” de tejido en el interior de la herida; este hecho se usa para diferenciar una laceración (desgarro) de una herida incisa (corte).

### **c. Herida**

Una herida es la pérdida de un tejido corporal interno o externo, secundaria a un traumatismo pudiendo desencadenar en una infección o lesión de órganos o tejidos adyacentes.

---

<sup>7</sup><http://www.iqb.es/dermatologia/atlas/generalidades.htm>

Podemos decir que prácticamente aparecen en la mayoría de las heridas, dolor, hemorragias y separación de bordes. Por ello, la clasificación a la que se atiende es la siguiente:

- Herida incisa. Causada por un instrumento cortante, en la cual aparecen bordes limpios, rectos y sangrantes.
- Herida contusa.<sup>8</sup> Producida por presión, empuje y/o tracción de objetos con superficie roma, la cual suele sangrar poco. Se caracterizan por su irregularidad en los bordes, variadas formas de manifestación, infiltración hemática, existencia de puentes y bridas de tejidos que pasan de un labio a otro.
- Herida cortante<sup>9</sup>: se caracteriza por tener una cola de entrada y salida, bordes claros y uniformes, pared lisa, regular. Puede estar asociado a un edema o equimosis.
- Herida punzante o penetrante. Siendo una lesión incisa pero profunda poco extensa y con menor sangrado. Son producidas por elementos que actúan en profundidad, disociando uno o varios planos de tejidos; se producen por perforación de tejidos. Se caracteriza por los bordes romos y cortos, no hay ángulos de sección o colas, el orificio de entrada es circular o triangular (dibuja la forma del objeto), la hemorragia externa es escasa o nula, la pared es lisa o irregular.
- Herida punzo-cortante. Son producto de la acción de un agente lesionante laminado con bordes afilados y punta, se caracteriza por bordes regulares (forma de pez), la cola de entrada forma un ángulo obtuso mientras que la cola de salida ángulo agudo, tiene pared lisa y regular, la perforación es por sección y disociación.

---

<sup>8</sup>BONNET EMILIO. Lesiones de Medicina Legal. 1984

<sup>9</sup><http://www.slideshare.net/cunyas/lesiones-usmp>

## B. Lesiones Cerradas

### a. Contusión

Son las lesiones originadas por la acción violenta de objetos que chocan directamente sobre el organismo, originando diversas alteraciones, pero sin producir rotura de la piel.

Clasificación.

- Mínimas, cuando no producen ninguna alteración de planos profundos como petequias o purpuras que no superan el 0.5 cm.
- De primer grado, cuando se produce un cardenal afecta a vasos sanguíneos menores “equimosis”.
- De segundo grado, cuando se lesionan vasos mayores formándose un hematoma.
- De tercer grado, cuando hay aplastamiento y puede existir afección de otras estructuras.

### b. Equimosis

Es una contusión de primer grado, causado por la extravasación sanguínea localizada, por rotura de pequeños vasos sanguíneos. Se presenta debajo de la piel que sufre la contusión, bajo mucosas, bajo cuero cabelludo, bajo las serosas viscerales, etc.

Las equimosis son lesiones exclusivamente vitales; si no hay vida no hay circulación, ni hemorragia ni presión sanguínea que infiltre los tejidos. Es habitual observar la equimosis en la zona topográfica coincidente con el lugar traumatizado, pero también pueden presentarse a distancia del sitio impactado, como las equimosis craneofaciales en casos de compresión tronco abdominal, o las orbitas, o cuando se fractura la base del cráneo.

### c. Hematoma

Es una contusión de segundo grado, causado por la rotura de vasos sanguíneos mayores, que aparece generalmente como respuesta general

resultante de un traumatismo intenso, una contusión o una magulladura, haciendo relieve conformando una tumoración violácea en el lugar de la contusión.

Clínicamente, se distinguen por la crepitación a la palpación, la sangre de un hematoma puede reabsorberse o bien enquistarse; cuando la reabsorción da lugar a un hematoma desaparece en un tiempo variable que depende de su tamaño.

### **3.3 LESIONES TRAUMATICAS DE TEJIDOS DUROS <sup>10</sup>**

#### **3.3.1 FRACTURAS DE LA MANDIBULA**

Al ser un hueso expuesto, la mandíbula sufre con frecuencia lesiones traumáticas. Según las estadísticas, las fracturas de mandíbula constituyen del 65 al 70% de las lesiones de los huesos faciales. Aproximadamente en el 50% de los casos este hueso se afecta de forma aislada.

Las causas más habituales de las fracturas de mandíbula son los accidentes de tráfico, las agresiones delictivas (puñetazos), siendo menos comunes los accidentes laborales, las caídas y las lesiones deportivas o de juego. Las lesiones por arma de fuego o por explosión son típicas como heridas de guerra.

Las fracturas de la mandíbula se localizan casi siempre en determinados puntos débiles en las que la estructura ósea es menos resistente (cóndilo mandibular) o donde tiene un debilitamiento adicional de esta debido a la presencia de dientes retenidos, raíces dentales largas o procesos patológicos. A menudo se observan fracturas múltiples de la mandíbula combinándose en la mayoría de los casos las directas y las indirectas.

Las fracturas de la mandíbula pueden clasificarse en tres grupos:

- Fractura sobre maxilar con dentición
- Fractura sobre maxilar con dentición escasa o nula
- Fractura sobre dentición temporal o mixta

---

<sup>10</sup>HUPP. R. Cirugía Oral y Maxilofacial contemporánea. Pág. 120

Dentro de las fracturas sobre mandíbula con dentición, resulta útil distinguir entre los siguientes grupos.

### **A. Fractura en el interior de la arcada dental**

#### **a. Fractura medial o paramedial**

Presenta un desplazamiento escaso o nulo, especialmente en los niños (fractura en tallo verde). Cuando se trata de fracturas múltiples de la mandíbula frecuentemente se produce escalonamiento.

#### **b. Fractura en la región de los caninos**

Esta región constituye una zona de predilección para las fracturas de la mandíbula que tienen lugar en el interior de la arcada dental. Se aprecian habitualmente desplazamientos.

#### **c. Fractura en la región de los dientes posteriores**

Son frecuentes los desplazamientos y escalonamientos. Según el tipo de fuerza, se da un desplazamiento longitudinal con contracción o distensión.

### **B. Fracturas fuera de la arcada dental**

Se trata de fracturas del ángulo mandibular. Este constituye un punto de predilección de las fracturas de mandíbula, en especial cuando existen terceros molares retenidos u ocasionalmente quistes foliculares. De las fracturas de localización más próxima suelen estar poco desplazadas siempre que el periostio y el musculo sean ilesos:

- Fractura de rama mandibular sin fractura del cóndilo mandibular
- Fractura longitudinal. Si la inserción muscular está intacta, el desplazamiento es muchas veces escasa o nulo.
- Fractura transversal. Si origina un desplazamiento alrededor de la articulación temporo mandibular a causa de la tracción del musculo temporal.
- Fractura de la apófisis coronaria. Se presentan a menudo con una fractura por cizallamiento asociada a una fractura por empotramiento del cigomático:

- Fracturas múltiples
- Fracturas por aplastamiento con pérdida de sustancia
- Fractura del cóndilo mandibular

Esta clasificación también puede aplicarse a las fracturas que se producen sobre los maxilares con dentición escasa o inexistente, así como la dentición en desarrollo.

En cuanto al diagnóstico la mayoría de las fracturas es por una sintomatología clínica. Por este motivo debe de investigarse siempre la presencia de signos ciertos e inciertos de fractura.

En las fracturas del cuerpo mandibular, el hematoma de la zona de fractura permite ver con regularidad una inflamación dolorosa a la palpación. En este punto puede palparse el borde de la mandíbula, de modo que es imposible detectar los desplazamientos desde el exterior.

Si la fractura discurre a lo largo de conducto dentario inferior, pueden observarse alteraciones de la sensibilidad en las zonas inervadas por el nervio dentario inferior o el nervio mentoniano. La apertura presenta una limitación funcional dolorosa y la presión sobre la barbilla pone en manifiesto el dolor si se produce movilización sobre la zona de la fractura.

Las alteraciones de la oclusión pueden ocasionarse incluso con desplazamientos muy pequeños, cuando la fractura se origina en el interior de la arcada dental; es posible observar escalonamiento.

La encía de la zona de la fractura se halla a menudo desgarrada.

En las fracturas no desplazadas o incompletas se ve frecuentemente un hematoma submucosa.

El diagnóstico clínico de una fractura puede establecerse con certeza mediante la demostración de una movilidad anormal.

Las fracturas que se producen en el interior de la arcada dental se demuestran colocando los dedos índices a ambos lados de la línea de fractura sobre las superficies oclusales de las piezas dentarias vecinas y

empujando ambos fragmentos uno contra el otro mientras se sujeta la mandíbula con el dedo pulgar.

Respecto a las fracturas del ángulo mandibular, pueden ponerse de manifiesto siguiendo este mismo principio, si bien en este caso el método resulta menos fiable, ya que en la zona de la rama de la mandíbula el hueso queda recubierto habitualmente por tejidos blandos inflamados.

