

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 Familiar en niños y
adolescentes atendidos en el Servicio de Estomatología Forense del
Instituto de Medicina Legal de Arequipa, 2012”**

Tesis presentada por:

PAÚL DENIS MEDINA MIRANDA

Proyecto de Tesis para Optar el Título

Profesional de

Cirujano-Dentista.

Arequipa - Perú

2014

EPÍGRAFE

“Cuando sientas que tu vida se está derrumbando, tienes que dejar que Dios restablezca todas las piezas de nuevo porque Él es tan real como el viento, a lo mejor no puedes verlo, pero si sentirlo”



DEDICATORIA

A Dios por haberme hecho hijo suyo, por regalarme la vida y guiarme siempre en mis pasos.

A mis padres, Chepita y Denis, gracias por su incondicional esfuerzo amor sacrificio y apoyo; que me enseñaron que a pesar que la vida tiene dificultades uno debe levantarse y salir siempre adelante.

A mi hermana, Magdita; gracias por existir, que en mi imperfección procuro ser su ejemplo a seguir, esperando sea mejor cada día.

A mis abuelitos, por ser mi motor y mi motivo en todo lo que hago en cada paso que doy, por siempre apoyarme en los momentos más difíciles de mi vida.

A Romi, mi compañera, amiga, enamorada; gracias por todo lo que haces, por tus consejos, enseñanzas, apoyo, amor; eres mi complemento perfecto para ser siempre el mejor.

A Isabel Urday, gracias a Ud. Y a su hija por guiarme con Dios, gracias por apoyarme y ayudarme desinteresadamente, por siempre empujarnos a ser siempre los mejores.

RESUMEN

Los antecedentes que encontramos son las lesiones craneofaciales en niños y adolescentes, producto de violencia familiar, pueden afectar la maduración facial.

El objetivo de este estudio es conocer las características clínicas de las Lesiones en el aparato Estomatognático producto de violencia familiar en niños y adolescentes atendidos en el Servicio de Estomatología Forense del Instituto de Medicina Legal de Arequipa, 2012. En material y métodos hemos hecho una revisión de una muestra de 100 reconocimientos estomatológico-forenses de víctimas de violencia familiar con lesiones en la región oral en la edad infantil. Se muestran los resultados mediante estadística descriptiva.

Los resultados encontrados fueron los siguientes: niños maltratados, el 27% fueron varones y 73% mujeres, y en las mujeres predominó entre los 10 y 14 años (42%). La edad promedio de los varones fue de 11.78 años, y en las mujeres fue de 12,51 años. El agresor de los niños fue predominantemente el padre (72%), y en 28% fue un hermano mayor. Las lesiones en la región oral en los niños se ubicaron sobre todo en labios (97%), en la mucosa oral (67%), la articulación témporo-mandibular (30%), así como las encías y dientes (23%), la lengua (5%) y el periodonto (4%). El tipo de lesión más frecuente fue el hematoma (89%) o las equimosis (33%), y las heridas (32%), con luxación en 23% y fracturas en 19% de casos. Otras lesiones en diferentes partes corporales ocurrieron en la cabeza (87%), de ellos 9% en los ojos, 18% en la nariz, 47% en las orejas. La severidad de las lesiones fue una falta leve en 59%, delitos leves en 35% y delitos moderados en 4% de niños. En todos los niños hubo también violencia psicológica; la forma predominante fueron gritos e insultos (95%), humillaciones en 76%, rechazo en 13% y marginación en 9%. Como conclusión tenemos que las lesiones en el Aparato Estomatognático en niños producto de violencia familiar son frecuentes y pueden afectar de manera moderadamente severa su integridad.

PALABRAS CLAVE: lesiones – niños – violencia familiar – cavidad oral

ABSTRACT

The background: Craniofacial injuries in children and adolescents, due to family violence can affect facial development.

The objective is to determine the clinical features of injuries at stomatognathic system product of domestic violence in children and adolescents treated at the Forensic Dentistry Service of Forensic Medicine Institute, Arequipa, 2012 The methods are review of a sample of 100 forensic examinations of victims of family violence with lesions in the oral region in childhood. The results are shown using descriptive statistics.

The results are: Among the abused children , 27% were male and 73% female , and women predominated between 10 and 14 years (42%). The average age of males was 11.78 years and women was 12.51 years. The assailant was predominantly children's father (72 %) and 28 % was an older brother. Lesions in the oral region in children were located mainly on the lips (97 %) in the oral mucosa (67%), temporomandibular joint (30 %) as well as the gums and teeth (23%), language (5%) and periodontal (4%). The most frequent type of injury was a hematoma (89 %) or ecchymosis (33%), and wounds (32 %), with 23% and dislocated fractures in 19 % of cases. Other injuries occurred in different body parts in the head (87 %), 9 % of them in the eyes, nose 18 % , 47% in the ears. The severity of injuries was a misdemeanor in 59%, minor offenses in 35 % and moderate offenses in 4% of children . In all children there were also psychological violence , the predominant form were shouting and swearing (95%), 76 % in humiliation , rejection and marginalization 13% 9%.

The conclusion is: Injuries in the oral region in children product family violence are common and may affect its integrity moderately severe way .

KEYWORDS: injuries - children - family violence - oral cavity

INTRODUCCIÓN

Los niños y adolescentes son un grupo importante de la población y del seno familiar que son también víctimas de la violencia familiar. Siendo la violencia un problema de salud pública y mental, y además por ser la familia el núcleo fundamental y la base de nuestra sociedad, es de gran interés conocer las lesiones que se producen como consecuencia de violencia que se da en este grupo etareo que se constituye por ende en vulnerable.

Además, por las condiciones de desarrollo de las estructuras craneofaciales en niños y adolescentes, las lesiones que se producen en esta importante etapa de desarrollo maxilofacial pueden afectar de manera seria el resultado final del crecimiento, alterando la estética, la simetría y la función del Aparato Estomatognático.

Por tal motivo, surge el interés de conocer las características clínicas de las lesiones en Aparato Estomatognático en niños y adolescentes como producto de la violencia familiar, cuyos resultados servirán como fuente de información para planificar la prevención y realizar tratamientos y atenciones de lesiones orales en niños y adolescentes como producto de la violencia familiar. Al tener este conocimiento en el Aparato Estomatognático servirá de fuente de información y orientación al profesional Odontólogo 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 este motivo que la presente investigación pretende realizar el análisis de los casos de violencia familiar teniendo como fuente a los archivos del Servicio de Estomatología Forense del Instituto de Medicina Legal. Esta investigación es un instrumento valioso que será fuente de información para evitar la proliferación de este tipo de violencia en nuestros niños y adolescentes y ayudar a mejorar la calidad de vida en nuestro país.

ÍNDICE GENERAL

RESUMEN	iv
ABSTRACT	v
INTRODUCCIÓN	vi
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	1
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	2
1.1 Descripción del problema	2
1.2 Justificación del problema.....	4
2. OBJETIVOS	5
3. MARCO TEÓRICO.....	7
3.1 Lesiones	7
3.1.1 Clasificación de Lesiones	7
a. Según Código Penal.....	8
b. Según el Tiempo	8
3.2 Lesiones Traumáticas de Tejidos Blandos	8
3.2.1 Tipos de Lesiones de Tejidos Blandos.....	9
A. Lesiones Abiertas	9
a. Erosión.....	9
b. Abrasión o escoriación.....	9
c. Laceración	9
d. Herida	9
B. Lesiones Cerradas.....	11
a. Contusión.....	11
b. Equimosis	11
c. Hematoma	11
3.3 Lesiones Traumáticas de Tejidos Duros.....	12

3.3.1 Fracturas de la Mandíbula.....	12
A. Fractura en el interior de Arcada Dental.....	13
a. Fractura Medial o Paramedial.....	13
b. Fractura en la Región de los Caninos.....	13
c. Fractura en la Región de los Dientes Posteriores.....	13
B. Fracturas fuera de la arcada dental.....	13
C. Fracturas de la apófisis de la articulación temporomandibular.....	15
i. Fracturas de la superficie articular.....	16
ii. Fracturas de la región central del cuello articular.....	16
iii. Fracturas de la base del cóndilo mandíbula.....	16
iiii. Fracturas de la apófisis coronoides.....	16
3.3.2 Fractura del Maxilar Superior.....	16
A. Fractura de Lefort tipo I.....	17
B. Fractura de Lefort tipo II.....	17
C. Fractura de Lefort tipo III.....	17
3.4 Fracturas Dentarias Traumáticas.....	18
3.4.1. Fractura de Esmalte.....	19
3.4.2. Fractura de Esmalte y Dentina.....	20
3.4.3. Fractura Dentaria con Compromiso Pulpar.....	20
3.4.4. Fractura Radicular.....	20
3.4.4.1. Fractura del Tercio Apical.....	21
3.4.4.2. Fractura del Tercio Medio.....	22
3.4.4.3. Fractura del Tercio Cervical.....	22
3.5 Sistema Estomatognático.....	22
3.6 Violencia.....	23
3.6.1 Tipos de Violencia Familiar.....	25
3.6.1 Factores de Violencia Familiar.....	26
3.6.2 Violencia Contra el Niño.....	27

3.6.2 El Maltrato hacia los Niños	27
3.7 Odontología Legal y Forense.....	29
3.7.1 Dominio de la Odontología Legal	30
3.7.2 Dominio de la Odontología Forense	31
4. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	32
CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	34
1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación	35
2. Campo de verificación	36
3. Estrategia de Recolección de datos	37
CAPÍTULO III: RESULTADOS	39
CAPÍTULO IV: DISCUSION	56
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	59
CONCLUSIONES	60
RECOMENDACIONES	61
BIBLIOGRAFÍA	62
HEMEROGRAFIA.....	63
INFORMATOGRAFIA.....	63
ANEXOS.....	64



CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO

TEÓRICO



CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Características clínicas de las Lesiones en el Aparato Estomatognatico producto de Violencia Física Familiar en niños y adolescentes atendidos en el Servicio de Estomatología Forense del Instituto de Medicina Legal de Arequipa, 2012.

