



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGÍA

“LESIONES Y ZONAS AFECTADAS DEL MACIZO CRÁNEO FACIAL EN
MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR. REPORTADAS
EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL. AREQUIPA 2015”

MARTÍN JOSÉ ZEVALLOS SOTO

Tesis para optar el Título Profesional de

CIRUJANO DENTISTA

AREQUIPA – PERÚ

2017

DEDICATORIA

A ti mi DIOS, tú el que todo lo puede, el más sabio de todos, el más poderoso, gracias por hacer realidad mis deseos y mis metas, gracias por demostrarme tu gran amor y bendecirme con el día a día que me das por ser mi refugio en mis momentos de tristeza.

A mi Madrecita Delia

Tu mamita que fuiste mi confidente, mi amiga, mi paño de lágrimas una de mis principales razones para salir adelante. *Hoy ya no te tengo a mi lado pero sé que desde el cielo me estas cuidando y guiando para ser bueno y a la vez sé que estas muy feliz porque tu hijo se está graduando. Gracias a ti ya soy un profesional. Gracias por haberme dado la vida te amo madre mía.*

A mis amores Jeinmy y Vasco

Que han sido un pilar fundamental para poder salir adelante, a ti Jeinmy gracias por haberme dado una razón más de salir adelante mi hijo Vasco muy agradecido contigo y sé que vamos a estar juntos para cumplir nuestras metas.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr José Humberto Quispe Huanca asesor de mi tesis, por toda su colaboración, tiempo dedicado por compartir su conocimiento en esta investigación.

Al Dr. Xavier Sacca Urday por su colaboración y el tiempo prestado para poder culminar este trabajo de investigación.

Al Dr. Wilfor Ríos Tamo por ser parte fundamental y por ayudar a que salga adelante este trabajo de investigación.

A ti mamita linda que estas en el cielo que siempre me decía avanza tu tesis ahora si te puedo decir con mucho orgullo tesis terminada mamita.

A mis grandes amores Jeinmy y vasco que son de mi gran adoración.

A mis familiares especialmente a mi hermana Lisbeth una persona muy justa que dio todo por mí para que pueda salir adelante.

A mis sobrinas Alejandra y Antuaneth que las quiero mucho.

A mis amigos casi hermanos, Rafael, Wilfredo, Francisco que siempre estuvieron y están con migo en las buenas y en las malas.

A mi papa, Hugo a mis hermanos Víctor Hugo, Mariela del Rocío, Karina muchas gracias por su cariño que me brindan.

A mis amigos de universidad Anabella Guzman Villegas Lorena Davila Pampani y Jose Cahualla que siempre estuvieron conmigo en todo momento.

RESUMEN

Actualmente, la violencia familiar se está constituyendo un problema de salud pública, pues va en aumento, siendo los más afectados los menores de edad que integran las familias, casi siempre, disfuncionales. Por este motivo, el presente trabajo de investigación tuvo por objetivo establecer las lesiones del macizo cráneo facial y las zonas afectadas en los niños involucrados en violencia familiar.

El presente estudio se ajustó al tipo de investigación no experimental, además correspondió a los diseños transversal, documental, retrospectivo y descriptivo. La población de estudio estuvo constituida por la totalidad de casos registrados de violencia familiar en el Instituto de Medicina Legal de Arequipa, durante el 2015. Para la recolección de datos se utilizó la técnica documental, elaborándose una ficha para tal fin.

Los resultados nos muestran que las lesiones que más prevalecieron fueron las simples (83.5%); respecto al tipo de la lesión, fueron los hematomas los más frecuentes en las simples (40.1%), en las complejas las avulsiones (65.2%) y en los causados por agentes físicos, en todos los casos, correspondieron a quemaduras. En relación con la ubicación, a nivel de cráneo, solo las lesiones simples registraron datos, siendo el hueso frontal el más afectado (36.2%), las lesiones complejas y por agente físico no evidenciaron lesiones. En lo que respecta a la cara, las lesiones simples fueron en el tercio superior (38.2%), en tanto en las compuestas y por agente físico fue el tercio inferior el más afectado (100.0% y 71.4% respectivamente). No hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre el sexo y la edad con la presencia de lesiones en el macizo cráneo facial.

Palabras clave:

Violencia familiar. Lesiones. Ubicación. Macizo cráneo facial. Menores de edad.

ABSTRACT

Currently, family violence is becoming a public health problem, as it is increasing, with the most affected being minors who integrate families, usually, dysfunctional. For this reason, this research aimed to establish the lesions of the massive facial skull and affected areas in children involved in family violence.

The present study was adjusted to the type of non-experimental research, and corresponded to transversal, documentary, retrospective and descriptive designs. The study population consisted of all registered cases of family violence in the Institute of Legal Medicine of Arequipa, during the year 2015. For data collection, the documentary technique was used, and a form was prepared for this purpose.

The results show that the most prevalent lesions were simple (83.5%); with regard to the type of lesion, hematomas were the most frequent in the simple (40.1%), in the complex the avulsions (65.2%) and those caused by physical agents, in all cases, corresponded to burns. Regarding the location, at the skull level, only the simple lesions recorded data, with the frontal bone being the most affected (36.2%), the complex lesions and by physical agent showed no lesions. With regard to the face, the simple lesions were in the upper third (38.2%), while in the composite and physical agent the lower third was the most affected (100.0% and 71.4%, respectively). We found no statistically significant relationship between sex and age with the presence of lesions in the massive facial skull.

Keywords:

Domestic violence. Injuries. Location. Massive facial skull. Minors.