Los signos ciertos de fractura son los siguientes:

- Desplazamiento. Puede observarse directamente sobre la arcada dental o bien palpase sobre la apófisis alveolar.
- Movilidad anormal de los movimientos. Resulta fácil de comprobar en las fracturas del cuerpo de la mandíbula.
- Crepitación. Rara vez puede escucharse y resulta extremadamente doloroso para el paciente. En general puede renunciarse a su comprobación.

En cuanto a los signos inciertos de fractura son los siguientes:

- Alteraciones de la oclusión con desplazamiento lateral de la mandíbula
- Hematomas e inflamación
- Dolor a la presión y a la movilización
- Alteración de la sensibilidad en el territorio del nervio inferior o mentoniano

La presencia de desgarros gingivales, hematomas submucosas y movilidad dental puede indicar la existencia de una luxación dental o de una fractura de la apófisis alveolar sin pérdida de la continuidad ósea de la mandíbula.

Las alteraciones funcionales de la mandíbula, como el pinzamiento maxilar, el bloqueo o los desplazamientos provocados por la apertura de la boca, indican que hay fracturas en la zona de la rama de la mandíbula o del cóndilo, pero también puede aparecer en otros trastornos (luxación, distensión, contusión, abscesos o tumores).

### **C. Fracturas de la apófisis de la articulación temporomandibular**

Aunque la articulación temporomandibular se encuentra bien protegida en la fosa glenoidea, las lesiones de esta articulación son relativamente frecuentes. Alrededor de 25 – 30% de todas las fracturas de la mandíbula.

En cuanto a su mecanismo de producción, las fracturas del cóndilo mandibular constituyen, en la mayoría de los casos, fracturas indirectas por flexión y se deben a la acción de una fuerza sobre la barbilla y sobre la parte lateral de la mandíbula. Por el contrario, cuando a fuerza actúa por debajo del ángulo mandibular y en dirección craneal, se producen fracturas por cizallamiento.

#### **a. Clasificación**

La mayoría se basan en la localización de la fractura y en el tipo de desplazamiento que esta presenta. En las fracturas sin luxación se utiliza la siguiente clasificación según la estructura anatómica y las medidas terapéuticas que se emplean. Podemos distinguir entre:

##### **i. Fracturas de la superficie articular**

(Fracturas altas del cóndilo articular): Se sitúa por encima de la línea de inserción del músculo pterigoideo externo (fracturas intracapsulares).

##### **ii. Fracturas de la región central del cuello articular**

(Fracturas centrales del cóndilo mandibular): se localiza por debajo de la línea de inserción del pterigoideo externo (fracturas extracapsular)

##### **iii. Fracturas de la base del cóndilo mandibular**

Esta discurre desde la escotadura sigmoidea hasta el borde posterior de la rama mandibular.

Se consideran como formas especiales de fractura de la superficie articular (fractura de la cabeza del cóndilo) y de la cavidad glenoidea.

Ambos tipos son raros y, además, resultan difíciles de diagnosticar con la radiología convencional.

En las fracturas con luxación se produce un desgarro de la capsula articular y del cóndilo que se sale completamente de la cavidad glenoidea.

Puede distinguirse entre las siguientes formas:

- Luxación medial ( es la más frecuente entre las fracturas con luxación)
- Luxación anterior
- Luxación Posterior
- Luxación latera (muy rara)

En todas las fracturas de cóndilo mandíbula que se asocian al desplazamiento y luxación.

#### **iiii. Fracturas de la apófisis coronoides**

Se suelen producir por mecanismos de cizallamiento asociada a una fractura por empotramiento del cigomático.

El desplazamiento es pequeño ya que las inserciones musculares del temporal lo impiden.

### **3.3.2 FRACTURA DEL MAXILAR SUPERIOR**

#### **A. FRACTURAS DE LEFORT TIPO I**

Descrita por primera vez por Guerin en 1866. Es sobretodo una fractura transversa del maxilar. Se debe a un golpe sobre la región del labio superior y se extiende en sentido transversal, un nivel por encima de los vértices de los dientes atraves de las tres paredes del seno maxilar y atraves del tabique nasal.

A nivel posterior, la fractura se extiende a través de la apófisis piramidal del hueso palatino y la apófisis pterigoides del hueso esfenoidal. El paladar flotante resultante se desplaza en sentido lateral o posterior por el espasmo de los pterigoideos lo que produce la maloclusion que se observa en la exploración clínica.

## **B. FRACTURA DE LEFORT TIPO II**

También denominada fractura piramidal. Sigue el mismo curso a nivel posterior que la fractura de LeFort I. Sin embargo, a nivel anterior se curva hacia arriba cerca de la sutura cigomática maxilar y del agujero orbitario; a través de la parte inferior del anillo orbitario y del suelo de la órbita; hacia arriba a través de la pared orbitaria medial, y a través de los huesos frontal y nasal o la sutura nasofrontal y el tabique nasal; el segmento de fractura en pirámide (la parte central de la línea media de la cara) se desplaza en sentido posterior, provocando una maloclusión en la exploración clínica, así como deformidad “en cara de plato”. Suele deberse a un golpe fuerte en la región facial central.

## **C. FRACTURA DE LEFORT TIPO III**

O disyunción craneofacial. Provocan una separación craneofacial completa. La línea de fractura se extiende desde la sutura nasofrontal a través de la apófisis frontal de maxilar, hacia abajo hacia la pared orbitaria medial y atraviesa la sutura frontocigomática. La fractura también discurre a través del arco cigomático y continuo en sentido caudal a través de la apófisis pterigoides del esfenoides. De este modo las características que diferencia las fracturas LeFort II y III son la adición de fracturas que afectan a las paredes orbitarias laterales y el cigoma en el tipo de LeFort III.

Las fracturas de LeFort III tienden a aparecer tras un golpe en la línea media de la cara, en la región de la grávela. Estos pacientes presentan deformidad en forma de plato, rinorrea de líquido cefalorraquídeo, lesión del aparato lagrimal y maloclusión.

Las fracturas de LeFort puras son inusuales a nivel clínico, ya que los pacientes con traumatismos medio faciales graves suele acudir con numerosas fracturas y múltiples fracturas complejas. De ahí que la mayoría de los pacientes se presenta con una LeFort compleja, es decir, una hemi-LeFort II (una fractura LeFort II en un lado) y una LeFort III en el lado contralateral.

### **3.4 FRACTURAS DENTARIAS TRAUMATICAS**

Las fracturas coronarias representan el porcentaje mayor de lesiones traumáticas de la dentición permanente (entre un 26 y 76%) de las lesiones dentarias que se han descrito en la literatura dental) 1-41

Las fracturas radiculares se presentan en una proporción mucho menor, entre el 0,3 y el 5 %

#### **FACTORES ETIOLOGICOS**

Los factores causales más comunes de las fracturas coronarias o corono radiculares de la dentición permanente son lesiones originados por accidentes de tráfico, caídas, deportes y cuerpos extraños que golpeen sobre los dientes.

#### **DIAGNOSTICOS Y HALLAZOS CLINICOS**

Las fracturas sin afección pulpar se producen con mayor frecuencia que aquellas con exposición pulpar, tanto en dientes temporales como en permanentes, y afecta principalmente a los incisivos superiores. Al igual que las fisuras del esmalte, las fracturas coronarias se pueden asociar a luxaciones, lo que influye en su pronóstico. Debe realizarse una exploración clínica de los dientes fracturados tras una limpieza exhaustiva con el fin de evaluar la extensión de la fractura y detectar cualquier indicio mínimo de exposición pulpa.

Las fracturas coronarias suelen ser sensibles a los cambios térmicos. En ocasiones, la capa de dentina que cubre la pulpa es tan delgada que pueden discernir su tono rosado.

En estos casos se debe tener cuidado de no exponer la pulpa al utilizar la sonda para revisar si hay alguna exposición.

#### **CLASIFICACION**

En 1995 la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la clasificación internacional de enfermedades en odontología y estomatología con una clasificación exhaustiva de las fracturas dentarias.

- a. Fisura de esmalte y fractura exclusivamente de esmalte.
- b. Fractura de esmalte y dentina (fracturas coronarias no complicadas)
- c. Fractura coronaria con afección pulpar (fractura coronaria complicada)
- d. Fractura Radicular

#### **A. Fractura del esmalte**

Se denomina fractura de esmalte a aquella situación en la cual hay pérdida estructural de una mínima parte del esmalte, pudiendo presentarse en forma astillada en la zona central del borde incisal o comprometer algunos de los ángulos incisoproximales.

Hay que resaltar que este tipo de lesión se presenta con poca frecuencia en dentición temporal, siendo mayor su incidencia en los dientes permanentes.

Clínicamente se observa desprendimiento de parte del esmalte sin tocar el tejido dentinal; los dientes no son afectados a los cambios térmicos ni a los ataques químicos y mecánicos, pero pueden estar asociados a una luxación.

Radiográficamente se aprecia fractura del esmalte sin ningún otro signo pero se recomienda archivar la película radiográfica para futuras comparaciones.

Es oportuno advertir que si bien la extensión de la lesión en la corona del diente es virtualmente diminuta, los efectos de la fuerza del impacto pueden ser sufridos por el periodonto y el tejido pulpar, produciéndose cambios degenerativos de este último a través del tiempo.