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/ CATEGORIA	ESCALA
Características clínicas de Lesiones en el aparato estomatognático	Ubicación de las lesiones	Labios, mucosa oral, encías, dientes, lengua, articulación temporo-mandibular, periodonto	Nominal
	Tipo de lesión	Equimosis, hematoma, herida, fractura, luxación	Nominal
	Ubicación de otras lesiones	Lesiones en otras partes corporales o regiones afectadas.	Nominal
	Severidad de las lesiones	Calificación médico-legal, y días de incapacidad médico legal	De razón
Violencia física familiar	Edad	Años	De razón
	Sexo	Varón / mujer	Nominal
	Relación con el agresor	Padre, madre, hermanos, otros.	Nominal
	Factores de la violencia física familiar	Externos e Internos	Nominal
	Efectos de la violencia física familiar	En lo personal, en la salud, en lo productivo- laboral, en lo social	
	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 niños y adolescentes atendidos en el Servicio de Estomatología Forense del Instituto de Medicina Legal de Arequipa 2012?
- b) ¿Cómo es el mecanismo de la violencia física familiar en niños y adolescentes atendidos en el Servicio de Estomatología Forense del Instituto de Medicina Legal de Arequipa 2012?
- c) ¿Cuáles son las características clínicas de las Lesiones en el Aparato Estomatognático producto de la violencia familiar en niños y adolescentes atendidos en el Servicio de Estomatología Forense del Instituto de Medicina Legal de Arequipa 2012?

1.1.4. Tipo de investigación

La presente investigación es un estudio de tipo documental.
(Archivo)

1.1.5. Nivel de investigación

La presente investigación es de nivel descriptivo.

1.2. Justificación del problema

El presente estudio busca establecer el efecto de la violencia en las lesiones del aparato estomatognático en niños y adolescentes víctimas de violencia familiar atendidos en el Servicio de Estomatología Forense del Instituto de Medicina Legal de Arequipa, 2012. El presente estudio consta de **Originalidad** por la relación con la violencia familiar con las lesiones en el Aparato Estomatognático no ha sido objeto de estudio en niños y adolescentes atendidos en el

Instituto de Medicina Legal, que centraliza la evaluación de las víctimas de violencia de género.

Tiene **relevancia científica**, ya que se pone en práctica los mecanismos de los traumatismos en las lesiones ocasionadas en el Aparato Estomatognatico en la edad pediátrica. Tiene **relevancia práctica**, ya que permitirá identificar las formas de lesiones en el Aparato Estomatognatico en niños como producto de violencia familiar, y al ser este un problema que afecta a un grupo importante de la población, tiene **relevancia social**.

El estudio es **contemporáneo** ya que la violencia familiar es un problema permanente y constante en nuestra sociedad.

El estudio es **factible** ya que se cuenta con registros centralizados de las lesiones en el Aparato Estomatognatico en víctimas de violencia familiar.

Además de satisfacer la **motivación personal** de realizar investigaciones en el campo de la lesionología oral y la odontopediatría, lograremos una importante **contribución académica** al campo de la odontología, y por aportar nuevos conocimientos hacia el campo de la salud oral, cumpliremos con las **políticas de investigación** de la universidad para la obtención del título profesional.

2. OBJETIVOS

- 1) Analizar las características clínicas de las Lesiones en el Aparato Estomatognatico en niños y adolescentes atendidos en el Servicio de Estomatología Forense del Instituto de Medicina Legal de Arequipa, 2012.
- 2) Identificar la violencia física familiar en niños y adolescentes atendidos en el Servicio de Estomatología Forense del Instituto de

Medicina Legal de Arequipa, 2012.

- 3) Determinar las características clínicas de las Lesiones en el Aparato Estomatognático producto de la en niños y adolescentes atendidos en el Servicio de Estomatología Forense del Instituto de Medicina Legal de Arequipa, 2012.



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.¹

Se puede definir lesión como toda solución de continuidad patológica o traumática de tejido.

Delito de Lesiones: es toda acción típica, o daño inferido a otro.² Elementos:

- o Elemento Objetivo, daño al cuerpo o salud.
- o Elemento Subjetivo, “moral” por dolo o culpa.
- o 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	Leves
Calificadas	Graves
Negligencia	Preterintencionales

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

² BRÍÑON ELIDA NORMA. Lesiones e Iatrogenias en Odontología legal. Pág. 27.

Imprudencia		Seguidas de Muerte	
Tipo penal	Lesiones		Descanso medico
Faltas	Lesiones Culposas		< o =15 días
	Lesiones Dolosas		< o =10 días
Delitos	Culposos	L. leve	16 a 29 días
		L. grave	> o = 30 días
	Dolosos	L. leve	11 a 29 días
		L. grave	> o = 30 días

a. 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.

3.2. LESIONES TRAUMATICAS EN TEJIDOS BLANDOS³

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.

³WOOD.K, GOAZ.W. Lesiones Orales y Maxilofaciales. Pág. 34-45.

3.2.1. TIPOS DE LESIONES DE TEJIDOS BLANDOS

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.

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. 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).

d. 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.

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.
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 contusa⁴. 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 lado a otro
- 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.

⁴BONNET EMILIO. Lesiones de Medicina Legal. 1984

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 púrpuras 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 ⁵

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

⁵HUPP. R. Cirugía Oral y Maxilofacial contemporánea. Pág. 120

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

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. Se asocian a menudo a fracturas de la articulación temporo mandibular.

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. Los músculos de cierre de la boca, determinados por el predominio de un musculo, ejercen una fuerza de tracción sobre el fragmento menor, un efecto de balance lingual y un desplazamiento en dirección mandibular. El fragmento mayor se mueve en dirección caudal por la acción de los músculos de apertura de la boca. Puede haber desplazamientos adicionales de los fragmentos en función de la existencia de otros tipos de fuerzas.

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.

- 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 de la mandíbula se diagnostica 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.

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 palparse 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.

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.

a. Clasificación

Se han propuesto diversos sistemas para clasificar las fracturas del cóndilo mandibular. 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 musculo pterigoideo externo (facturas 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.

iiii. Fracturas de la apófisis coronoides

Las fracturas aisladas del proceso coronoides son muy raras, por lo que debemos buscar otras fracturas que la acompañen.

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 sobretudo 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 a través de las tres paredes del seno maxilar y a través del tabique nasal.

A nivel posterior, la fractura se extiende a través de la apófisis piramidal del hueso palatino y a 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 maloclusión 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 nasa 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 diferencian 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 maloclusion.

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 radicales 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 radicales 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.

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

3.4.1. 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.

3.4.2. Fractura del esmalte y dentina

Debido al pequeño grosos del esmalte y dentina y al tamaño de cámara pulpar, etas 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 de 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.

3.4.3. 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.

3.4.4. 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.

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 pulpaes, 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

3.4.4.1 Fracturas del tercio apical

Estas fracturas generalmente son encontrados 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. Se dice que estas fracturas no necesitan de la intervención del profesional pues suelen repararse espontáneamente con evidente tejido de calcificación.

3.4.4.2 Fracturas del tercio medio

Dentro de las fracturas radiculares, 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.

Si no existe separación de los segmentos, el diente no se presentara extruido. El tratamiento debe realizarse inmediatamente después del suceso, mediante la ferulización de la pieza a los dientes contiguos.

3.4.4.3 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 SISTEMA ESTOMATOGNATICO ⁶

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 dentro-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 el hueso hioides.

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.

3.6 VIOLENCIA ⁷

Cualquier conducta abusiva que, por acción u omisión, produce daño psíquico o físico a una persona.