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN	1
--------------------	---

CAPÍTULO I: PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática	2
1.2 Formulación del Problema	3
1.3 Objetivos de la investigación	3
1.4 Justificación de la investigación	3
1.4.1 Importancia de la investigación	3
1.4.2 Viabilidad de la investigación	4
1.5 Limitación del estudio	5

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes de la investigación.....	6
• Antecedentes internacionales.....	6
• Antecedentes nacionales.....	8
• Antecedentes locales.....	8
2.2 Bases teóricas	9
2.2.1 MACIZO CRÁNEO FACIAL	9
2.2.1.1 ZONA CRANEANA.....	10
2.2.1.1.1. HUESO FRONTAL	11
2.2.1.1.2. HUESO PARIETAL.....	14
2.2.1.1.3. HUESO TEMPORAL	16
2.2.1.1.4. HUESO OCCIPITAL	23
2.2.1.2 ZONA DE LA CARA	26
2.2.1.2.1 TERCIO SUPERIOR.....	27
2.2.1.2.1.1 ZONA FRONTAL	28
2.2.1.2.2 TERCIO MEDIO	29
2.2.1.2.2.1 ZONAS PALPEBRALES	29
2.2.1.2.2.2. ZONAS OCULARES.....	32
2.2.1.2.2.3. ZONA CIGOMÁTICA	32

2.2.1.2.3	TERCIO INFERIOR	34
2.2.1.2.3.1	ZONA BUCAL	34
2.2.1.2.3.2	ZONA GENIANA.....	35
2.2.1.2.3.3	ZONA MENTONIANA	39
2.2.2	LESIONOLOGÍA ORAL	41
2.2.2.1	LESIONES SIMPLES	41
2.2.2.1.1	EROSIÓN	41
2.2.2.1.2	HEMATOMAS.....	41
2.2.2.1.3	HERIDAS CONTUSAS	42
2.2.2.2	LESIONES COMPLEJAS	42
2.2.2.2.1	MORDEDURA	42
2.2.2.2.2	AVULSIÓN O ARRANCAMIENTO.....	42
2.2.2.3	LESIONES POR AGENTES FÍSICOS.....	43
2.2.2.3.1	QUEMADURAS	43
2.2.2.3.1.1	FRIO	44
2.2.2.3.1.2	ELECTRICIDAD.....	44
2.2.2.3.1.3	CALOR	45
2.2.3	VIOLENCIA FAMILIAR	45
2.2.3.1	TIPOS DE VIOLENCIA FAMILIAR	45
2.2.3.1.1	VIOLENCIA FÍSICA	45
2.2.3.1.2	VIOLENCIA PSICOLÓGICA	46
2.2.3.1.3	VIOLENCIA SEXUAL	46
2.2.3.1.4	VIOLENCIA ECONÓMICA O PATRIMONIAL ...	47
2.3	DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS	48

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1	FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS	50
3.2	VARIABLES; DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL.....	50

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1	DISEÑO METODOLÓGICO	53
4.2	DISEÑO MUESTRAL.....	53
4.3	TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD	54

4.4	TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN	54
4.5	TÉCNICAS ESTADÍSTICA UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN	54
CAPÍTULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN		
5.1	ANÁLISIS DESCRIPTIVO, TABLAS DE FRECUENCIA, GRÁFICOS	56
5.2	ANÁLISIS INFERENCIAL	72
5.3	COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS	74
5.4	DISCUSIÓN	77
	CONCLUSIONES.....	79
	RECOMENDACIONES	80
	FUENTES DE LA INFORMACIÓN.....	81
	ANEXOS	84

ÍNDICE DE TABLAS

1	DISTRIBUCIÓN DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR SEGÚN SEXO.....	56
2	DISTRIBUCIÓN DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR SEGÚN EDAD.....	58
3	TIPO DE LESIÓN EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR.....	60
4	CLASIFICACIÓN DEL TIPO DE LESIÓN EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR.....	62
5	UBICACIÓN EN CRÁNEO DE LAS LESIONES DE MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR SEGÚN EDAD	64
6	UBICACIÓN EN CARA DE LAS LESIONES DE MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR.....	66
7	RELACIÓN ENTRE SEXO Y LESIONES EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR	68
8	RELACIÓN ENTRE EDAD Y LESIONES EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR	70
9	PRUEBA CHI CUADRADO PARA RELACIONAR EL SEXO Y LAS LESIONES EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR.....	72
10	PRUEBA CHI CUADRADO PARA RELACIONAR LA EDAD Y LAS LESIONES EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR.....	73

INDICE DE GRÁFICOS

1	DISTRIBUCIÓN DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR SEGÚN SEXO.....	57
2	DISTRIBUCIÓN DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR SEGÚN EDAD.....	59
3	TIPO DE LESIÓN EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR.....	61
4	CLASIFICACIÓN DEL TIPO DE LESIÓN EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR.....	63
5	UBICACIÓN EN CRÁNEO DE LAS LESIONES DE MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR SEGÚN EDAD	65
6	UBICACIÓN EN CARA DE LAS LESIONES DE MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR.....	67
7	RELACIÓN ENTRE SEXO Y LESIONES EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR	69
8	RELACIÓN ENTRE EDAD Y LESIONES EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR	71

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la violencia familiar en menores de edad va en aumento y esto se ve reflejado en estudios realizados en distintos países de Sudamérica. El Perú no es ajeno a este tipo de problemas más bien es uno de los países que tiene un índice de violencia familiar en menores de edad muy elevado.

Los casos de violencia familiar en menores de edad se dan más en hogares disfuncionales, la violencia familiar no solo es de carácter físico sino también de carácter psicológico y en casos extremos puede llegar al abuso sexual.

Con esta investigación se pretende conocer el porcentaje de menores de edad que sufren violencia familiar. Así mismo, tiene como objetivos principales establecer las lesiones y zonas afectadas del macizo cráneo facial en casos de violencia familiar en menores de edad que han sido reportadas en el Instituto de Medicina Legal Arequipa en el año 2015.

CAPÍTULO I

PLANEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

La violencia familiar es un problema de salud pública que se presenta en todos los estratos sociales, sin importar la condición económica, cultural ni rango de edades.

Cuando existe violencia familiar física se ven afectados en primer lugar los huesos y los músculos del macizo facial que pueden dar origen a erosiones, hematomas, entre otras lesiones.

Existen estudios realizados en nuestro país donde se refleja que año a año la violencia familiar de tipo físico va en aumento. Según una encuesta realizada por el INEI se preguntó a las mujeres entrevistadas con hijas e hijos en el hogar sobre las formas de castigo que su esposo o compañero o ella misma ejercen a sus hijas e hijos. Asimismo, si sus padres la castigaban a ella y en qué forma; y si sabían que su padre golpeaba a su madre. También se les preguntó si era necesario el castigo físico para educar a las hijas e hijos y con qué frecuencia.