#### **B. Fractura del esmalte y dentina**

Debido al pequeño grosor del esmalte y dentina y al tamaño de cámara pulpar, estas injurias son altamente comprometedoras; este tipo de lesiones son poco frecuentes en dentición temporal. Clínicamente se aprecia desprendimiento del esmalte y dentina con dolor a los cambios térmicos y a los agentes químicos y mecánicos pudiendo estar asociada con una subluxación. La extensión de la fractura del diente es un punto importante a tomarse en cuenta para el tratamiento. Si el golpe involucra una amplia zona del tejido dentinario, será urgente proteger a tejido pulpar contra las injurias, sean estas bacterianas, químicas o térmicas a fin de acelerar la formación

de una capa dentinaria reparativa en la cámara pulpar correspondiente a la parte afectada.

### **C. Fractura dentaria con compromiso pulpar**

Cuando la cámara pulpar es comprometida por el traumatismo, el tiempo transcurrido y el medio con que ha estado en contacto la pulpa, son datos esenciales para establecer el tratamiento adecuado.

### **D. Fractura Radicular**

Las fracturas radiculares son lesiones que comprometen al cemento, dentina, pulpa y tejido periodontal y afortunadamente rara vez afectan a la dentición primaria debido a la plasticidad del hueso alveolar que permite tolerar el desplazamiento del diente y producir fracturas óseas.

Un diente a la observación clínica puede presentarse de la siguiente manera:

- El segmento coronal puede mostrarse con una inclinación palatina pero sin extrusión.
- El segmento coronal puede mostrarse sin inclinación pero con extrusión.

En el primer caso no hay desplazamiento estrusivo de la corona, pero existe una inclinación palatina que al examen clínico puede confundirse con un desplazamiento lateral. En el segundo caso la corona puede desprenderse de resto radicular, sobre todo cuando más cerca de la corona es la fractura y ello también puede llegar a confundirse con un diagnóstico de extrusión.

Estos tipos de lesiones son producidas por impactos con o sin desplazamiento del diente. El choque bucal desplaza al segmento coronal hacia palatino.

El pronóstico de la mayor parte de los dientes con fractura radicular es bastante favorable a excepción de la fractura a nivel cervical. Sin embargo, hallazgos posteriores a las fracturas son las necrosis pulpares, obliteración del conducto pulpar y la reabsorción radicular.

El diagnóstico es extremadamente importante en razón de determinar el plan de tratamiento y son aplicados en relación al segmento radicular donde se produce la fractura.

El procedimiento conservador de los dientes con fractura radicular comprende:

- La reducción de la pieza desplazada y aposición de las secciones fracturadas.
- La inmovilización
- Controles periódicos por posible muerte pulpar

Un desplazamiento coronario mínimo, una reducción adecuada y fijación oportuna son factores favorables para la recuperación del accidente.

En el estudio radiológico de estos dientes, se observa una línea radio lucida que rompe la continuidad normal de la raíz, que separa ambos segmentos cuando el rayo central es dirigido a lo largo de la superficie de la fractura; sin embargo, es necesario efectuar varias formas radiográficas adicionales para confirmar el caso.

La clasificación de este tipo de injuria traumática ha sido definida de acuerdo a la posición anatómica radicular donde se ha producido el daño.

- Fracturas del tercio apical
- Fracturas del tercio medio
- Fracturas del tercio cervical

#### **a. Fracturas del tercio apical**

Estas fracturas generalmente son encuentros radiográficos en un examen de rutina, pues el paciente no tiene ninguna manifestación de dolor, salvo ligera sensibilidad a la percusión, no existe movilidad del diente ni se encuentra extruido y responde positivamente a las pruebas de sensibilidad pulpar; así mismo, el tejido periodontal que sujeta al extremo coronal se encuentra sano.

#### **b. Fracturas del tercio medio**

Este traumatismo suele ser el que se presenta con mayor frecuencia y podemos observar al diente móvil y con una respuesta dolorosa a la percusión.

El tratamiento debe realizarse inmediatamente después del suceso, mediante la ferulización de la pieza a los dientes contiguos.

### **c. Fracturas del tercio cervical**

Cuando la línea de fractura se acerca a la corona, la estabilidad disminuye y el pronóstico decrece por la dificultad que existe para estabilizar la parte coronaria, por otro lado la cercanía al surco gingival y la facilidad de la presencia de infecciones bacterianas presentes en esta región, más la contaminación de los líquidos bucales, incrementan el riesgo de complicaciones.

En este tipo de fractura hay dolor a la percusión y la posibilidad de desplazamiento coronal es mayor. El diagnóstico clínico es relativamente sencillo, ya que al palpar el diente hay una marcada movilidad del segmento coronal a causa de la falta de soporte radicular. El tratamiento consiste en la remoción del segmento coronal y radicular.

## **3.5 ODONTOLOGIA LEGAL Y FORENSE<sup>11</sup>**

### **3.5.1 DOMINIO DE LA ODONTOLOGIA LEGAL**

- Descripción de la profesión de Odontología y demás profesionales relacionados con la salud dental
- Funciones y competencias de estos profesionales
- Regulación del ejercicio en las distintas formas de dicha profesión
- Regulación del papel del Odontólogo en la asistencia sanitaria
- Requisitos para el ejercicio lícito de la profesión
- Ejercicio ilícito de la profesión
- Organización corporativa y asociativa
- Formación profesional y especialización
- Documentos odontológicos (historias clínicas, certificados etc.)
- Prescripción y su ordenamiento

---

<sup>11</sup> MOYA. V, ROLDAN. B, SANCHEZ. J. Odontología Legal y Forense Masson Pág. 74.

- Aspectos legales de los materiales odontológicos y de la instrumentación
- Economía (retribución, honorarios, impuestos, etc.)
- Derechos de los enfermos
- Responsabilidad profesional
- Códigos deontológicos en Odontología
- Aspectos legales de los trasplantes e implantes
- Secreto profesional en Odontología
- Investigación (aspectos legales de los ensayos clínicos en la Odontología)
- Riesgos profesionales del Odontólogo

### **3.5.2 DOMINIO DE LA ODONTOLOGIA FORENSE**

#### ***RESOLUCION DE PROBLEMAS DE***

##### ***Identificación:***

- Del sexo
- De la edad
- De la raza
  - Del grupo sanguíneo
- De la profesión
- De la posición socioeconómica
- Del origen geográfico
- De la individualidad personal

##### ***Reconstrucción de los hechos:***

- Tipo de Violencia
- Mordeduras
- Examen de materiales odontológicas
- Prótesis

### ***Lesiones odontológicas***

- Determinación de las causas
- Determinación de las concausas
- Determinación del mecanismo lesivo
- Determinación de las lesiones vitales o postmortales
- Determinación de las consecuencias lesivas

### ***Lesiones odontológicas como accidentes laborales***

### ***Enfermedades profesionales en Odontología***

### ***Valoración del daño corporal en Odontología***

### ***Simulación y disimulación de enfermedades y lesiones odontológicas***

## **3.6 SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO<sup>12</sup>**

El Sistema Estomatognático es una unidad morfofuncional perfectamente definida, integrada y coordinada, constituida por el conjunto de estructuras esqueléticas, musculares, angiológicas, nerviosas, glandulares y dentales, organizadas alrededor de las articulaciones occipito-atloidea, atlo-axoidea, vertebro-vertebrales cervicales, temporomandibulares, dento-dentales en oclusión y dento-alveolares, que se ligan orgánica y funcionalmente con los sistemas digestivo, respiratorio, fonológico y de expresión estético facial y con los sentidos del gusto, del tacto, del equilibrio y de la orientación para desarrollar las funciones de la succión, digestión oral (que comprende la masticación, la salivación, la degustación y la degradación inicial de los hidratos de carbono); deglución, comunicación verbal (que se integra, entre otras acciones, por la modulación fonológica, etc.)

Está ubicado en la región cráneo facial, en una zona limitada aproximadamente por un plano frontal que pasa por las apófisis mastoides y dos líneas horizontales que pasan, una por los rebordes supra orbitarios y otra a nivel del hueso hioides.

---

<sup>12</sup> MANNIS. A, DIAS. G, Sistema Estomatognático Facultad de Estomatología Universidad de Chile 1983

Este sistema, que comprende las estructuras combinadas de la boca y de los maxilares, mantiene con el resto del organismo una interrelación recíproca y constante tanto en estado de salud como de enfermedad.

### 3.7 VIOLENCIA <sup>13</sup>

#### 3.7.1 VIOLENCIA FAMILIAR

La ley N° 26485 conceptualiza la palabra violencia familiar:

**CONCEPTO.-** Cualquier acción u omisión de uno o varios miembros de la familia que den lugar tensiones, vejaciones o que cause daño físico o psicológico, maltrato sin lesión inclusive amenaza o coacción graves, que se produzcan entre:

- Convivientes – esposos
- Ascendientes – descendientes
- Parientes colaterales hasta cuarto grado de consanguinidad y segundo de afinidad y
- Quienes habitan en el mismo hogar, siempre que no medien relaciones contractuales laborales.

Etimológicamente violencia se remite al concepto de fuerza, violentar, violar y forzar. La violencia implica siempre el uso de la fuerza para producir un daño, violando la libertad de un familiar.