Una relación abusiva puede darse en el marco de un matrimonio, en la familia, con los hijos; donde puede adoptar diversas formas y tener distintos grados de gravedad. Generalmente son formas de demostrar control y

⁶ MANNS. A, DIAS. G, Sistema Estomatognático Facultad de Estomatología Universidad de Chile 1983

⁷SORIANO DIAZ. ANDRES. Educación y Violencia Familiar. Pág. 32-34.

dominación sobre el otro, se repite cíclicamente y se van agravando en intensidad y frecuencia.

En la violencia intrafamiliar los grupos que en nuestra cultura que se definen como “débiles” son los niños, ancianos, mujeres.

Conductas abusivas

Son conductas que transgreden derechos, que se ejercen contra la voluntad del otro. Las mismas se diferencian por razones didácticas, según el aspecto sobre el que se abusa en:

- o Abuso emocional
- o Abuso físico
- o Abuso psicológico
- o Abuso sexual
- o Abuso social y ambiental
- o Abuso económico

Abuso físico

Sin importar el grado de la lesión física siempre son traumáticas psicológicamente. Se describe como tal el pellizco o el empujón, hasta las lesiones graves que llevan a la muerte. Incluye acciones como zamarrear, abofetear el cuello, patear.

Abuso emocional

Incluye conductas como insultos, gritos, críticas, amenazas, comparaciones, acusaciones que tienen en común provocar daño psíquico. Las formas más comunes son las que se critican al cuerpo, a sus ideas, rebajarlos comparándolos con otras personas, cuestionar todo lo que hace, reírse o burlarse, hacerle falsas acusaciones, ignorar sus sentimientos o su persona, no tener en cuenta su necesidad afectiva, poner sobrenombres denigrantes, etc.

Abuso psicológico

Se entiende como abuso emotivo, las conductas de abuso psicológico y emocional son las mismas pero no es el mismo daño ocasionado. No es lo mismo que un niño sufra la amenaza de ser golpeado que sufrirlo cuando existe el antecedente de haber sido golpeado alguna vez.

Abuso sexual

Es tan simple como obligar al niño (a) a la realización de conductas sexuales no deseada. La escala incluye la insistencia (aun sin forzarla), no respetar, hostigar sexualmente, tratar como objeto sexual, introducir objetos, violar mientras duerme.

Abuso social y ambiental

Producen daño o sufrimiento psicológico. Sus formas: descalificar a la adolescente, desautorizarla, criticar a las personas queridas, aislar socialmente impidiendo contacto con familiares y amigos, ser hostil, lastimar o matar a sus mascotas.

Abuso económico

CORSI justifica su inclusión como una forma particular de abuso, se reconoce en las siguientes conductas:

1. De control
 - a) Controlar sus gastos
 - b) No darle dinero suficiente habiéndolo
2. De ocultamiento
 - a) Que la adolescente no sepa de los bienes
 - b) Ocultar ingresos y gastos

Ciclo de la violencia

Tiene tres fases que varían tanto de la duración como de intensidad pero que permite visualizar la interacción entre agresor y víctima.

3.6.1 TIPOS DE VIOLENCIA FAMILIAR⁸

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, Empujones, inmovilizaciones, Tirones, zamacones, Bofetadas, jalones de pelo, Apretones que dejan marcas, Puñetazos, patadas, Lanzamiento de objetos, Golpes en diversas partes del cuerpo, Mordedura, Asfixia, Uso de objetos de la casa como armas de agresión (platos, cuchillos, adornos)
- 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, Insultos repetidamente en privado y en público, Amenazas de agresión física y abandono, Generar un ambiente de terror constante, 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 los niños, Intimidación

⁸SORIANO DIAZ. ANDRES. OpCit. Pág. 36-40.

- 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.

3.6.2 FACTORES DE LA VIOLENCIA FAMILIAR

Factores Externos: consumo de alcohol, drogas, coca, distensión que procede a la ruptura de la relación conyugal o convivencial.

Factores Internos: familias en las que la violencia es aceptada como normal, padres adolescentes o muy jóvenes que por falta de madurez e información pueden rechazar a los hijos, estados depresivos.

3.6.3 VIOLENCIA CONTRA EL NIÑO ⁹

EVALUACION PSIQUIATRICA FORENSE DE NIÑOS Y NIÑAS ANTE DENUNCIAS DE ABUSO SEXUAL

El objetivo principal de este lineamiento es promover la calidad de la atención provista en niños, niñas y adolescentes cuando son evaluados por posible abuso sexual.

La mejor manera de mejorar las entrevistas es asegurarse que los entrevistadores reciban un entrenamiento; ya que se buscara:

- Obtener declaraciones confiables sobre posible abuso sexual.
- Maximizar el monto de información obtenida del niño, dada su edad, circunstancias y predisposición a hablar.

Aunque estos lineamientos están focalizados en abuso sexual infantil, los principios son aplicables en niños que han sufrido abuso físico, así como niños expuestos a cualquier tipo de riesgo, violencia física, padres alcohólicos y adictos a drogas, o ser testigos de un delito.

⁹RAMOS. M. Manual sobre Violencia Familiar Física y Sexual. Pág. 39-54.

Dado que entrevistar niños es una ciencia y un arte, ya que no hay una clara definición de entrevista perfecta. (pág. 51-52)

3.6.4 EL MALTRATO HACIA LOS NIÑOS

TIPOS Y FORMAS DE MALTRATO EN NIÑOS

Maltrato Físico.-

Se trata de cualquier conducta no accidental de ambos o uno de los progenitores o de alguna persona en posición de responsabilidad, confianza o poder, que provoque daño físico real o potencial, enfermedad, incluso la muerte del niño, o lo coloque en situación de grave riesgo de padecerla.

Educar, poner límites, castigar

Aunque son términos intercambiables no implican lo mismo. Buscar límites busca desarrollar la capacidad de autocontrol del niño, su autonomía, eficacia y elaboración de juicios propios.

El castigo físico, solo impone poder, miedo, y no constituye una estrategia reflexiva capaz de modificar la conducta del mismo y que escapa al área de comprensión.

Muchos consideran que un “chirlo”, una cachetada, una palmada un “sopapo” son inevitables y los justifican con diversos argumentos. Sin embargo la experiencia demuestra que “el límite es necesario, el castigo físico no”

Si un niño:

- Frecuentemente tiene lastimaduras o marcas y no puede dar cuenta de cómo se produjeron
- Intenta ocultar sus lastimaduras
- No tuvo atención médica adecuada
- Es temeroso frente a personas adultas

-Se encuentra temeroso, nervioso o agresivo (pag 247-248)

Maltrato emocional.-

Implica la ausencia de un entorno adecuado y contenedor de alguna figura de apego primario que favorezca en el niño el desarrollo de capacidades emocionales y sociales estables. Comprende aquellas interacciones que tienen una alta probabilidad de originar daños en el desarrollo físico, mental, espiritual, moral o social de un niño debido a que son inadecuadas para un determinado periodo evolutivo.

Existen formas que adopta el maltrato emocional: rechazar, ignorar, aterrorizar, aislar o implicar a un niño en actividades antisociales; no responder a sus necesidades afectivas.

3.7 ODONTOLOGIA LEGAL Y FORENSE ¹⁰

Al relacionar la Odontología con el Derecho surge una nueva área de saber, la Odontología Legal, a la que se define como el estudio de la Odontología en sus relaciones con el Derecho.

La relación entre Odontología y Derecho puede establecerse en dos sentidos distintos: En primer lugar, mediante la aplicación del Derecho en la asistencia o cuidados odontológicos, es decir, la práctica de la Odontología siguiendo las prescripciones de la ley, lo que constituye la **Odontología Legal Profesional** también llamada por algunos Jurisprudencia Dental y en segundo lugar, a la inversa mediante la aplicación de los conocimientos Odontológicos con la finalidad de resolver determinados problemas que se plantean al Derecho, lo que constituye la **Odontología Forense Judicial** también llamada Odontología Médico legal.

En el ejercicio de la profesión odontológica estas normas legales han sido muy escasas. Durante mucho tiempo se consideró que dicho ejercicio debía quedar al libre entendimiento entre profesionales y pacientes, y que el Estado no debía intervenir en estas cuestiones.

¹⁰ MOYA. V, ROLDAN. B, SANCHEZ. J. Odontología Legal y Forense Masson Pág. 74.

En tiempos más recientes, la anterior idea ha evolucionado como en el resto de las profesiones sanitarias, por lo que para el ejercicio de la Odontología se han dictado una serie de normas legales que delimitan y ordenan sus distintos campos y modalidades, cuyo conocimiento y significado precisos son imprescindibles para actuar correctamente desde el punto de vista organizativo, ético, económico, laboral, etc.

La Odontología Legal supone el conocimiento de las normas legales antes señaladas y también su origen, los objetivos que persiguen, su repercusión en el plano profesional, su estudio comparado, así como su crítica.