De acuerdo con la declaración de las mujeres entrevistadas con hijas/os en el hogar, entre las formas de castigo para regañar o corregir a sus hijas e hijos, destacan la reprimenda verbal (37,0%), prohibiéndoles algo que les gusta (22,6%) y con golpes o castigos físicos (17,5%). Según la encuesta ENDES 2000 (Encuesta Demográfica y de Salud Familiar), el 41% de padres y madres acude a los golpes para corregir a sus hijos e hijas. Gracias a esta encuesta realizada por INEI las estadísticas serán utilizadas como patrón de referencia para esta investigación.

La problemática lleva a considerar que la violencia familiar es un problema de carácter social que nosotros mismo debemos de erradicarlo de nuestra localidad.

El macizo cráneo facial es la parte más expuesta y afectada en los casos de violencia familiar de tipo físico. Se realizó un estudio descriptivo de las historias clínicas estomatológicas ingresadas en el instituto de medicina legal de Arequipa del año 2015.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Cuáles son las lesiones y zonas afectadas del macizo cráneo facial en menores de edad que sufren violencia familiar?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

- Establecer las lesiones en el macizo cráneo facial en casos de violencia familiar en menores de edad.
- Establecer las zonas afectadas en el macizo cráneo facial en casos de violencia familiar en menores afectados.
- Determinar el tipo de lesión del macizo cráneo facial en casos de violencia familiar, según sexo de los menores de edad.
- Determinar el tipo de lesión del macizo cráneo facial en casos de violencia familiar, según edad de los menores involucrados.

1.4 JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

Desde el punto de vista científico: El presente trabajo de investigación nos dará una mayor información sobre los casos de violencia familiar.

Desde el punto de vista académico: para que los docentes y alumnos puedan conocer las características que se van a presentar producto de la violencia familiar en menores de edad y así poder detectarlos.

Desde el punto de vista social se ve que en la consulta odontológica se llega atender a pacientes menores de edad donde se observa en algunos un comportamiento distinto a los normales y a la vez presentan lesiones en el macizo cráneo facial como hematomas,

heridas contusas, erosiones, mordeduras, avulsiones, quemaduras de origen traumático que debemos de poner en evidenciar al padre o tutor con el que acude a la consulta el menor de edad.

Desde el punto de originalidad NO existe investigación alguna referente al tema mencionado en este título

1.4.2 VIABILIDAD DE LA INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es viable, porque hay disponibilidad de recursos como se muestra a continuación:

A) Humanos

Investigador : Bach. Martin Jose Zevallos Soto.

Asesor : Dr. Jose Humberto Quispe Huanca.

B) Financieros

El presente trabajo de investigación fue financiado en su totalidad por el investigador.

C) Materiales

- Historias Clínicas.
- Papel bond.
- Lapiceros.
- Lápiz grafito.
- Impresora.
- Computadora.
- Borrador.
- Tajador.

D) Institucionales

- Universidad Alas Peruanas Filial - Arequipa.
- Instituto de Medicina Legal Arequipa.

1.5 LIMITACIÓN DEL ESTUDIO

- Auditorías internas que va a generar que el recojo de la información se dilate en el tiempo.
- Ausencia del encargado de archivos del Instituto de Medicina Legal de Arequipa.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

- **ANTECEDENTES INTERNACIONALES:**

Sánchez, Norma; Cuenya, Lucas ESTUDIO SOBRE MALTRATO INFANTIL EN NIÑOS Y ADOLESCENTES DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES 2011 ⁽¹⁾ . Este estudio extrae los datos de la base REUNA (Registro Estadístico Unificado de Niñez y Adolescencia) La base total estaba compuesta por 10677 casos, pero los casos donde solo se produjo por maltrato fueron 5341 casos La muestra estuvo compuesta por un 60% de mujeres, con edades comprendidas en la franja etaria de 0 a 20 años (Media = 9.16, DS = 5.39). La mayoría de los sujetos fueron de nacionalidad argentina (98.5%). El tipo de maltrato físico fue el más frecuente dentro de las causas de intervención (48.8%), en cuanto al sexo También los niños mostraron una frecuencia porcentual más elevada de maltrato físico (47.3%) y las niñas (41.3%)

- Jimenes, Ivone; De la paz, Alina; Portel, Janet; Camino, Niura. MORBILIDAD Y MALTRATO INFANTIL ENTRE 7 Y 14 AÑOS EN CONSULTA PSICOLÓGICA CAMAGUEY 2006⁽²⁾ en este estudio de un total de 90 pacientes estudiados, el mayor porcentaje estuvo representado en el grupo de edades de 7 – 10 años, predominando además el sexo masculino. Las principales causas de atención psicológica encontradas (morbilidad) fueron: las situaciones inadecuadas para un 12.2 %, los trastornos transitorios situacionales (TTS) en (11,1 %), las neurosis y el síndrome ansioso en (10 % para ambos). El 85,6% (77 niños) evidenció ser víctima de maltrato, siendo el grupo de edades de 7-10 años y el sexo masculino los que más lo reflejaron, debido a que el mayor número de niños estudiados eran varones y del grupo de edad de 7-10 años . Se analizó, además, la relación entre la morbilidad y las formas de maltrato encontradas. Fue más frecuente el maltrato

emocional (98,7%), presente en 76 niños, seguido de la negligencia en los cuidados en un 77,9 % (los referidos a la alimentación) y en un 54,5% (los referidos a la atención médica), y el maltrato físico, presente en 34 niños (44,2%).