**Violencia<sup>14</sup>.**- es un acción ejercida por una o varias personas en donde se somete que de manera intencional al maltrato, presión sufrimiento, manipulación u otra acción que atente contra la integridad física como psicológica y moral.

En el Derecho Civil.- la violencia puede ser física o material, en cuyo caso se denomina fuerza u obra sobre el ánimo, en el que se habla de intimidación o miedo.

---

<sup>13</sup>SORIANO DIAZ. ANDRES. Educación y Violencia Familiar. Pág. 32-34.

<sup>14</sup>CABRERA. MIGUEL. Abordaje Sistémico y Comunicacional de la Violencia

La Jurisprudencia.- ha resuelto que la violencia ha de ser material e incontrastable proveniente de tercero y que anule por completo la libertad del agente y que le obligue a perpetrar el delito.

La Ley N° 27306 señala como formas de violencia intrafamiliar cualquier acción u omisión que cause daño físico, psicológico maltrato sin lesión, la amenaza o coacción grave, así como violencia sexual.

### 3.7.2 TIPOS DE VIOLENCIA FAMILIAR<sup>15</sup>

Las expresiones de violencia en el seno familiar se manifiestan fundamentalmente en tres aspectos: violencia física, emocional o psíquica o sexual.

- a) **Violencia física:** es el uso de la fuerza física y la coerción entre los miembros de una familia, ya sea por parte del hombre o de la mujer o de cualquiera de los padres contra los niños o adolescentes o viceversa, con el objeto de lograr que la víctima haga o deje de hacer algo que no desea o simplemente para causar sufrimiento la persona agredida.

Formas frecuentes de violencia física contra la mujer:

- Pellizcos, apretones que dejan marcas
- Empujones, tirones, zamacones
- Bofetadas, jalones de pelo
- Puñetazos, patadas
- Lanzamiento de objetos
- Mordedura
- Asfixia
- Golpes en diversas partes del cuerpo
- Inmovilizaciones
- Uso de objetos de la casa como armas de agresión (platos, cuchillos, adornos)

---

<sup>15</sup>SORIANO DIAZ. ANDRES. OpCit. Pág. 36-40.

b) **Violencia emocional y psicológica:** es toda acción u omisión que cause daño a la autoestima y salud mental de otros miembros de la familia. Estos actos atentan contra sus derechos humanos.

Formas frecuentes de violencia emocional y psicológica:

- Burlas, ridiculización
- Indiferencia y poca afectividad
- Percepción negativa del trabajo de la mujer
- Insultos repetidamente en privado y en publico
- Culpabilizar de todos los problemas de la familia a la mujer
- Amenazas de agresión física y abandono
- Generar un ambiente de terror constante
- Llegar de improviso al lugar de trabajo como una manera de control
- Llamadas telefónicas para controlar
- Impedir satisfacción de sus necesidades de sueño, comida, educación.
- Amenazar con contar sus intimidades o cuestiones personales o reservadas
- Atacar su personalidad, creencias y opiniones
- Amenazar con quitar los hijos o familiares a su cuidado
- Contar sus aventuras amorosas
- Se muestra irritado, no habla, no contesta
- Amenazas de suicidio o de matar a ella o a los niños
- Intimidación
- Humillaciones públicas o privadas
- Aislamiento del resto de la sociedad (amistades,, trabajo, familia, entre otros)
- Manipulación de los hijos
- La abandona, o la expulsar del lugar

c) **Violencia Sexual:** Son todos aquellos actos de connotación sexual, directos o indirectos, perpetrados generalmente por el hombre contra

la mujer, o niños adolescentes, con el objetivo de humillar, degradar y causar sufrimiento. Se la considera cuando está relacionada con la agresión física.

### 3.7.3 VIOLENCIA CONTRA LA MUJER <sup>16</sup>

Es una forma de discriminación que impide gravemente que goce de derechos y libertades en pie de igualdad con el hombre.

1991 se estudia y debate el Artículo 6 de la Convención relacionados con la violencia contra la mujer, el hostigamiento sexual y la explotación de la mujer.

**CONCEPTO.-** cualquier acción o conducta basada en su género que cause muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico a la mujer.

Se entenderá que violencia contra la mujer incluye la violencia física, sexual y psicológica:

- que tenga lugar dentro de la familia o unidad doméstico o cualquier otra relación interpersonal, agresor comparta o compartió mismo domicilio.
- que tenga lugar en la comunidad y sea perpetrada por cualquier persona y que comprende violación, abuso sexual, tortura, trata de personas, prostitución forzada, secuestro y acoso sexual en el lugar de trabajo, como instituciones educativas, establecimientos de salud.
- que sea perpetrada o tolerada por el Estado o sus agentes, donde quiera que ocurra.

La violencia es un fenómeno de alta complejidad, de naturaleza multicausal y expresión multidimensional que afecta tanto a los individuos como a las sociedades. Constituye un problema de suma gravedad que involucra a la mayoría de la población, que impide la construcción de relaciones democráticas al interior de una sociedad y entraña el riesgo del desborde social.

---

<sup>16</sup>RAMOS. M. Manual sobre Violencia Familiar Física y Sexual. Pág. 39-54.

Esta se expresa en la forma en que es abordada política y jurídicamente, en la cantidad de esfuerzos que se destinan en conocer el fenómeno, en estudiar sus causas y sus efectos y en última instancia en la tolerancia que la sociedad expresa hacia ellas. Un caso típico de poca visibilidad y alta tolerancia, era el de la violencia contra las mujeres.

La violencia contra mujeres a lo largo de todo su ciclo vital, constituye un problema de enormes proporciones, que históricamente ha afectado y todavía continúa afectando a millones de mujeres en el mundo. El centro de información de las Naciones Unidas señala que: en algún momento de sus vidas, más de la mitad de todas las mujeres latinoamericanas han sido objeto de agresiones en sus hogares. Un 33% fueron víctimas de abuso sexual entre los 16 y 49 años, mientras el 45% recibió amenazas, insultos y la destrucción de objetos personales.

Por otro lado, se reconoce que la violencia hacia las mujeres es un fenómeno tan ampliamente extendido, que trasciende el nivel de crecimiento, económico de los países, las diferencias culturales y de clases sociales. “el análisis de 35 estudios provenientes de una amplia variedad de países, muestra que entre la cuarta parte y más de la mitad de mujeres, indican haber sido abusadas físicamente por su pareja actual o pasada”.

La violencia a la mujer es una de las expresiones más crueles y degradantes de discriminación. Si bien se entiende que tiene una alta incidencia en el ámbito familiar, no se produce exclusivamente en este espacio, en tanto esta forma de discriminación reposa en el mandato de subordinación social, político y económica de las mujeres, como producto del reparto desigual de poderes, el que otorga y promueve capacidades diferenciadas para uno y otro sexo, reproduciéndolas en complejos procesos de socialización en donde intervienen un conjunto de actores y espacios institucionales públicos y privados a diferente escala.

Violencia contra los hombres<sup>17</sup>. La idea de que el varón podría ser víctima de abuso y violencia doméstica es tan increíble para la mayoría de personas,

---

<sup>17</sup> CAROZO J.C. Clínicas Especializadas sobre la Violencia Familiar. Lima-Perú.

que muchos hombres ni siquiera intentan divulgar su condición. Aun en nuestros días, los mitos y prejuicios prevalecen dentro de la sociedad; sin embargo el hombre no siempre es el “macho, fuerte, enérgico, competitivo”, también puede ser agredido física, emocional, psicológica, económica y hasta sexualmente.

Esta problemática que si existe aunque no en el porcentaje de la violencia hacia la mujer, no es nueva pero si se está haciendo más evidente estos años. Sin embargo no se ha podido precisar en su real magnitud y su intervención como fenómeno social ha sido limitada consciente o inconscientemente, por ribetes culturales, religiosos, políticos, económicos.

Los factores comunes para que el varón víctima no se separe o haga la denuncia, son culturales, sociales e individuales y está en estrecha relación con las causas que originan este fenómeno. Los estereotipos rígidos del varón con lo que se espera de él como “macho” o el temor a las burlas hacen que trate de esconder el problema. En ese esquema social de proveedor, jefe de familia y protector, una denuncia de agresión significaría trastocar los roles establecidos, donde se supone que el varón es quien “lleva los pantalones” y en último de los casos el que maltrata es él; para muchos es inadmisibles reconocer ante sí mismo y ante los demás la caída de superioridad, no realizan la denuncia porque es un golpe a la autoestima.

La violencia provenga del hombre o la mujer, tiene el mismo origen: poder y control sobre la relación.

#### 4 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Se han encontrado investigaciones relacionadas con nuestro tema.