De otra parte la Odontología Forense estudia la resolución de problemas jurídicos mediante la aplicación de los conocimientos odontológicos. Esta rama cada vez tiene un contenido más amplio en el que se incluyen cuestiones planteadas por el Derecho civil, penal, laboral, etc. Tanto codificado como proveniente de otras leyes o normas legales.

3.7.1 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
- 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

3.7.2 DOMINIO DE LA ODONTOLOGIA FORENSE

RESOLUCION DE PROBLEMAS DE

Identificación:

- Del sexo
- De la edad
- De la raza
 - o 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



4 ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

Se han encontrado investigaciones relacionadas al tema en nuestro medio nacional

A nivel Local

Autor: Lopez Veliz Fernando Alfredo en:

Correlación Clínica entre agresión física y lesiones contusas maxilo faciales en la comisaria de mujeres PNP- Miraflores Arequipa 2008.

A nivel Nacional

Autores: Morante-Sánchez C, Kanashiro-Irakawa C.

Título: El odontólogo frente al maltrato infantil.

Fuente: RevEstomatol Herediana. 2009; 19(1):50-54.

Resumen: El maltrato y el abandono de los niños y adolescentes es un problema social en aumento que no se limita a las profesiones legales o de servicio social, sino también a la Estomatología. La presente revisión define el Maltrato Infantil y orienta al odontólogo a detectar, documentar, informar y ayudar a tratar a niños, adolescentes y sus familias que presenten este problema y prevenir episodios de maltrato.

A nivel internacional

Autores: Carmona Vidal E, Ayala Pérez Y, Rodríguez Carracedo E, Díaz Morell J, Martínez Rojas C.

Título: Lesiones traumáticas orales en la infancia.

Fuente: Correo Científico Médico de Holguín 2010; 14(1).

Resumen: Se realizó un estudio descriptivo, de serie de casos en la Clínica Estomatológica Manuel Angulo Farrán durante el año 2008. Se estableció como universo los 188 pacientes cuyas historias clínicas fueron revisadas y la muestra de estudio quedó constituida por 80 pacientes ingresados en el Departamento de Ortodoncia, los cuales tenían antecedentes de traumatismos. La investigación se realizó con el propósito de describir el

comportamiento de los traumatismos orales y sus características, así como la frecuencia de aparición, sexo más afectado, grupo de edades, factores de riesgos, zonas más afectadas, tipo de dentición lesionada y la clasificación. Existió una alta frecuencia de traumatismos orales en los infantes estudiados pues un 42,5% sufrió algún tipo de lesión, el sexo femenino fue el más afectado con un 56,25%; el grupo de edades de 1-3 años fue el más lesionado con un 43,75%; la incompetencia labial fue el factor de riesgo que se destacó; la zona de los incisivos superiores estuvo frecuentemente afectada pues 57 pacientes para un 71,25% presentaron traumatismos; la dentición temporal fue la que recibió más traumas con un 70% y dentro de la clasificación de los traumatismos, la concusión ocurre en mayor proporción con un 33,89%, seguida de la fractura del esmalte.





CAPÍTULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

CAPÍTULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: En la presente investigación se aplicó la técnica de la revisión documentaria, realizado en los archivos del Instituto de Medicina Legal de Arequipa eligiendo el año 2012 para dicha investigación y es un trabajo observacional.

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 durante el año 2012.

2.3. **Unidades de estudio:** Reconocimientos estomatológico-forenses de víctimas de violencia familiar con lesiones en la región oral.

Población: Total de reconocimientos estomatológico-forenses de niños y adolescentes víctimas de violencia familiar con lesiones en la región oral 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**

- Niños y adolescentes de 2 a 17 años respectivamente.
- De ambos sexos
- Con lesiones en el Aparato Estomatognático
- Lesiones producto de violencia familiar

– **Criterios de exclusión**

- Registros mal codificados o incompletos
- Adolescentes mayores de 18 años
- Niños y adolescentes que presentan otro tipo de violencia; como psicológica y sexual.
- Niños y adolescentes que presenten lesiones en otra zona del cuerpo que no sea 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 víctimas de violencia familiar en el rango de la niñez y la adolescencia que presenten lesiones en la región oral 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

Por tratarse de una ficha de recolección de datos, no se requirió de validación. Se realizó la recolección de datos aplicando la ficha observacional en 10 historias clínicas seleccionadas cumpliendo 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.

g) Cronograma de Trabajo

Actividades	Octubre 13				Noviembre 22				Diciembre 21			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
1. Elección del tema												
2. Revisión bibliográfica												
3. Aprobación del proyecto												
4. Ejecución												
5. Análisis e interpretación												
6. Informe final												

Fecha de inicio: 13 de Octubre 2013

Fecha probable de término: 21 de Diciembre 2013



CAPÍTULO III

RESULTADOS

**CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS DE LAS LESIONES EN EL APARATO
ESTOMATOGNATICO PRODUCTO DE VIOLENCIA FAMILIAR EN NIÑOS Y
ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ESTOMATOLOGÍA FORENSE DEL
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE AREQUIPA, 2012**

Cuadro 1

Distribución de niños víctimas de VF según edad y sexo

Edad (años)	Varones		Mujeres		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%
5-9 a	10	10,0%	10	10,0%	20	20,0%
10-14 a	7	7,0%	42	42,0%	49	49,0%
15-19 a	10	10,0%	21	21,0%	31	31,0%
Total	27	27,0%	73	73,0%	100	100,0%

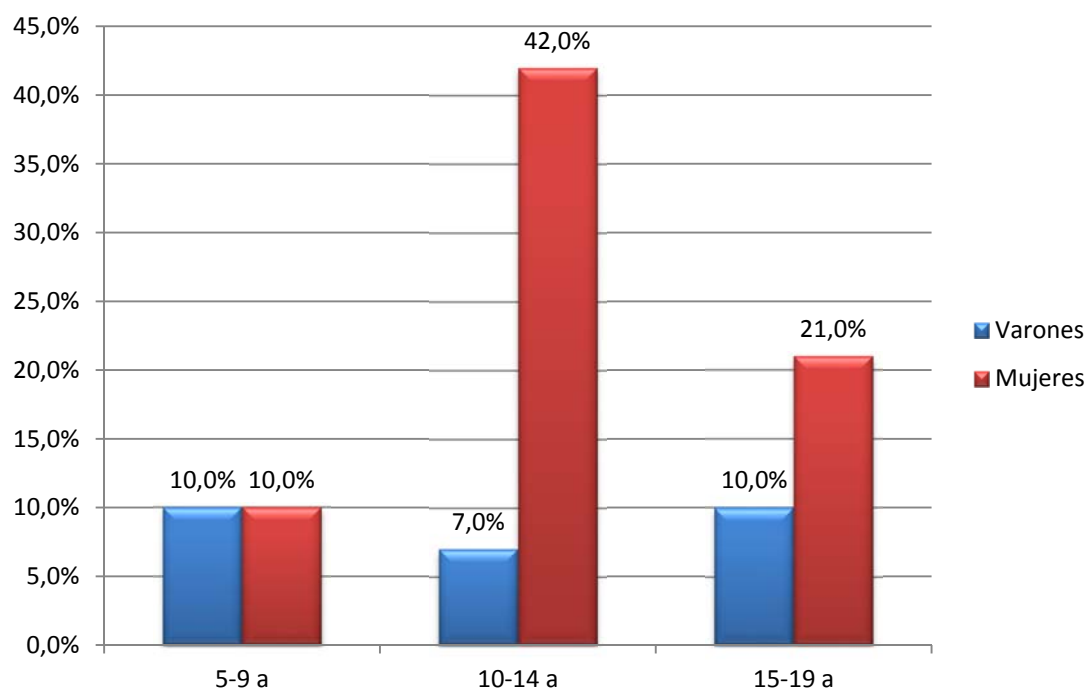
FUENTE: INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

Interpretación:

Entre los niños maltratados, el 27% fueron varones y 73% mujeres, y en las mujeres predominó entre los 10 y 14 años (42%). La edad promedio de los varones fue de 11.78 años, y en las mujeres fue de 12,51 años.

Gráfico 1

Distribución de niños víctimas de VF según edad y sexo



Edad promedio: varones: 11,78 años; mujeres: 12,51 años

Cuadro 2

Distribución de niños con lesiones según relación con el agresor

	N°	%
Padre	72	72,0%
Hermano	28	28,0%
Total	100	100,0%

FUENTE: INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

Interpretación:

El agresor de los niños fue predominantemente el padre (72%), y en 28% fue un hermano mayor.