- Vizcarra, Maria; Cortes, Julia; Bustos, Luis; Alarcon, Marina; Muños, Sergio. MALTRATO INFANTIL EN LA CIUDAD DE TENUCO, ESTUDIO DE PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS. ⁽³⁾ En este estudio se encontró como resultado que La prevalencia de la agresión psicológica emitido por las madres o padres fue de 17,5% y 6,8% respectivamente. Las cifras de los castigos corporales entregado por la madre o padres eran 42,3% y 17% respectivamente. El 3% de las madres y el 1,2% de los padres reconocen abuso físico severo. El maltrato infantil es un problema significativo extendido en Temuco que requiere programas de intervención multidisciplinarios.
- Apache Nataly, Castaño Jose, Castillo Carolina, Garcia Andres, Gongora Henry, Gonsales Patricia, MALTRATO INFANTIL SEGÚN LA ESCALA DE ESTRATEGIAS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS (CTSPC), EN POBLACIÓN ESCOLARIZADA DE LA CIUDAD DE MANIZALES (COLOMBIA), 2011 ⁽⁴⁾ La escala CTSPC mostró en promedio 9,21% o 29,29 en puntaje absoluto. Según el resultado de esta escala al 33,7% lo castigan pegándole con cinturón, al 9,5% con cable, el 10,9% han presentado quemaduras con plancha, el 9% han sido amenazados con abandono, o ser echados de la casa, solo al 61,3% nunca le pegan cuando lo castigan. El valor de la escala CTSPC mostró relación significativa con género ($p=0,015$), funcionalidad familiar ($p=0,028$), el consumo de licor ($p=0,013$), y maltrato infantil ($p=0,001$) anterior de las personas que los cuidan, el pelear con los compañeros ($p=0,004$). El 29,1% presenta consumo de licor en la familia, el 18,3% antecedente de maltrato en algún miembro de la familia, el 51,5% presenta algún tipo de disfuncionalidad familiar.

ANTECEDENTES NACIONALES:

- Altamirano Vera María. EL MARCO SIMBÓLICO DE LA LEY DE VIOLENCIA FAMILIAR Y SUS MODIFICACIONES Trujillo 2014 ⁽⁵⁾ los resultados fueron que en el año 2012 en la 01- 06 FPF se presentaron 3004 de violencia familiar, en el 2013 4208 casos de violencia familiar donde se ve un aumento del 40% entre año y año. En el año 2012 se presentaron 677 casos de maltrato físico, maltrato psicológico 950 y maltrato físico y psicológico un total de 1332 un total de 2959 y en el año 2013 se presentaron 4022 casos de maltrato entre ellos físico 930, psicológico 1327 y físico y psicológico 1765 donde hubo un aumento entre año y año del 36%.
- VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, NIÑAS Y NIÑOS MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. PLAN NACIONAL CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER, 2009-2015. LIMA 2009 FORMA DE CASTIGO A HIJAS E HIJOS ⁽⁶⁾. Las formas de castigo para regañar o corregir a sus hijas e hijos, destacan la reprimenda verbal (37,0%), prohibiéndoles algo que les gusta (22,6%) y con golpes o castigos físicos (17,5%). En menor proporción (con menos del 1,0%) fueron quitándoles las pertenencias, quitándoles el apoyo económico, privándolos de la alimentación, ignorándolos, con más trabajo, echándoles agua y dejándoles encerrados. El 69,8% de las mujeres alguna vez unidas maltratadas físicamente resultaron con moretones y dolores y el 13,9% con heridas o lesiones, huesos, dientes rotos o quemaduras. Por edad, estos sucesos se presentan de manera diferenciada, los moretones y dolores es más frecuente en mujeres de 25 a 29 y de 45 a 49 años de edad; las heridas o lesiones o huesos /dientes rotos y quemaduras se presenta en mayor porcentaje en mujeres de 35-39 y 45-49 años de edad.

ANTECEDENTES LOCALES:

No se encontraron.

2.2 BASES TEÓRICAS

2.2.1 MACIZO CRÁNEO FACIAL

El macizo cráneo facial está constituido del esqueleto de la cabeza o región anterior que alberga el encéfalo y los órganos de los sentidos, da soporte estructural a la cara y contiene los tramos iniciales de los tractos gastrointestinales y respiratorios. ⁽⁷⁾

En el macizo cráneo facial se toma en cuenta el periodo embrionario como el periodo post natal, de los diferentes huesos del cráneo, los cuales derivan de las células de la cresta neural y del tejido mesodérmico paraxial, generando la formación del neurocráneo, la cara y el aparato de masticación. ⁽⁷⁾

La participación de los somitas y somitómeros occipitales que contribuyen a la formación de la bóveda craneana y de la base del cráneo dividiéndose en dos partes:

El neurocráneo, constituido por la bóveda craneal y la base del cráneo forma una cubierta protectora para el encéfalo, y se origina en una cobertura cartilaginosa denominada condrocráneo, el que tiene una porción membranosa formada por los huesos planos y una cartilaginosa que formará los huesos de la base del cráneo. ⁽⁷⁾

El viscerocráneo que constituye el esqueleto de la cara.

La cara a su vez dará origen al sistema estomatognaticofacial que se origina de los arcos faríngeos y del proceso frontonasal, dando lugar a la musculatura oromasticatoria y facial, maxilares, mandíbula, y demás huesos de la cara. Es importante mencionar que las porciones cartilaginosas de esta región formarán el cartílago del cóndilo mandibular, el de Reichert, mientras que la porción membranosa, originará la porción ósea de esta región. ⁽⁷⁾

Aparato masticatorio, originado de la lámina dental del ectodermo y de la papila dental de la cresta neural, dará origen al hueso alveolar, dientes, y el sistema de soporte correspondiente. (7)

Después de la constante diferenciación y desarrollo de los huesos cráneo-faciales al momento del nacimiento, los huesos planos del cráneo están separados entre sí por vetas angostas de tejido conectivo, las suturas, que en los sitios donde se encuentran más de dos huesos son anchas y se denominan, fontanelas. La más notable de todas las fontanelas es la fontanela anterior o frontal, que se encuentra en la unión de los huesos parietales y frontales. (7)

Las suturas y las fontanelas por su carácter distensible en el recién nacido permiten que los huesos del cráneo se superpongan entre sí durante el parto, después de lo cual los huesos membranosos vuelven a su posición original y confieren al cráneo su apariencia voluminosa y redondeada. De ésta manera las fontanelas y suturas se mantienen bastante tiempo después del nacimiento. El crecimiento de los huesos de la bóveda craneana, continúa durante la infancia por el desarrollo del cerebro, por lo que se afirma que un niño de 5 a 7 años no tiene completa su capacidad craneana y algunas suturas permanecen abiertas hasta la edad adulta. (7)

2.2.1.1 ZONA CRANEANA

- Bóveda craneana: la bóveda craneal está determinado por factores medioambientales y de la misma forma que los anteriores se basa en centros de crecimiento membranosos en la región frontal y occipital que empiezan su osificación en el tejido conjuntivo, simultáneamente empieza la osificación de las suturas que se encuentran entre los mismos, las cuales se constituirán en: centros de crecimiento, áreas de flexibilidad y movimiento futuro de la bóveda craneal. (8)

De esta manera las suturas: coronal, sagital, occipital, metópica, bregmática, lamboidea, ptérica y astérica se constituirán en zonas potencialmente expansoras de la bóveda craneal durante los primeros años de vida, o en áreas de limitación de crecimiento que den origen a malformaciones craneales por cierre prematuro de las mismas.(8)

- Base de cráneo: la base craneana está basada en cinco cartílagos principales a partir de los cuales se desarrolla todo el esqueleto de soporte del neuro-cráneo, cada uno da lugar a una estructura cráneo-facial como se detalla a continuación:

El cartílago trabecular da lugar al *etmoides*.