1. Coulthard P, Yong S, Adamson L, Warburton A, Worthington realizaron un cribaje (screening) sobre violencia doméstica y programas de intervención para adultos con lesiones dentales o faciales. No existe evidencia para apoyar o refutar la efectividad del cribaje (screening) y los programas de intervención que detectan y apoyan a las víctimas de la violencia en el hogar con lesiones dentales o faciales. Muchos estudios destacaron la dificultad en la medición de la violencia en el hogar debido a que no todos los casos se denuncian. El cribaje puede ser útil para identificar a las víctimas de la violencia en el hogar. Las herramientas de screening existen, pero ningún estudio ha evaluado su efectividad. Los dentistas y cirujanos orales y maxilofaciales, en general, no están capacitados para intervenir en situaciones relativas a la violencia en el hogar.
2. Dra. Patricia Aliaga, Sandra Ahumada, Marisol Marfull Universidad de Chile en Violencia Hacia la mujer un problema de todos dice: Se analizan conceptos, definiciones y prevalencia de la Violencia hacia la Mujer, así como, consecuencias en la salud física, psicológica y sexual de las mujeres, haciendo referencia a los costos sociales y económicos y llamando a la comunidad médica a la visibilización de este problema.
3. Fedela Chaib junto la Comisión Jurídica y Social de la Mujer ONU en el Informe de la OMS DICEN: que destacan la violencia contra la mujer como un problema de salud global de proporciones epidémicas
4. Castro Roberto, Riquer Florinda en La Investigación sobre violencia contra las mujeres de América Latina dicen: enfrentarse con una paradoja, el número de investigaciones es sumamente bajo, al mismo tiempo que existe una suerte de agotamiento del tema sin haberse dado aún alguna respuesta definitiva sobre la naturaleza y las causas del problema. La investigación se apoya en la teoría social que suele

ignorar las mediaciones existentes entre los arreglos estructurales y la conducta específica de los individuos, así como el carácter interaccional de la violencia.

5. Liannis Ayala Salgado, Katia Hernandez Moreno en La Violencia hacia la Mujer, antecedentes y aspectos teóricos dicen: La violencia en tanto fenómeno social ha estado presente desde los primeros vestigios de la sociedad, transitando a través de las diferentes formaciones económicas y sociales que han sucedido a lo largo de la historia evolutiva del hombre.

Hoy en día la violencia contra la mujer se ha reconocido como problema a escala mundial y como un grave obstáculo para el desarrollo y la paz. La puesta en marcha como tema de debate universal ha permitido, apenas, visualizar la punta del iceberg de la victimización femenina en el hogar que permanece oculta, invisibilizada tras la cortina de la vida privada, de la intimidad familiar, bajo el supuesto de no admitir la intromisión de ajenos. En efecto, la violencia contra las mujeres en la relación de pareja es una violencia de género con todas las implicaciones que de ello se deriva. Violencia de género sistemática que abrumadoramente es iniciada por el hombre e inflingida sobre la mujer. No se trata de una violencia aleatoria, aislada o explicada por características anormales del abusador o la víctima o por la disfunción en la familia y aunque se han planteado muchas teorías para explicarlas, la desigualdad genérica está en la clave de cualquiera de las formas que asume el maltrato contra la mujer.



**CAPITULO II:**  
**PLANEAMIENTO OPERACIONAL**

## CAPITULO II

### PLANEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

**Técnicas:** En la presente investigación se aplicó la técnica de la revisión documentaria, realizada en el Instituto de Medicina Legal Arequipa 2013.

**Instrumentos:** El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 1).

**Materiales:**

- Fichas de investigación
- Material de escritorio
- Computadora personal con programas para procesamiento de textos y datos así como software estadístico.

#### 2. Campo de verificación

2.1. **Ubicación espacial:** El presente estudio se realizó en el Servicio de Estomatología Forense del Instituto de Medicina Legal de Arequipa.

2.2. **Ubicación temporal:** El estudio se realizó en forma histórica en el año 2013.

2.3. **Unidades de estudio:** Reconocimientos estomatológico-forenses de mujeres víctimas de violencia familiar con lesiones en el sistema estomatognático.

**Población:** Total de reconocimientos estomatológico-forenses de mujeres víctimas de violencia familiar con lesiones en el sistema estomatognático atendidas en el Servicio de Estomatología Forense del Instituto de Medicina Legal de Arequipa en el periodo de estudio.

**Muestra:** se estudió una muestra no probabilística de 100 reconocimientos elegidos al azar que cumplieron los criterios de selección.

### **Criterios de selección:**

#### **– Criterios de inclusión**

- Mujeres de 18 a más años
- Mujeres sometidas a violencia familiar
- Mujeres solteras, casadas, convivientes
- Mujeres con lesiones en el aparato estomatognático producto de la violencia familiar

#### **– Criterios de exclusión**

- Registros mal codificados o incompletos
- Violencia Sexual, psicológica
- Lesiones en otra región del cuerpo que no incluya el aparato estomatognático

### **3. Estrategia de Recolección de datos**

#### **3.1. Organización**

Primero se establecieron coordinaciones con la Jefatura de la División Médico Legal III Arequipa del Instituto de Medicina Legal para obtener la autorización para la realización del estudio.

Se evaluaron los registros de atención de mujeres víctimas de violencia familiar que presenten lesiones en el sistema estomatognático y que hayan sido evaluadas por el Servicio de Estomatología Forense. Las variables de interés serán registradas en una ficha de recolección de datos (Anexo 1) elaborada ad hoc para el presente estudio.

Una vez concluida la recolección de datos, éstos fueron organizados en bases de datos para su posterior interpretación y análisis.

### 3.2. Criterios para manejo de resultados

#### a) Validación de los instrumentos

Se realizó la recolección de datos aplicando la ficha sobre 100 historias clínicas seleccionadas que cumplió con los requisitos de la “prueba piloto”.

#### b) Plan de Procesamiento

Los datos registrados en el Anexo 1 fueron codificados y tabulados para su análisis e interpretación.

#### c) Plan de Clasificación:

Se empleó una matriz de sistematización de datos del programa Excel 2010.

#### d) Plan de Codificación:

Se procedió a la codificación de los datos que contenían indicadores en la escala nominal y ordinal para facilitar el ingreso de datos.

#### e) Plan de Recuento.

El recuento de los datos fue electrónico, en base a la matriz diseñada en la hoja de cálculo.

#### f) Plan de análisis

Se empleó estadística descriptiva con medidas de tendencia central (promedio) y de dispersión (rango, desviación estándar) para variables continuas; las variables categóricas se presentan como frecuencias (absolutas y relativas). Para el análisis de datos se empleó la hoja de cálculo de Excel 2010 con su complemento analítico y el paquete estadístico SPSS v.19.0.



**CAPÍTULO III:  
RESULTADOS**

Cuadro 1

## Distribución de las mujeres víctimas de Violencia Física según edad

EDAD	N°	%
< 20 a	2	2,0%
20-24 a	5	5,0%
25-29 a	16	16,0%
30-34 a	21	21,0%
35-39 a	12	12,0%
40-44 a	21	21,0%
45-49 a	4	4,0%
50-54 a	9	9,0%
55-59 a	4	4,0%
60-64 a	4	4,0%
≥ 65 a	2	2,0%
Total	100	100,0%

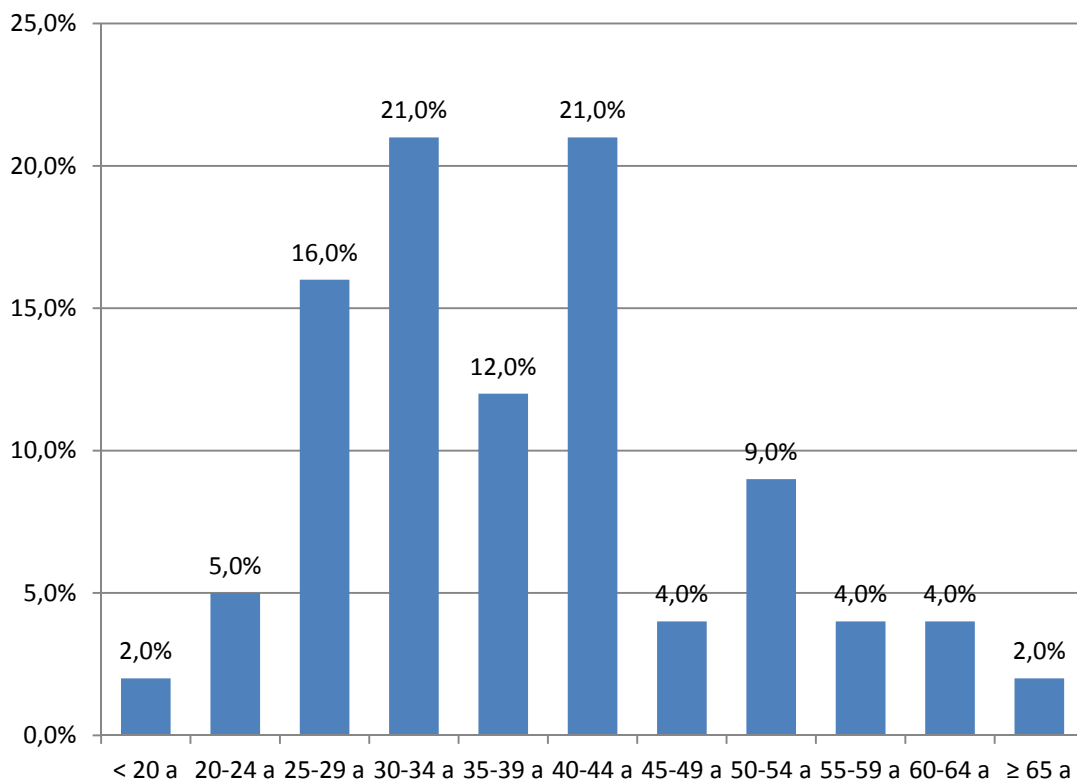
Fuente: Instituto de Medicina Legal Arequipa 2013

**Interpretación:**

Se muestra que mayor prevalencia de edad de las mujeres víctimas de violencia familiar; fueron entre 30 y 44 años (54%), donde interpretamos que las mujeres adultas son más susceptibles al maltrato, observando que por falta de educación es que no hacen respetar sus derechos humanos.