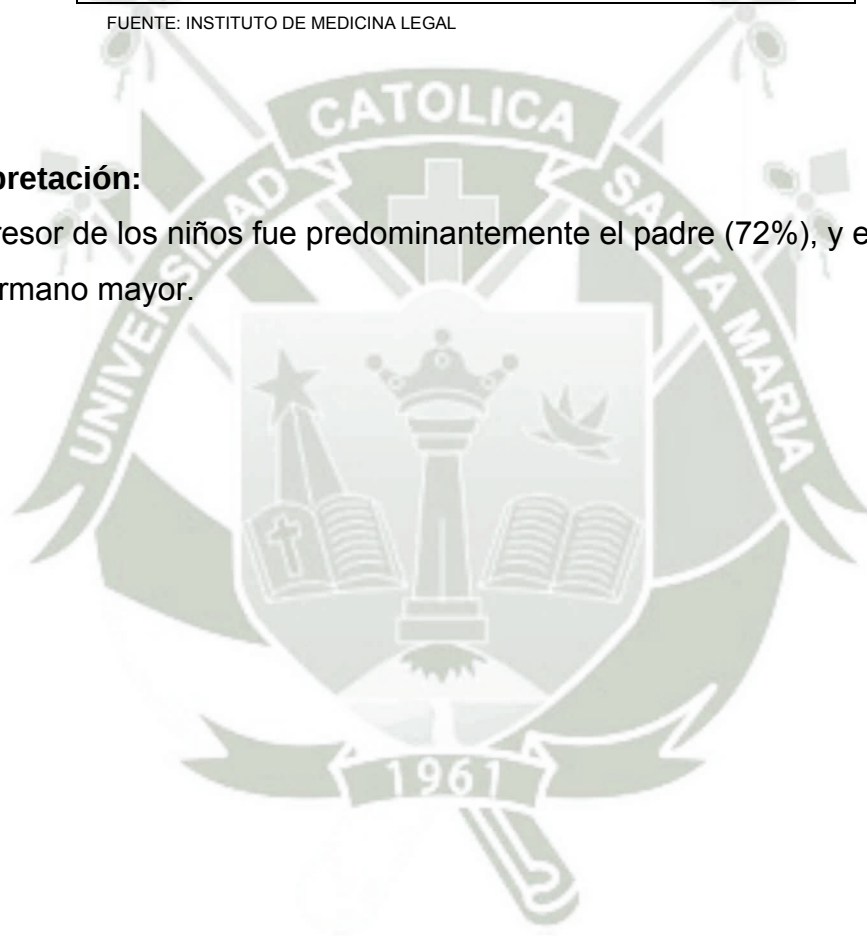
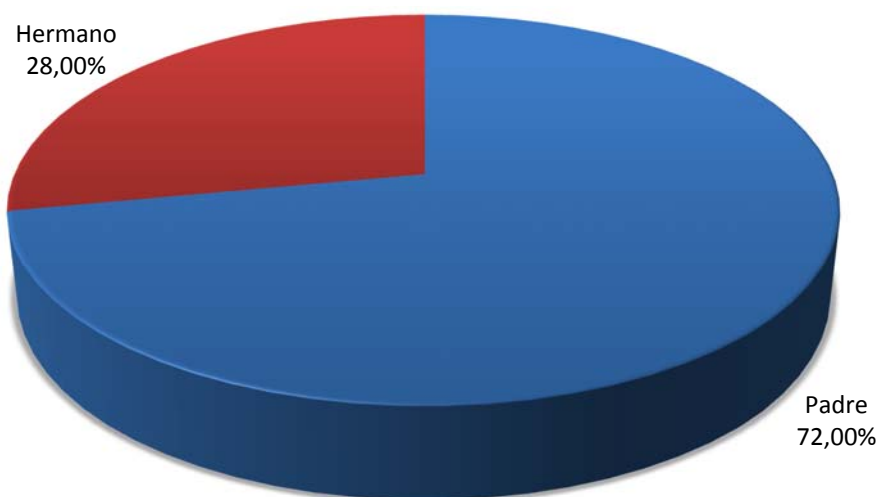


Gráfico 2

Distribución de niños con lesiones según relación con el agresor



Cuadro 3

Distribución de lesiones orales en niños según ubicación

	N°	%
Labios	97	97,0%
Mucosa oral	67	67,0%
Encías	23	23,0%
Lengua	5	5,0%
Dientes	23	23,0%
ATM	30	30,0%
Periodonto	4	4,0%

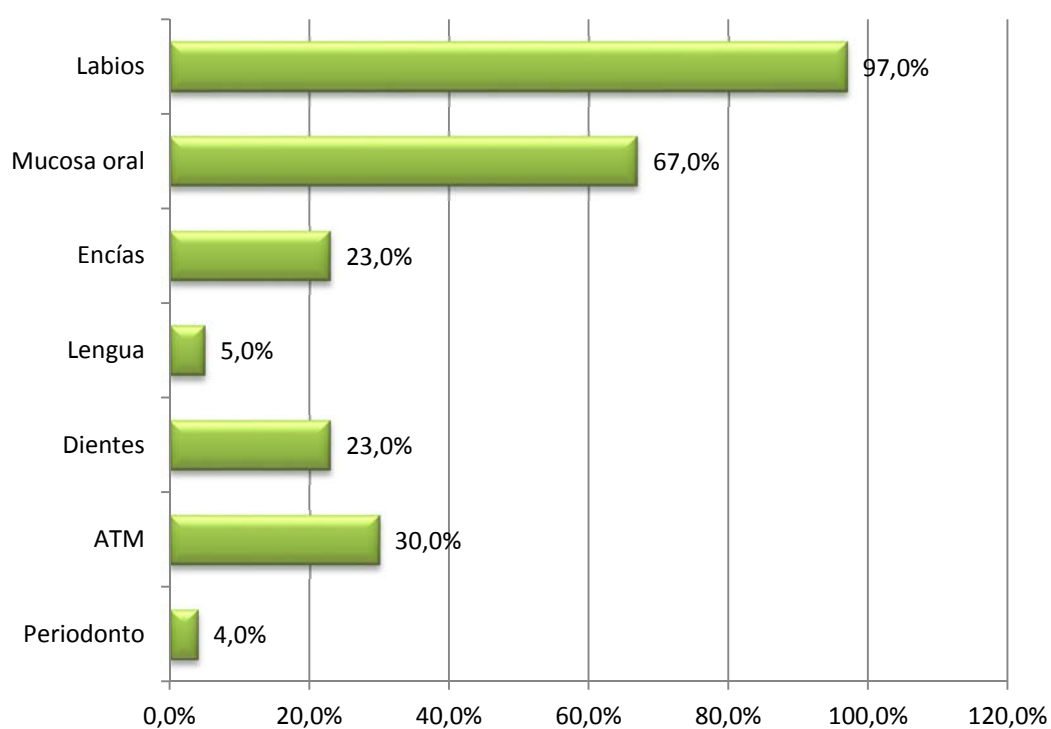
FUENTE: INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

Interpretación:

Las lesiones en el Aparato Estomatognático en los niños se ubicaron sobre todo en labios (97%), en la mucosa oral (67%), la articulación temporomandibular (30%), así como las encías y dientes (23%), la lengua (5%) y el periodonto (4%)

Gráfico 3

Distribución de lesiones orales en niños según ubicación



Cuadro 4

Distribución de lesiones orales en niños según tipo de lesión

	N°	%
Hematoma	89	89,0%
Equimosis	33	33,0%
Herida	32	32,0%
Luxación	23	23,0%
Fractura	19	19,0%

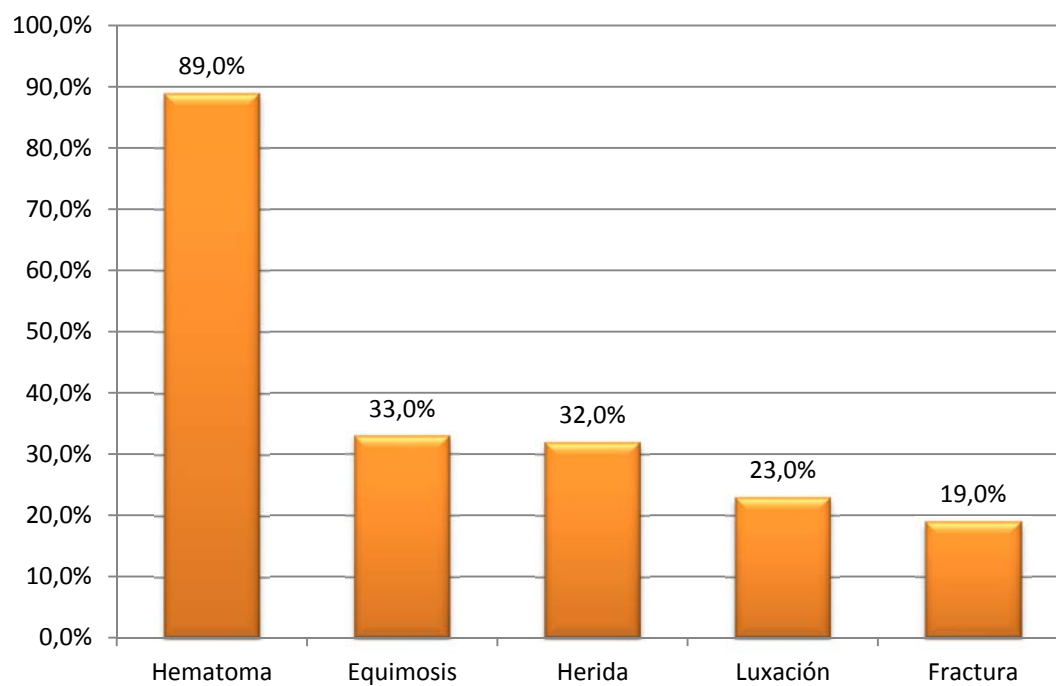
FUENTE: INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

Interpretación:

El tipo de lesión más frecuente fue el hematoma (89%) o las equimosis (33%), y las heridas (32%), con luxación en 23% y fracturas en 19% de casos.