El cartílago hipofisiario participa en el desarrollo del *esfenoides*.

El cartílago orbitario es responsable del desarrollo de las alas menores del esfenoides.

Del cartílago temporal se desarrollan las alas mayores del esfenoides.

El cartílago ótico da lugar a la región petrosa del temporal.

Cuando estas estructuras cartilaginosas empiezan su osificación permite la futura conformación de la base del cráneo. (9)

2.2.1.1.1 HUESO FRONTAL

Es un hueso impar que contribuye a la formación del polo anterosuperior de la cabeza ósea, así como también de las fosas nasales, temporales y orbitarias. Se le describen dos caras, exo y endocraneal. Con un borde circunferencial. (10)

-Origen: el hueso frontal es un hueso de cubierta y osificación conjuntiva del cráneo primitivo; la espina nasal procede del condocráneo. Durante el desarrollo es un hueso par que se fusiona a partir del segundo año de vida. ⁽¹⁰⁾

-Cara exocraneal: comprende de tres regiones frontal, orbitaria, temporal. ⁽¹⁰⁾

-Region frontal: se observa en la línea media el residuo de la sutura frontal media o metópica y la glabella, pequeña eminencia en la cual se fija el musculo frontal. A ambos lados hacen relieve las eminencias laterales y por debajo resaltan los arcos superciliares, en mayor o menor grado de acuerdo a la amplitud de los senos frontales. En la porción inferior de esta zona se destaca en la línea media la escotadura nasal, articulada con los huesos propios y la apófisis ascendente del maxilar superior. Lateralmente los arcos orbitarios, con una escotadura u orificio supraorbitario, rematan sus extremos interno y externo en las apófisis orbitarias respectivas. ⁽¹⁰⁾

-Region orbitaria: en el sector medio existe la escotadura etmoidal, limitada hacia ambos lados por dos superficies alargadas dónde se visualizan, sucesivamente. Los orificios de los senos frontales y las semiceldillas articulares con el etmoides, estas últimas surcadas por los canales orbitarios internos, anterior y posterior. La espina nasal del frontal culmina la porción anterior de la escotadura etmoidal, articulándose con la lámina perpendicular del etmoides. ⁽¹⁰⁾

-Las superficies triangulares cóncavas ubicadas a cada lado de la escotadura etmoidal son las carillas orbitarias del frontal, donde se localizan en su porción externa la fosita lagrimal y por detrás de la apófisis orbitaria interna la fosita troclear, para la inserción de la polea de reflexión del tendón del musculo oblicuo mayor. ⁽¹⁰⁾

-Región temporal: corresponde la superficie situada hacia afuera de la cresta lateral del frontal e integra la fosa temporal. ⁽¹⁰⁾

-Cara endocraneal de arriba abajo y en la línea media se mencionan los siguientes elementos: canal del seno longitudinal superior, cresta frontal, agujero ciego y escotadura etmoidal. Lateralmente aparecen las fosas frontales y las eminencias orbitarias, destinadas al lóbulo frontal y circunvoluciones olfatorias del cerebro. ⁽¹⁰⁾

-Borde circunferencial. Las dos terceras partes superiores de este borde se articulan con los parietales (sutura coronal), en tanto la inferior, quebrada por la escotadura etmoidal en dos mitades, se articula con la apófisis de ingrassias. En el área donde se confunden ambos sectores, se nota una carilla rugosa triangular que corresponde al ala mayor del esfenoides. ⁽¹⁰⁾

-Conformación interna: entre las tablas oseas sobre los arcos superciliares, la ausencia del diploe ocasiona la formación de dos cavidades generalmente desiguales separadas por un tabique medio irregular: los senos frontales. Afectan una forma prismática triangular en relación con el

encéfalo y las meninges; la porción interna de la base presenta el orificio de comunicación con el infundibulum, cana que desemboca en el meato medio de las fosas nasales. Hacia afuera, la base del seno frontal confina con la órbita. ⁽¹⁰⁾

-Orientación. La cara convexa hacia adelante y la porción aplanada con una amplia escotadura cuadrilátera, hacia abajo. ⁽¹⁰⁾

2.2.1.1.2 HUESO PARIETAL

Es un hueso par de forma cuadrilátero con dos caras, exo y endocraneal, cuatro bordes y cuatro ángulos. Contribuye la formación de la bóveda craneana y fosa temporal. ⁽¹⁰⁾

-Origen. Procede del esqueleto de cubierta.

-Cara exocraneal. Se anotan los siguientes accidentes: convexidad central o eminencia parietal, línea temporal superior y línea temporal inferior (musculo temporal). Por arriba de la línea temporal superior, la cara exocraneal del hueso está recubierta por la aponeurosis epicraneal y el cuero cabelludo; por debajo es parte integrante de la fosa temporal. ⁽¹⁰⁾

-Cara endocraneal. Ampliamente cóncava en casi toda su extensión (fosa parietal) se relaciona con la cara externa del cerebro, testificada por las impresiones digitales y las eminencias mamilares. Desde el ángulo anteroinferior se origina una red de canales surcados por ramas de la arteria meníngea media, observándose en el extremo de los mismos, cerca del borde superior, unas depresiones

profundas e irregulares que albergan los corpúsculos de pacchione.⁽¹⁰⁾

-Bordes.

-Superior dentado, se articula con el del lado opuesto para formar la sutura media o sagital que corresponde internamente al canal del seno longitudinal superior, por delante del ángulo posterior se identifica el agujero parietal (vena emisaria de santorini).