**Gráfico 1**

**Distribución de las mujeres víctimas de Violencia Física según edad**



Edad promedio  $\pm$  D Estándar: 38,49  $\pm$  11,25 años (18-72 años)

**Cuadro 2****Distribución de las mujeres víctimas de Violencia Física según estado civil**

<b>ESTADO CIVIL</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Soltera	21	21,0%
Casada	67	67,0%
Conviviente	12	12,0%
Total	100	100,0%

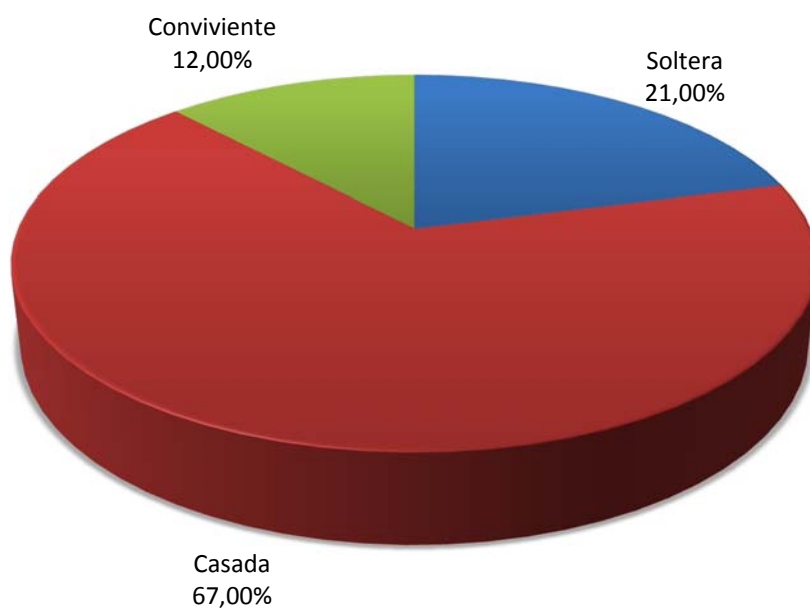
Fuente: Instituto de Medicina Legal Arequipa 2013

**Interpretación:**

El estado civil de las mujeres víctimas de violencia familiar fue predominantemente casadas en 67%, con 21% de solteras y 12% de convivientes, interpretando que hay un alto rango de mujeres casadas sin estudio superior, dependiente del varón que lamentablemente son víctimas de violencia familiar.

Gráfico 2

Distribución de las mujeres víctimas de Violencia Física según estado civil



**Cuadro 3****Distribución de las mujeres víctimas de Violencia Física según nivel de instrucción**

<b>NIVEL DE INSTRUCCION</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
Iletrada	11	11,0%
Primaria	12	12,0%
Secundaria	42	42,0%
Superior	35	35,0%
Total	100	100,0%

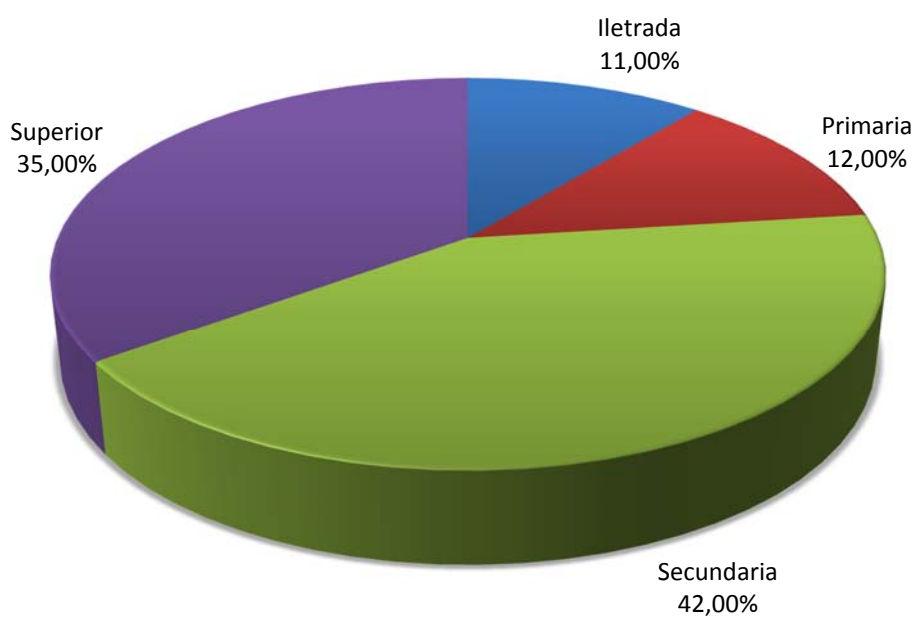
Fuente: Instituto de Medicina Legal Arequipa 2013

**Interpretación:**

El nivel de instrucción más frecuente de las madres fue de educación secundaria en 42%, con 35% de madres con educación superior, 12% con educación primaria y 11% sin instrucción lo cual lógicamente las iletradas deberían ser la mayor prevalencia pero ahí radica el problema, que ellas no saben qué derechos tienen y que pueden denunciar, entidades que protegen la integridad de la mujer o inclusive hay estereotipos y/o costumbres de pueblos que impiden tener una correcta prevalencia.

Gráfico 3

**Distribución de las mujeres víctimas de Violencia Física según nivel de instrucción**



#### Cuadro 4

#### Distribución de lesiones en la región oral según ubicación

Ubicación Anatómica	N°	%
Labios	94	94,0%
Mucosa oral	42	42,0%
Encías	14	14,0%
Lengua	8	8,0%
Dientes	59	59,0%
ATM	48	48,0%
Periodonto	1	1,0%

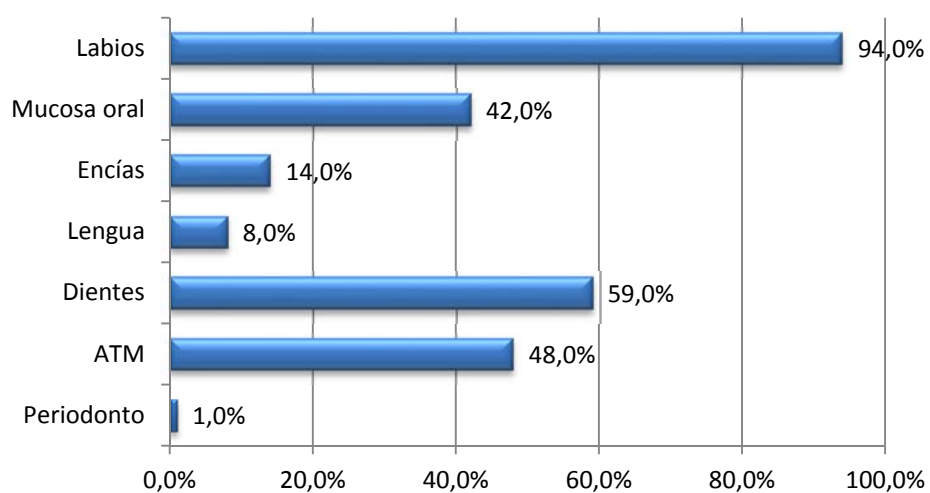
Fuente: Instituto de Medicina Legal Arequipa 2013

#### Interpretación:

En la región oral, las lesiones se ubicaron sobre todo en los labios (94%), seguidos de los dientes (59%) y la articulación temporo-mandibular (48%), así como la mucosa oral (42%).