Gráfico 4

Distribución de lesiones orales en niños según tipo de lesión



Cuadro 5

Distribución de coexistencia de lesiones en los niños evaluados

	N°	%
Sin otras lesiones	7	7,0%
En cabeza	87	87,0%
En ojos	9	9,0%
En nariz	18	18,0%
En orejas	47	47,0%
En tronco	1	1,0%
En ext. superior	23	23,0%
En ext. Inferior	12	12,0%

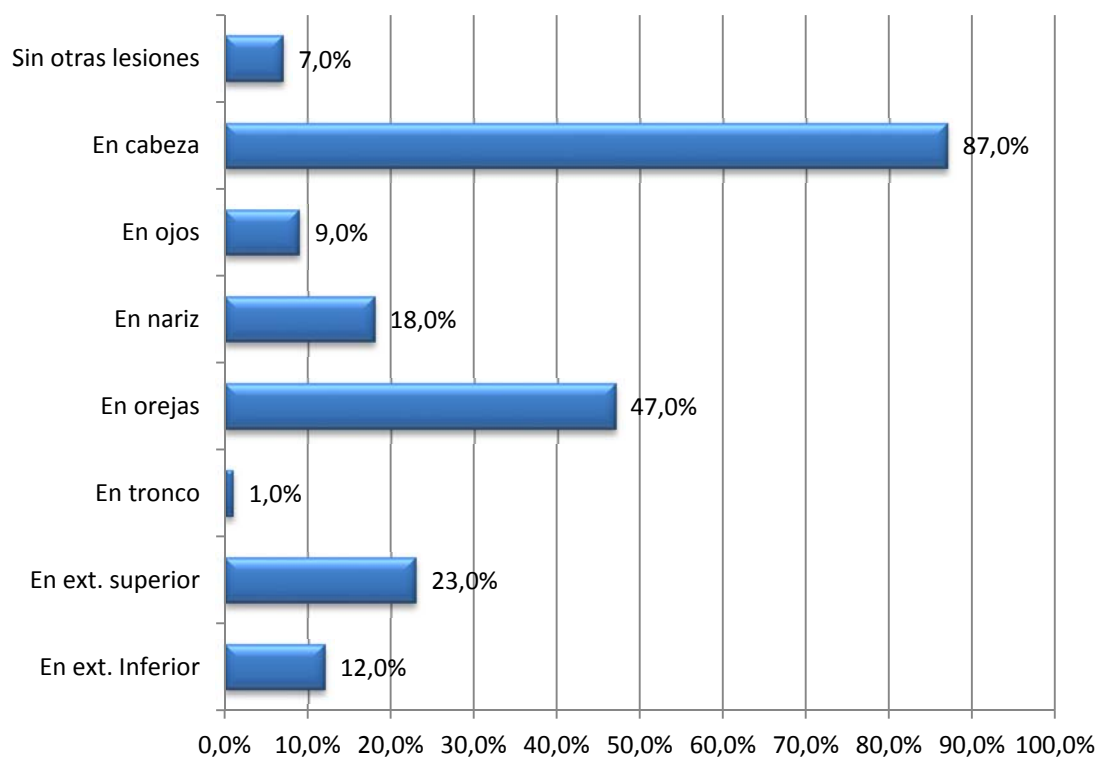
FUENTE: INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

Interpretación:

Otras lesiones en diferentes partes corporales ocurrieron en la cabeza (87%), de ellos 9% en los ojos, 18% en la nariz, 47% en las orejas. En 1% de casos hubo lesiones en tronco, y se encontraron lesiones en extremidades superiores en 23% y en extremidades inferiores en 12% de casos.

Gráfico 5

Distribución de coexistencia de lesiones en los niños evaluados



Cuadro 6
Calificación médico legal de las lesiones físicas

	N°	%
< 5 días	2	2,0%
5-9 días	59	59,0%
10-15 días	35	35,0%
≥ 15 días	4	4,0%
Total	100	100,0%

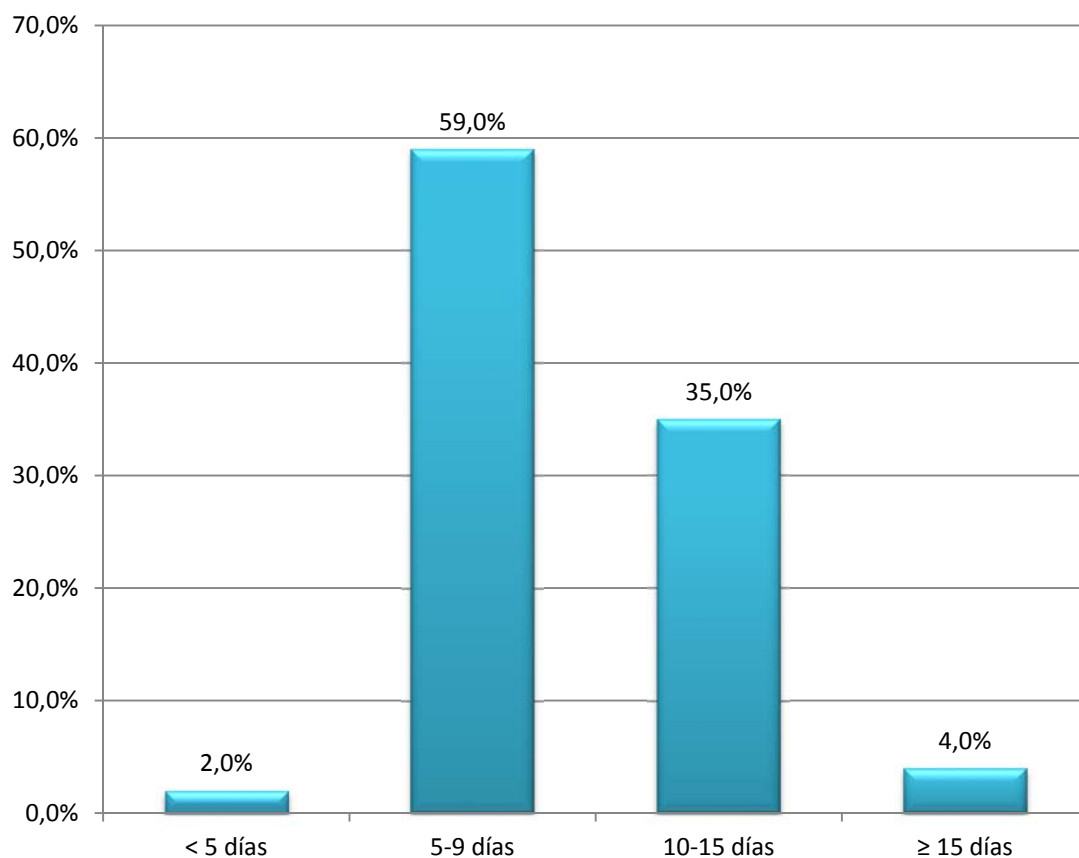
FUENTE: INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

Interpretación:

La severidad de las lesiones (medida por los días de atención facultativa o incapacidad) fue leve con < 5 días en 2%, faltas leves en 59% (5 a 9 días), delitos leves en 35% (10-15 días) y delitos moderados (> 15 días) en 4% de niños.