-Anterior, se articula con el frontal.

-Inferior de concavidad pronunciada, se articula con la escama del temporal.

-Posterior, forma con el occipital la sutura lamboidea.⁽¹⁰⁾

-Ángulos. -Anterosuperior. Se articula con el frontal y parietal opuesto.

-Anteroinferior. Articulado con el ala mayor del esfenoides (pterion); **-Posteriorinferior.** Se introduce en el ángulo delimitado por las porciones escamosas y mastoideas del temporal; por el lado endocraneal corresponde a un sector del canal del seno lateral. **Posterosuperior**, para articularse con el occipital y parietal opuesto.⁽¹⁰⁾

-Orientación. Las caras cóncavas hacia adentro y el ángulo provisto de canales vasculares hacia adelante y abajo.⁽¹⁰⁾

2.2.1.1.3 HUESO TEMPORAL

Es un hueso par implantado en las paredes laterales de la cabeza que aloja en su espesor a dos elementos de jerarquía anatomofuncional: el órgano del oído y el nervio facial. Esta unido al cóndilo de la mandíbula por estructuras ligamentosas que permiten a este último realizar distintos movimientos mediante la articulación temporomandibular. ⁽¹⁰⁾

-Superficie endocraneal.

-Cara interna de la escama con numerosos surcos para el recorrido de la arteria meníngea media.

-Sutura petroescamosa interna.

-Cara anterosuperior o cerebral del peñasco donde se visualizan: la fosita de Gasser (ganglio del nervio trigémino) ; la eminencia arcuata o relieve del conducto semicircular superior; los hiatus de Falopio (nervio petrosos superficiales y profundos) y el tegmen tympani, lámina ósea muy delgada que forma el techo del antro mastoideo, caja del tímpano y trompa de Eustaquio. ⁽¹⁰⁾

-Borde superior del peñasco con el canal del seno petroso superior y dos escotaduras atravesadas por los nervios trigéminos y motor ocular externo. Una cresta externa, a manera de alero, oculta el canal el canal del seno lateral. ⁽¹⁰⁾

-Cara posterosuperior o cerebelosa del peñasco, en la cual se reconoce el agujero auditivo interno al que continua un conducto terminado en cuatro fositas, siendo la anterosuperior el principio del acueducto de Falopio destinado al trayecto del nervio facial. Las

restantes fositas son atravesadas por ramas del nervio estatoacústico. Por fuera del agujero auditivo interno se observa la fosa subarcuata y por debajo de esta la fosita ungueal en cuyo fondo se abre el acueducto del vestíbulo (saco endolinfático).⁽¹⁰⁾

-Superficie endocraneal de la mastoide con el canal sigmoideo para el seno lateral. Por detrás del cual existe una pequeña superficie donde descansa el cerebelo.⁽¹⁰⁾

Superficie exocraneal.

-Cara externa de la escama con surcos vasculares (arteria temporal profunda posterior) que forma parte de la fosa temporal. Hacia abajo desprende la apófisis cigomática para las inserciones de los músculos temporales y masetero. En su borde inferior se destaca el tubérculo cigomático del cual nacen las raíces longitudinales y transversas. A poco de su recorrido, la raíz longitudinal se divide en dos ramas una de las cuales forma el tubérculo cigomático posterior o proceso retroarticular, que completa la pared anterior del conducto auditivo externo, y la otra se pierde en la línea temporal superior del parietal. La raíz transversa o posterointerna, llamada también cóndilo del temporal, es parte integrante de la articulación temporomandibular. Se halla limitada hacia adelante por la cavidad subtemporal donde se inserta el músculo pterigoideo externo y hacia atrás por la cavidad glenoidea, dividida por la cisura de Gasser en dos áreas, la anterior que pertenece a la escama y otra posterior, dependiendo del hueso timpanal,

que constituye la pared anterior del conducto auditivo externo. ⁽¹⁰⁾

-Agujero y conducto auditivo externo, con rugosidades para fijación del fibrocartílago del pabellón de la oreja. La espina suprameatus o de henle, punto de reparto para la trepanación quirúrgicas de la mastoides, la zona cribosa retromeática y la sutura petroscamosa externa, son otros tantos accidentes que se disponen en las cercanías del agujeros auditivo externo. ⁽¹⁰⁾

-Cara externa del mastoides, con asperezas bien marcadas para inserciones musculares y el orificio externo del conducto mastoideo que desemboca, en la cara endocraneal, a nivel del canal del seno lateral (vena comunicante). La vertiente interna del vértice de la apófisis mastoides esta surcada por la ranura digástrica y el canal para arteria occipital. ⁽¹⁰⁾

-Borde anterior del peñasco. Cuya mitad interna es libre para articularse con el ala mayor del esfenoides. En el ángulo limitante con el borde de la escama se localizan los orificios del musculo del martillo y de la trompa de Eustaquio continuados por dos conductos que terminan en la caja del tímpano. La mitad externa del borde anterior no es más que la cisura de Glasser. ⁽¹⁰⁾

-Cara antero inferior del peñasco con dos zonas: una interna, limitada hacia abajo por un canal y relacionada con el musculo del martillo y la trompa de Eustaquio y otra externa, más amplia, que corresponde a la porción timpánica de la cavidad glenoidea. ⁽¹⁰⁾

-Borde inferior del peñasco o cresta petrosa que a nivel de la apófisis estiloides forma la apófisis vaginal y después contornea a la fosa yugular y el orificio inferior del conducto carotideo. ⁽¹⁰⁾

-Cara posteroinferior del peñasco donde se observan tres zonas: externa, media e interna. En la zona externa aparece la apófisis estiloides (inserción del ramillete de riolano) y por detrás de la base del agujero estilomastoideo, tramo final del acueducto de Falopio (nervio facial). Por dentro del mencionado orificio existe un sector articular para la apófisis yugular del occipital. La fosa yugular integra la casi totalidad de la zona media y aloja al golfo de la vena yugular interna; el fondo de la fosa es un tabique óseo que la separa de la caja del timpano y un diminuto orificio indica el trayecto del ramo auricular del neumogástrico. En la zona interna se descubre el orificio externo del conducto carotideo, el orificio inferior del conducto timpánico (nervio de Jacobson) y una superficie rugosa para la inserción del músculo peristafilino interno. ⁽¹⁰⁾