Gráfico 4

Distribución de lesiones en la región oral según ubicación



**Cuadro 5****Distribución de lesiones en la región oral según tipo de lesión**

Tipo de Lesión	N°	%
Hematoma	79	79,0%
Equimosis	58	58,0%
Herida	48	48,0%
Fractura dientes	35	35,0%
Luxación ATM	7	7,0%

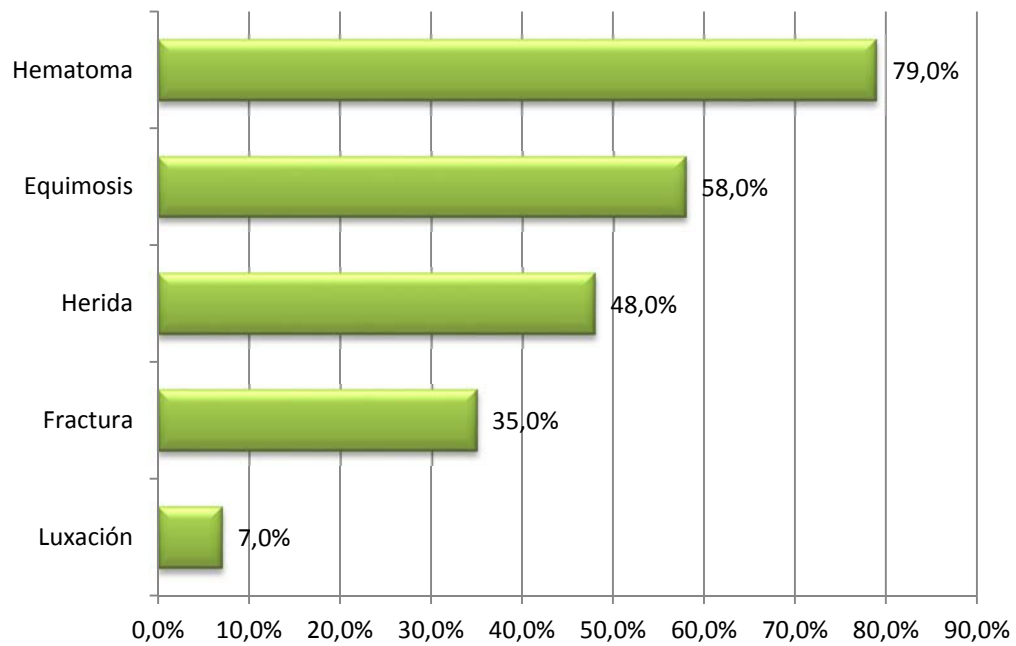
Fuente: Instituto de Medicina Legal Arequipa 2013

**Interpretación:**

El tipo de lesión más frecuente fue el hematoma (79%) o las equimosis (58%), con heridas en 48%, fracturas de dientes en 35% y luxación de ATM en 7% de casos, interpretamos que la prevalencia son lesiones cerradas.

**Gráfico 5**

**Distribución de lesiones en la región oral según tipo de lesión**



**Cuadro 6****Modalidad de la agresión física**

Clase de Agresión	N°	%
Bofetadas/jalón de pelo	73	73,0%
Pellizcos/apretones	58	58,0%
Golpes	33	33,0%
Tirones/patadas	25	25,0%
Empujones/mordeduras	10	10,0%
Lanzar objetos	1	1,0%

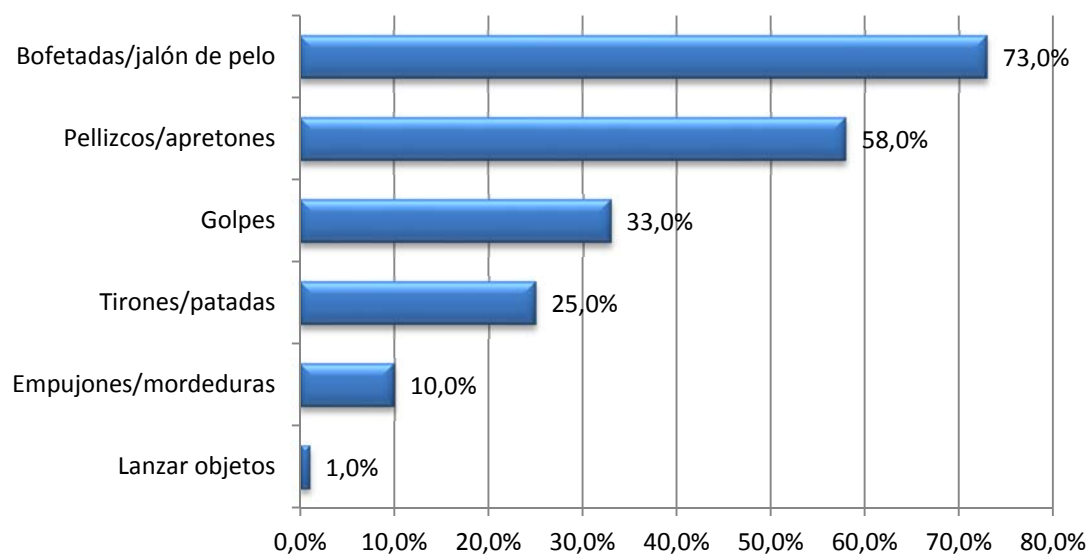
Fuente: Instituto de Medicina Legal Arequipa 2013

**Interpretación:**

La forma de agresión física fueron las bofetadas o jalones de pelo (75%), los apretones o pellizcos (58%), los golpes con partes corporales en 33%, tirones o patadas en 25%, empujones o mordeduras en 10% y sólo en un caso fue por un objeto lanzado (1%), interpretando que las agresiones inician con gritos, seguidamente con contacto físico ya que comúnmente la mujer se desespera, grita por el contrario el hombre tiene distinta reacción.

**Gráfico 6**

**Modalidad de la agresión física**



### Cuadro 7

#### Distribución de coexistencia de lesiones en otras regiones corporales

Ubicación Anatómica	N°	%
No otras lesiones	8	8,0%
En cabeza	64	64,0%
En ojos	39	39,0%
En nariz	24	24,0%
En orejas	8	8,0%
En cuello	10	10,0%
En tronco	24	24,0%
Extr. Superiores	22	22,0%
Extr. Inferiores	6	6,0%

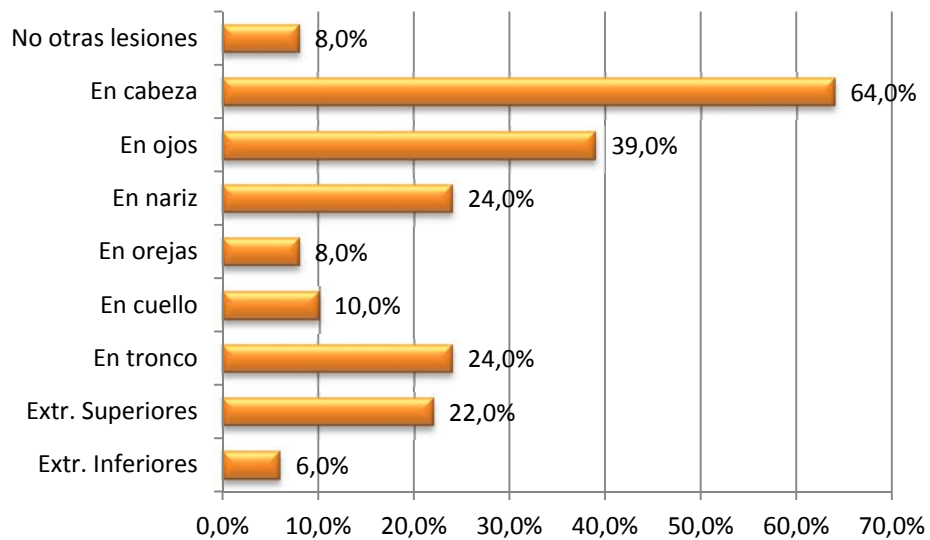
Fuente: Instituto de Medicina Legal Arequipa 2013

#### Interpretación:

Otras lesiones en diferentes partes corporales ocurrieron en la cabeza en 64% de casos, de ellos el 39% en ojos, 24% en nariz, 8% en orejas. En 10% de casos hubo lesiones en cuello, en 24% en tronco, y en extremidades superiores se encontró en 22% y en las extremidades inferiores en 6% de mujeres.

**Gráfico 7**

**Distribución de coexistencia de lesiones en otras regiones corporales**



**Cuadro 8****Calificación médico legal de las lesiones físicas**

<b>Descanso Facultativo</b>	<b>N°</b>	<b>%</b>
< 5 días	0	0,0%
5-9 días	33	33,0%
10-15 días	65	65,0%
≥ 15 días	2	2,0%
Total	100	100,0%

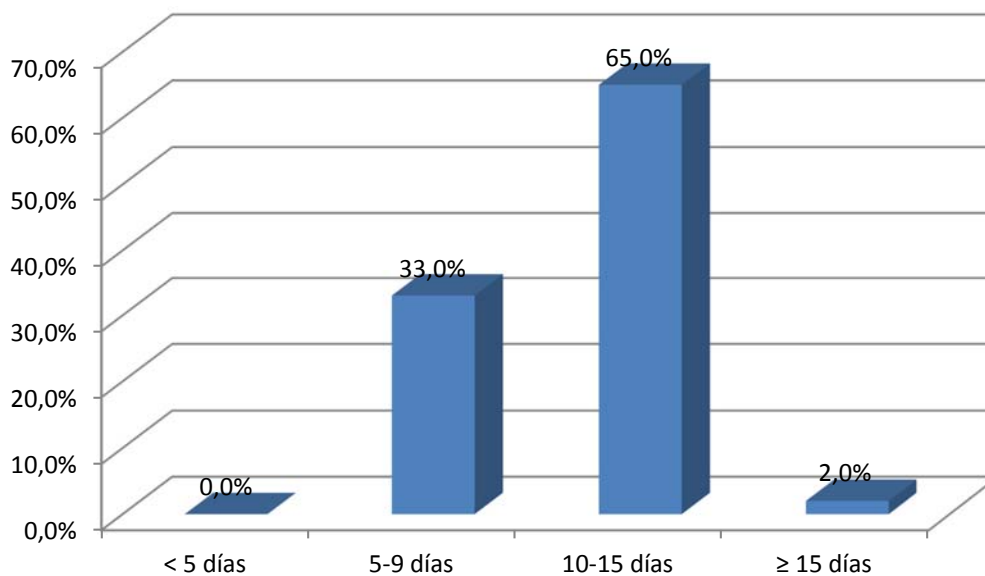
Fuente: Instituto de Medicina Legal Arequipa 2013

**Interpretación:**

La severidad de las lesiones medida por los días de atención facultativa o incapacidad fueron de 5 a 9 días en 33% (leves), de 10-15 días (delito leve) en 65% y delito moderado (> 15 días) en 2% de mujeres.