Gráfico 6

Calificación médico legal de las lesiones físicas



Cuadro 7

Formas de violencia psicológica en los niños evaluados

	N°	%
Gritos/Insultos	95	95,0%
Humillaciones	76	76,0%
Rechazo	13	13,0%
Marginación	9	9,0%

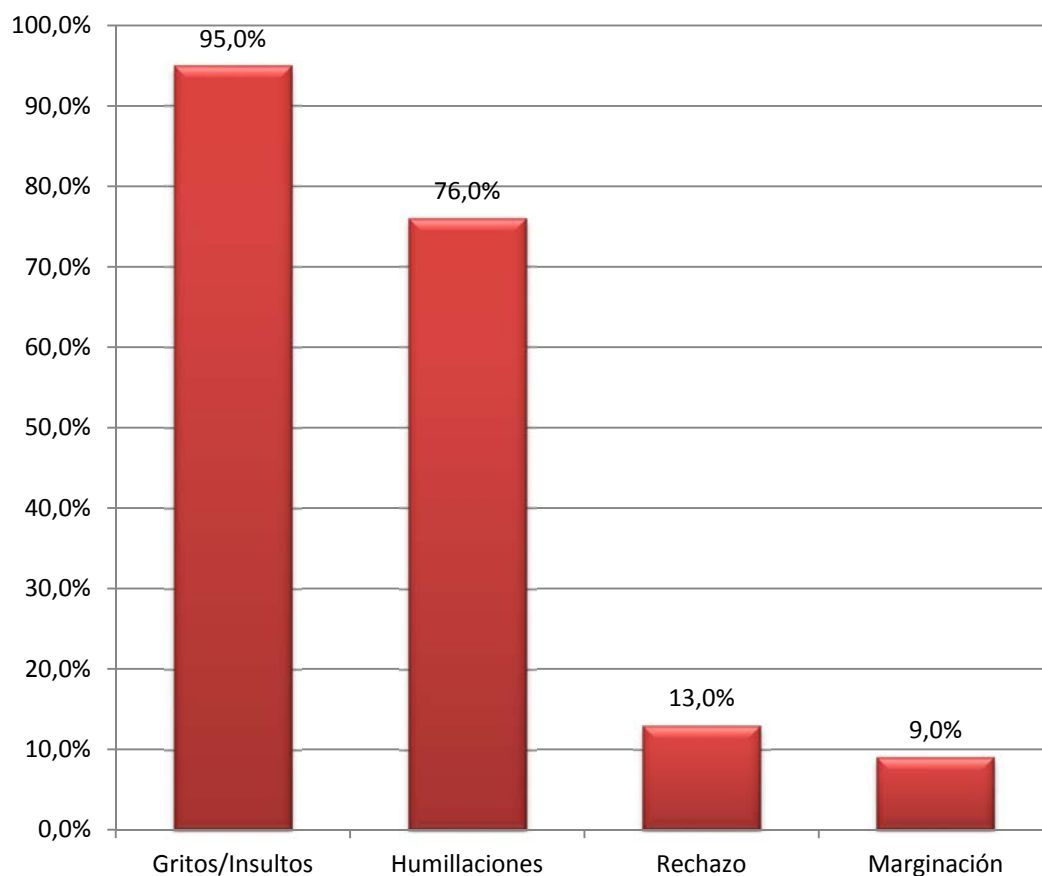
FUENTE: INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

Interpretación:

En todos los niños hubo también violencia psicológica; la forma predominante fueron gritos e insultos (95%), humillaciones en 76%, rechazo en 13% y marginación en 9%

Gráfico 7

Formas de violencia psicológica en los niños evaluados



Cuadro 8

Modalidad de agresión física en los niños evaluados

	N°	%
Pellizcos / apretones	88	88,0%
Bofetadas / jalón de pelo	54	54,0%
Golpes	36	36,0%
Tirones / patadas	9	9,0%
Empujones / mordeduras	3	3,0%

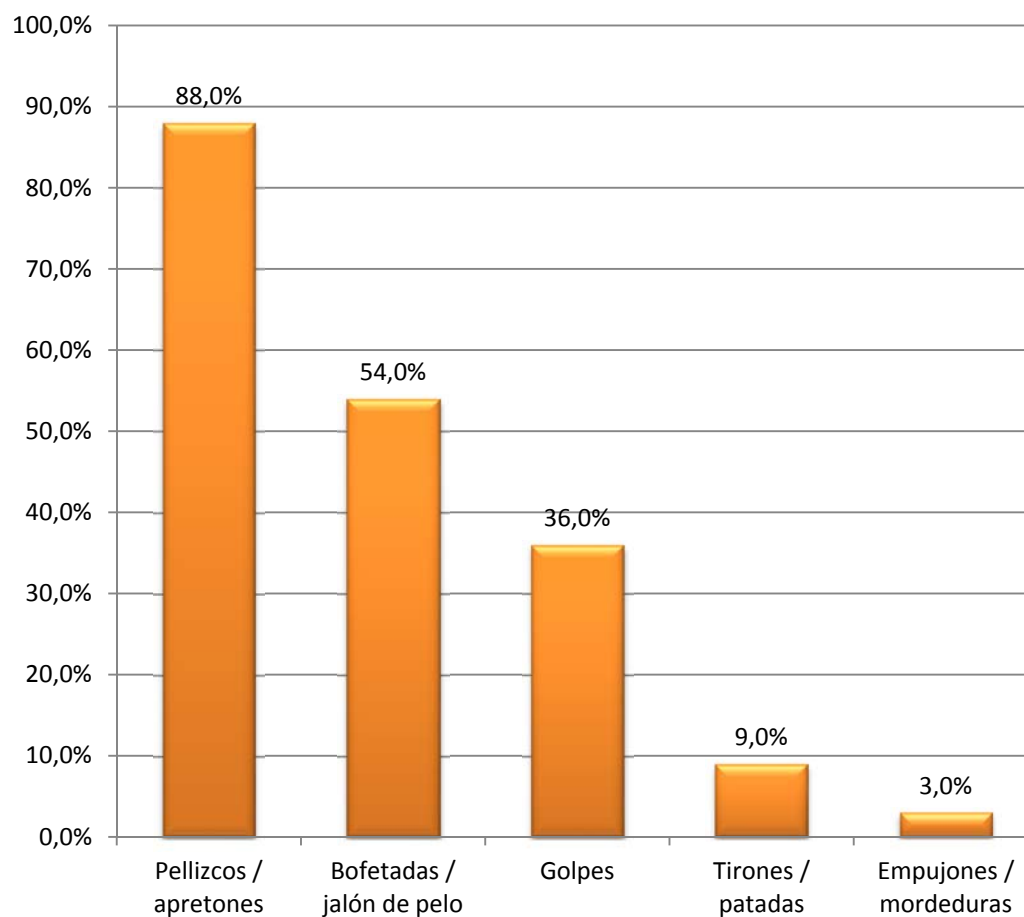
FUENTE: INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL

Interpretación:

La forma de agresión física en los niños fueron los pellizcos o apretones en 88%, as bofetadas o jalones de pelo en 54%, golpes con partes corporales en 36%, tirones o patadas en 9%, y empujones o mordeduras 3% de casos.

Gráfico 8

Modalidad de agresión física en los niños evaluados





CAPÍTULO IV

DISCUSION

DISCUSIÓN

En lo que respecta al presente estudio se buscó conocer las características clínicas de las lesiones en el aparato Estomatognático producto de violencia familiar en niños y adolescentes atendidos en el Servicio de Estomatología Forense del Instituto de Medicina Legal de Arequipa, 2012, cuyos resultados fueron que entre los niños maltratados, el 27% fueron varones y 73% mujeres, y en las mujeres predominó entre los 10 y 14 años (42%). La edad promedio de los varones fue de 11.78 años, y en las mujeres fue de 12,51 años. El agresor de los niños fue predominantemente el padre (72%), y en 28% fue un hermano mayor. Las lesiones en la región oral en los niños se ubicaron sobre todo en labios (97%), en la mucosa oral (67%), la articulación témporo-mandibular (30%), así como las encías y dientes (23%), la lengua (5%) y el periodonto (4%). El tipo de lesión más frecuente fue el hematoma (89%) o las equimosis (33%), y las heridas (32%), con luxación en 23% y fracturas en 19% de casos. Otras lesiones en diferentes partes corporales ocurrieron en la cabeza (87%), de ellos 9% en los ojos, 18% en la nariz, 47% en las orejas. La severidad de las lesiones fue una falta leve en 59%, delitos leves en 35% y delitos moderados en 4% de niños. En todos los niños hubo también violencia psicológica; la forma predominante fueron gritos e insultos (95%), humillaciones en 76%, rechazo en 13% y marginación en 9%.