-Borde posterior con el canal del seno petroso inferior y la fosita petrosa (ganglio de Andersh), donde desemboca el acueducto del caracol. La espina yugular del temporal limita el ángulo externo de la fosita petrosa. ⁽¹⁰⁾

-Borde circunferencial. Comienza en el ángulo formado por la porción escamosa y el peñasco donde se intercala la espina del esfenoides; el borde libre de la escama, que describe un arco a concavidad inferior, se articula con el ala mayor del esfenoides y el borde inferior del parietal. Una

profunda escotadura o incisura parietal, punto de confluencia de la escama con la mastoides, señala el sitio donde encaja el ángulo posteroinferior del parietal. A partir de esta referencia, el borde circunferencial se continúa con el borde libre y dentado de la mastoides, articulado a su vez con superficies idénticas del parietal y occipital. A nivel del borde posterior del peñasco, el borde circunferencial se articula hacia afuera con la carilla yugular del occipital y hacia adentro con su porción basilar, dejando así delimitado el agujero desgarrado posterior (vena yugular interna y nervios glosofaríngeos, neumogástrico y espinal). El vértice del peñasco, perforado por el orificio terminal del conducto carotideo, corresponde al ángulo entrante formado por el ala mayor y cuerpo del esfenoides, dejando un espacio libre o agujero desgarrado anterior, normalmente obturado por el periostio y atravesado por el nervio vidiano. La descripción del borde circunferencial termina en la articulación del borde anterior del peñasco con el borde interno del ala mayor del esfenoides hasta el ángulo petroescamoso.⁽¹⁰⁾

-Cavidades y conductos del temporal

Se dividen en tres grupos: 1) cavidades auditivas; 2) conductos que comunican el exterior con las cavidades auditivas y 3) conductos vasculonerviosos.

-Son:

- a) el oído externo oseo (conducto auditivo externo);
- b) el oído medio oseo formado por la caja del

tímpano, las celdas mastoideas y el conducto oseo de la trompa de Eustaquio y c) el oído interno oseo (vestíbulo, conductos semicirculares, caracol y los acueductos del vestíbulo y caracol).⁽¹⁰⁾

-Comprenden:

a) conducto auditivo interno; b) conductos del musculo del martillo y de la trompa de Eustaquio; c) conducto de Jacobson; d) conducto caroticotimpánico, extendido desde la caja del tímpano hasta el conducto carotideo (arteriola y filete nervioso homónimos); e) acueducto coclear y f) acueducto vestibular (conducto endolinfático).⁽¹⁰⁾

-Incluyen:

a) conducto carotideo (arteria carotidea interna); b) acueducto de Falopio al que dos inflexiones o codos lo dividen en tres sectores: laberintico, timpánico y mastoideo, hasta su abertura en el orificio estilomastoideo (nervio facial y arteria estilomastoidea); c) biatus de Falopio (nervio petrosos superficiales y profundos); d) conductos del ramo auricular del neumogástrico; e) conducto para la cuerda del tímpano, rama intrapetrosa del nervio facial y f) conductos para el nervio del estribo.⁽¹⁰⁾

Cavidades neumáticas del temporal. El hueso temporal debe ser considerado como una unidad ósea y neumática, proceso este que se inicia en la trompa de Eustaquio, caja timpánica y antro mastoideo (neumatizacion primaria). Comienza en el quinto o sexto mes de la vida intrauterina, alcanzando su máximo desarrollo hacia el cuarto o quinto año de vida. Es variable según los sujetos y

pueden modificarla o detenerla factores inflamatorios locales o la predisposición congénita (factores hereditarios constitucionales). Tipos anatómicos de apófisis mastoide: neumática, pneumatodiploica, diploica y esclerótica. La neumatización no se detiene en la región mastoidea puesto que invade las distintas porciones del temporal (escama y pirámide petrosa). La mastoide está constituida en su periferie por tejido compacto y en el centro por tejido esponjoso donde se visualizan numerosas cavidades separadas por láminas oseas muy delgadas. De estas cavidades la primera en aparecer es el antro mastoideo, que lo hace en el quinto mes de vida fetal y es el punto de partida de la neumatización del bloque mastoideo. El antro mastoideo es la más voluminosa y constante de las celdas neumáticas del temporal, comunicando por delante con el ático de la caja timpánica a través de un estrecho corredor oseo, el aditus ad antrum. Tiene importantes relaciones quirúrgicas con el seno lateral, meninges, el encéfalo, el nervio facial y el conducto semicircular horizontal. También se comunica con el endocráneo (fosa subarcuata) por mediación del conducto petromastoideo, que alberga una prolongación de la dura madre y vasos sanguíneos.⁽¹⁰⁾

Las celdas neumáticas del temporal son de tamaño variable y se comunican entre sí hasta desembocar en la caja del tímpano. Hacen excepción a esta regla las células del grupo mastoideo y algunas cigomáticas que terminan en el antro y en el aditus. No hay celdas anatómicamente aisladas de la caja timpánica y en consecuencia no existen las celdas

aberrantes; normalmente están ocupadas por aire. En síntesis, la caja del tímpano y las celdas paratimpánicas se agrupan en una unidad anatómica y funcional denominada el oído medio. ⁽¹⁰⁾

-Orientación.

El borde semicircular de la porción escamosa hacia arriba, su cara convexa hacia afuera y la apófisis cigomática hacia adelante. ⁽¹⁰⁾

2.2.1.1.4 HUESO OCCIPITAL

Es un hueso impar de forma romboidal, con dos caras, endo y exocraneal, cuatro bordes y cuatro ángulos. Se articula con la primera vértebra cervical o atlas, el esfenoides, los parietales y temporales. ⁽¹⁰⁾

-Origen. El occipital deriva de la soldadura de dos esbozos distintos: a) la mayor parte procede del condocráneo y b) una pequeña porción se genera de un hueso de cubierta. El interparietal. ⁽¹⁰⁾

-Cara exocraneal. De adelante hacia atrás se describen los siguientes elementos:

-Superficie basilar, con un sector anterior o faríngeo, más amplio que el posterior o prevertebral, para inserciones musculares. Entre ambos se interponen el tubérculo faríngeo, delante del cual se identifica la fosita navicular, en cuyo fondo, pero no siempre aparece la fosita faríngea. ⁽¹⁰⁾