Gráfico 8

Calificación médico legal de las lesiones físicas





## **CAPITULO IV: CONCLUSIONES**

## CONCLUSIONES

**Primera.** Las mujeres con lesiones en el aparato Estomatognático producto de violencia física familiar atendidas en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa, 2013 son predominantemente jóvenes entre los 30 y 44 años, casadas y con instrucción secundaria; el principal agresor es la pareja, con delitos leves en la mayoría de casos.

**Segunda.** Las lesiones en el aparato Estomatognático producto de violencia física familiar en mujeres adultas atendidas en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa se ubican sobre todo en labios y dientes, con hematomas y equimosis.

**Tercera.** La violencia física familiar en mujeres adultas atendidas en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa es más frecuente una agresión con bofetadas o jalón de pelos.



**CAPÍTULO V:  
RECOMENDACIONES**

## RECOMENDACIONES

- Primera.** Se sugiere que la Universidad Católica de Santa María realice estudios integrales a través de las facultades de Medicina, Odontología, Derecho, Psicología y el departamento de Servicio Social para identificar las características clínicas de las lesiones en el Aparato Estomatognático y los factores de la violencia familiar para así disminuir sus efectos negativos sobre la salud física, mental y oral de mujeres adultas.
- Segunda.** Conviene recomendar a la Facultad de Odontología que evalúe la currículade Odontología Legal y Forense donde se sugiere cambiar el semestre que se lleva este curso, incrementando horas para profundizar estos conocimientos y capacitando a los estudiantes para diferenciar las lesiones estomatognáticas producto de violencia física familiar para así poder brindar una adecuada atención integral, multidisciplinaria; informando y orientando a la paciente como y donde denunciar o como hacer valer sus derechos.
- Tercera.** Es necesario sugerir que se cree un programa preventivo donde la Clínica Odontológica de la Universidad Católica de Santa María junto con la DEMUNA se haga una evaluación de las pacientes tratadas en dicha clínica; brindando atención social integral, evaluando la frecuencia, factores de riesgo, características, estadística y buscar soluciones, ayuda para modificar conductas agresivas e instruir a las mujeres, niños, personas vulnerables al maltrato disminuyendo la violencia física familiar.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALVAREZ SILVIA. Diagnóstico y Tratamiento Dental. Editorial Actualidades Medico Odontológicas Latinoamérica. Caracas, Venezuela 1997.
- BRIÑON ELIDA NORMA. Lesiones e Iatrogenias en Odontología Legal. Pág. 27.
- BONNET EMILIO. Lesiones de Medicina Legal. 1984.
- CABRERA.MIGUEL. Abordaje Sistémico y Comunicación de la Violencia.
- CAROZO.J.C. Clínicas Especializadas sobre la Violencia Familiar. Universidad Alas Peruanas Lima Perú.
- Coulthard P, Yong S, Adamson L, Warburton A, Worthington HV, Esposito M. Cribaje (screening) sobre violencia doméstica y programas de intervención para adultos con lesiones dentales o faciales. Publicado en línea: diciembre 8, 2010.
- FRANCOIS.R. Tratado de Osteopatía Craneal, Articulación Temporomandibular.Pag.218.
- GUERRA ANTONIO. Odontoestomatología Forense. Colombia 2002.
- HUPP.R. Cirugía Oral y Maxilofacial contemporánea. Pág. 120.
- Instituto de Medicina Legal. Guía médico legal de valoración integral de lesiones y determinación de deformación de rostro.
- MANN.S.A, DIAS.G. Sistema Estomatognático Facultad de Estomatología Universidad de Chile 1983.
- MOYA.V, ROLDAN.B, SANCHEZ.J. Odontología Legal y Forense Masson. Pag.7
- RAMOS.M. Manual sobre la Violencia Familiar Física y Sexual. Pág. 39-54.
- SORIANO DIAZ.ANDRES. Educación y Violencia Familiar. Pág. 32-34.

- VALENCIA JUAN CARLOS. Estomatología Legal y Forense. Perú 2006.
- WOOD.K.GOAZ. W. Lesiones Orales y Maxilofaciales. Pág. 34-45.

## HEMEROGRAFIA

- FIESTAS Fabián, GOZZER Ernesto, ROJAS Ruth. “¿Quién es la víctima y quien es el agresor en la violencia física entre parejas?”. Estudio Epidemiológico en siete ciudades del Perú 2012.
- PACHECO José, DIAZ Noelia, DE LA CRUZ Nancy. “Lesiones Traumáticas recientes en casos de Violencia Familiar”, Perú 2012.



## INFORMATOGRAFIA

- <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v29n1/a21v29n1.pdf>
- <http://summaries.cochrane.org>
- <http://www.crecimiento-y-bienestar-emocional.com/abuso-fisico.html>
- <http://www.iqb.es/dermatologia/atlas/generalidades.htm>
- <http://www.slideshare.net/cunyas/lesiones-usmp>
- Medicina Legal Jurisprudencia Médica.  
<http://medicinalegalaldia.blogspot.com/2008/01/traumatologia-forense.html>
- <http://summaries.cochrane.org/es/CD004486/cribaje-screening-sobre-violencia-domestica-y-programas-de-intervencion-para-adultos-con-lesiones-dentales-o-faciales#sthash.v1l65xUz.dpuf>, con acceso el 20-jul-2013
- Violencia Domestica y programas de intervención para adultos con lesiones dentales o faciales



## Anexo 1

### Ficha de registro

Nº de ficha: \_\_\_\_\_

#### De la Víctima

1. Edad: \_\_\_\_\_ Años
2. Estado civil: a) Soltera  b) Conviviente  c) Separada
3. Instrucción: a) Illetrada  b) Primaria  c) Secundaria   
D) Superior

Relación con el agresor: a) Pareja  b) Hijo  c) Padre  d)  
hermano

#### De las Lesiones

Ubicación:

- a) Labios  b) Mucosa oral  c) Encías  d) Dientes   
d) Lengua  e) Articulación témporo-mandibular  e) Periodonto   
f) Maxilares (sup e inf)

Tipo de lesión:

- a) Equimosis  b) Hematoma  c) Herida  d) Fractura  e)  
Luxación

Coexistencia de lesiones

- a) Cabeza  b) Ojos  c) Nariz  d) Orejas  Otro

\_\_\_\_\_

- e) Cuello  b) Tronco  c) Ext. Sup  d) Ext. Inf

Calificación:

- a) At. Facultativa \_\_\_\_\_ b) Incap, médico legal \_\_\_\_ c) S/ C

### De la Violencia Familiar

#### Psicológica

a) Gritos/Insultos       b) Humillaciones  c) Marginación       d)

Rechazo       Otros \_\_\_\_\_

#### Modalidad de Agresión Física

a) Pellizcos/Apretones dejando marca       b)

Tirones/Zamacos/Patadas       c) Puñetazos/Bofetadas/Jalones de Pelo

d) Lanzamiento de objetos       e)

Empujones/Inmovilizaciones/Mordedura       f) Golpes en diversas partes

del cuerpo       g) Asfixia       h) Uso de objetos de la casa

(platos,cuchillo,adornos)       Otros \_\_\_\_\_

**Observaciones:** .....

.....



**MINISTERIO PÚBLICO  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL  
"LEONIDAS AVENDAÑO URETA"  
SEDE REGIONAL AREQUIPA**


## CONSTANCIA

MEDIANTE EL PRESENTE HACEMOS CONSTAR QUE LA BACHILLER EN ODONTOLOGIA POR LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA SRTA.: ROMINNA DEL PILAR RODRIGUEZ URDAY, HA PARTICIPADO DEL TRABAJO DE INVESTIGACION DENOMINADO: "CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS LESIONES EN EL APARATO ESTOMATOGNATICO PRODUCTO DE LA VIOLENCIA FAMILIAR EN MUJERES ATENDIDAS EN EL SERVICIO DE ESTOMATOLOGIA FORENSE DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE AREQUIPA, 2013.

DICHO TRABAJO DE INVESTIGACION SE REALIZO ENTRE LOS MESES DE OCTUBRE 2013 HASTA DICIEMBRE DEL 2013 EN LAS INSTALACIONES DEL INSTITUTO.

SE EXPIDE LA PRESENTE PARA LOS FINES LEGALES PERTINENTES Y A SOLICITUD EXPRESA DE LA INTERESADA

AREQUIPA 02 DE ENERO DEL 2014



MINISTERIO PÚBLICO  
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL  
DIVISION MEDICO LEGAL III AREQUIPA  
.....  
DR. MARCO A. CARDENAS PORTUGAL  
Cirujano Estomatologo Forense  
COP: 5564  
Av. Daniel Alcides Carrón s/n - Arequipa