LOPEZ VELIZ FERNANDO (2009) informo que con respecto a las agresiones físicas en mujeres de 17 a 67 años de edad, el 35% corresponden a lesiones contusas maxilo faciales durante el año 2008 en la Comisaria de mujeres PNP-Arequipa; que la mayoría de las agresiones con severidad fueron de primer grado (equimosis y erosión) que represento el 62.86% de la totalidad de 70 atestados; en la severidad de segundo grado (herida contusa, hematoma) presento 16 casos con un 22.86%, y la severidad de tercer grado (fractura, luxación) con 10 casos fue de un 14.28%

Las lesiones contusas con Fractura en Piezas Dentarias que presento un mayor porcentaje fue a nivel de

la Corona con un 8.5%. La edad más frecuente de las lesiones; a nivel corona y raíz, y de raíz, fueron en una frecuencia menor de 2.8%. Las Contusas Maxilo Faciales fue en el intervalo de 32 a 38 años. La región malar fue la más afectada por sufrir lesiones contusas maxilo faciales con un 31.43%



CAPÍTULO V
CONCLUSIONES Y
RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Primera.** Entre las características clínicas de las lesiones en la región estomatognática en niños y adolescentes producto de violencia física familiar atendidos en el Servicio de Estomatología Forense en el 2012 encontramos mayor porcentaje de lesiones en los labios (97%) en mucosa oral (67%); hematomas (89%) y equimosis (33%)
- Segunda.** El mecanismo de violencia física familiar en niños y adolescentes atendidos en el Servicio de Estomatología Forense del Instituto de Medicina Legal de Arequipa 2012 son predominantemente pellizcos /apretones (88%) bofetadas /jalón de pelo (54%)
- Tercera.** Las características clínicas predominantes del Aparato Estomatognático producto de violencia física familiar en niños y adolescentes atendidos en el Servicio de Estomatología Forense del Instituto de Medicina Legal de Arequipa 2012 son lesiones en labios y hematomas, en donde el mecanismo de violencia predominante son los pellizcos, apretones y bofetadas. Teniendo como el principal agresor de los niños y adolescentes al padre.

RECOMENDACIONES

- Primera.-** Es necesario que el profesional Odontólogo tenga los conocimientos necesarios, estar debidamente capacitado para poder distinguir cada una de las lesiones del Aparato Estomatognatico que han sido provocadas por violencia física y brindar una adecuada atención integral a sus pacientes.
- Segunda.-** Conviene recomendar que el profesional odontólogo informe y oriente a sus pacientes, en como denunciar y hacer valer los derechos de los niños y adolescentes en el momento que haya un caso de violencia familiar, ayudando de esta manera a modificar las conductas agresivas que tienen contra estos, e instruirlos a denunciar siempre este tipo de abuso y así poder disminuir la violencia física.
- Tercera.-** Se sugiere que la Universidad Católica de Santa María realice estudios integrales a través de las facultades de Odontología, Medicina, Psicología y el departamento de Servicio Social, para identificar las características de las lesiones en el Aparato Estomatognatico, los factores de la violencia familiar y disminuir sus efectos negativos sobre la salud física, mental y oral de los niños y adolescentes.

BIBLIOGRAFÍA

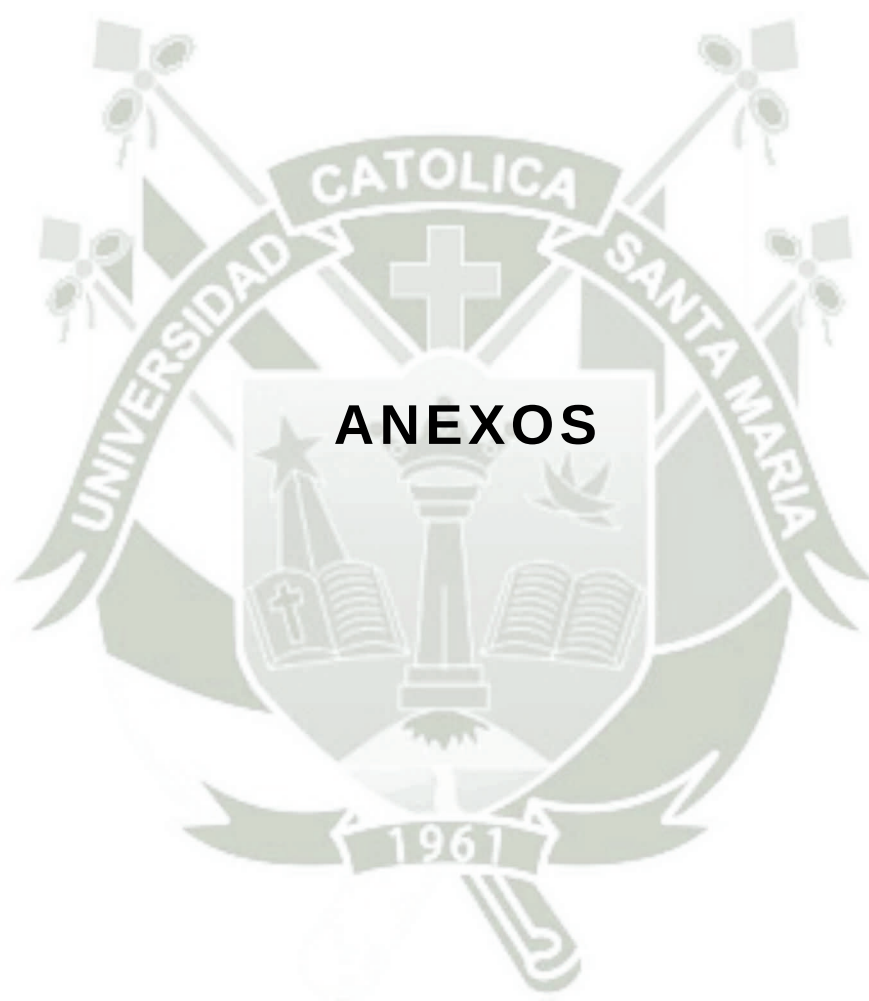
- INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL. Guía médico legal de valoración integral de lesiones y determinación de deformación de rostro
- BRIÑON ELIDA NORMA. Lesiones e latrogenias en Odontología legal.
- FRANCOIS.R. Tratado de Osteopatía Craneal, Articulación Temporomandibular
- MANNS. A, DIAS. G, Sistema Estomatognático Facultad de Estomatología Universidad de Chile 1983
- Morante-Sánchez C, Kanashiro-Irakawa C. El odontólogo frente al maltrato infantil. RevEstomatol Herediana. 2009; 19(1):50-54. Disponible en: http://www.upch.edu.pe/faest/publica/2009/vol19_n1/vol19_n1_09_art8.pdf, con acceso el 20-jul-2013
- Walton. Traumatismos Maxilo Faciales. ClinicasQuirurgicas de Norteamérica - 1982
- Carmona Vidal E, Ayala Pérez Y, Rodríguez Carracedo E, Díaz Morell J, Martínez Rojas C. Lesiones traumáticas orales en la infancia. Correo Científico Médico de Holguín 2010; 14(1). SORIANO DIAZ. ANDRES. Educación y Violencia Familiar
- RAMOS. M. Manual sobre Violencia Familiar Física y Sexual
- MOYA. V, ROLDAN. B, SANCHEZ. J. Odontología Legal y Forense Masson
- BONNET EMILIO. Lesiones de Medicina Legal
- HUPP. R. Cirugía Oral y Maxilofacial contemporánea
- ALVAREZ, Silvia. DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO DEL TRAUMATISMO DENTAL. 1ra edición editorial actualidades Odontológicas -1997

HEMEROGRAFIA

- PACHECO José, DIAZ Noelia, DE LA CRUZ Nancy en RevPeruMedExp Salud Publica. 2012;29(1): *lesiones traumáticas recientes en casos de violencia familiar*
- Lorena Escalante-Romero, Charles Huamaní, Hilda Serpa, Carlos Urbano-Durand, Gaudy farfán-Meza, Carolina ferrer-Salas, Gilda Granados-Chávez: *maltrato infantil y del adolescente registrado en un hospital de referencia nacional, 2006 – 2011*

INFORMATOGRAFIA

- proyectos.inei.gob.pe/endes/2012/cap12.pdf
- <http://medicinalegalaldia.blogspot.com/2008/01/traumatologa->



Anexo 1
Ficha de recolección de datos

Nº de ficha: _____

De la víctima

Edad: _____ Años

Sexo: Varón ☐ Mujer ☐

Relación con el agresor: hijo ☐ padre ☐ hermano ☐ Otro

De las Lesiones

Ubicación:

- a) Labios ☐ b) Mucosa oral ☐ c) Encías ☐ d) Dientes ☐
d) Lengua ☐ e) Articulación temporo-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/Zamacones/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 EL BACHILLER EN ODONTOLOGIA POR LA UNIVERSIDAD CATOLICA SANTA MARIA SR. PAUL DENIS MEDINA MIRANDA, HA PARTICIPADO DEL TRABAJO DE INVESTIGACION DENOMINADO: "CARACTERISTICAS CLINICAS DE LAS LESIONES EN EL APARATO ESTOMATOGNATICO PRODUCTO DE LA VIOLENCIA FAMILIAR EN NIÑOS Y ADOLESCENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE ESTOMATOLOGIA FORENSE DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE AREQUIPA, 2012 .

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 II AREQUIPA**

DR. MARCO A. CADENAS PORTUGAL
Cirurgano Estomatologo Forense
COP: 5564
Av. Daniel Alcides Carrón s/n Arequipa