El foramen magnus o agujero occipital, orificio de diámetro apreciable atravesado por el bulbo raquídeo con sus cubiertas meníngeas, la arteria vertebral y los nervios espinal e hipogloso. Es una

vía de comunicación entre la fosa craneal posterior y el conducto raquídeo. Lateralmente el agujero occipital se localiza dos eminencias o cóndilos que se articulan con la primera vértebra cervical o atlas. Por detrás de estos accidentes existen rugosidades para inserciones ligamentosas y hacia afuera la zona yugular se continua hasta el borde cercano del hueso. Ubicadas por delante de cada cóndilo, se aprecian las fositas y agujeros condíleos anteriores (nervio hipogloso).⁽¹⁰⁾

-Posteriormente al foramen magnus se estudia la escama del occipital, amplia superficie ósea con los siguientes elementos destinados a inserciones ligamentosas y musculares: protuberancia occipital externa. Cresta occipital externa. Líneas curvas occipitales superiores e inferiores, estas últimas extendidas hasta la apófisis yugular.⁽¹⁰⁾

Las porciones escamosas y basilar del occipital se sueldan respectivamente con los arcos posterior y anterior del atlas (occipitalización del atlas).⁽¹⁰⁾

-Cara endocraneal. En ella se distinguen:

-Canal basilar, que recibe a la protuberancia y bulbo raquídeo; a cada lado de dicho canal se localizan el tubérculo occipital y dos semicanales completados por otros de la cara posterosuperior del peñasco (senos petrosos inferiores).⁽¹⁰⁾

Situado por detrás del canal basilar aparece el agujero occipital, bordeado por los agujeros condíleo posterior y anterior, este último para el paso de una vena anastomótica. Mas externamente y a la altura

de la superficie yugular se observa dos canales que alojan a la terminación de los senos laterales. ⁽¹⁰⁾

-La cara endocraneal del hueso situada por detrás del orificio occipital corresponde a la escama y en ella se observa cuatro depresiones bien demarcadas, dos anteroinferiores o fosas cerebelosas, separadas por la cresta occipital interna donde se inserta la hoz del cerebelo, y dos posterosuperiores o fosas cerebrales, delimitadas por el canal del seno longitudinal, que fija la hoz del cerebro. A su vez, las fosas cerebrales están separadas de las fosas cerebelosas por el canal del seno lateral, al que se adhiere la tienda del cerebelo. En la confluencia de la cresta occipital interna con los canales laterales y el canal longitudinal superior, nace la protuberancia occipital interna. ⁽¹⁰⁾

-Bordes. Los superiores, dentados, se articulan con los parietales (sutura lambdoidea). En la mitad de los bordes anteriores se visualiza apófisis yugular, cuya vertiente anterior forma la escotadura yugular, donde reposa el golfo de la vena yugular interna, en tanto que la vertiente posterior se articula con el peñasco. Otra porción de la apófisis yugular se articula con la mastoides del temporal. ⁽¹⁰⁾

-Ángulos. Superior. Delimitado por ambos parietales; anterior. Soldado al cuerpo del esfenoides en el adulto (sinostosis) y articulado en el niño por la mediación de un cartílago y los laterales. Se proyectan hacia el punto de unión entre los bordes temporales y parietales. ⁽¹⁰⁾

-Orientación. La cara convexa hacia atrás y el gran agujero en posición horizontal hacia abajo. ⁽¹⁰⁾

2.2.1.2 ZONA DE LA CARA

Cara es la región anatómica ubicada por encima del cuello y en la parte anterior de la cabeza. Pueden describirse dos tipos de límites: óseos y superficiales. La cara cumple gran cantidad de funciones: unas para procesos clásicos de la fisiología, otras participan en las relaciones sociales, de la expresión emocional y afectiva, y de la identidad. Alberga la porción periférica de todos los sistemas sensoriales: ojos, nariz y mucosa olfatoria, lengua, oído externo y gran cantidad de receptores cutáneos de temperatura, dolor, vibración, tensión y presión. Ofrece protección mecánica para estas estructuras, además de inmunológica en las mucosas debido a que allí se ubican las entradas a los tractos digestivo y respiratorio. Los límites óseos corresponden, de medial a lateral, por encima a los arcos superciliares del frontal y a las articulaciones frontonasal, frontolagrimal, frontomaxilar, frontoesfenoidea y frontomalar. El esqueleto facial corresponde al viscerocráneo o esplacnocráneo, cuyo plano de división del neurocráneo es una línea imaginaria trazada desde la glabella hasta el vértice de la apófisis mastoides. ⁽¹¹⁾

El macizo óseo de la cara, está íntimamente articulado con la mitad anterior de la base del cráneo, afecta aisladamente la forma de una pirámide cuadrangular irregular, como base posterosuperior, vértice anteroinferior y cuatro caras anterior, posterior, laterales. ⁽¹⁰⁾

-Cara anterior. Esta demarcada por una superficie triangular cuyos lados serian dos líneas ficticias originadas en el ángulo superior del malar, para continuarse en su cara externa por delante de la cresta cigomatoalveolar, hasta el vértice de la cara. ⁽¹⁰⁾

Entran en su formación la cara externa del malar, las porciones orbitarias y faciales del maxilar superior, los unguis, los huesos propios de la nariz, la abertura piriforme y la cara anteroexterna de la mandíbula. Se identifican los siguientes antecedentes también; escotadura nasolobular, espina nasal anterior, fosita mirtiforme, eminencia canina, fosa canina, sínfisis mentoniana, agujero suborbitario y los rebordes alveolares de los incisivos superiores o inferiores. ⁽¹⁰⁾

-Cara posterior. Corresponde a la bóveda palatina y a la cara interna de la mandíbula, donde se destacan en la primera el agujero palatino posterior y accesorios y la espina nasal posterior; en la segunda observamos las apófisis geni, la fosita digástrica, la fosa sublingual, la fosa submaxilar, la línea mielohioidea el surco mielohioideo y el orificio dentario con la espina de spix. ⁽¹⁰⁾

-Caras laterales. Limitada hacia adelante por la línea convencional que las separan de la cara anterior y atrás por los bordes inferiores del cuerpo y posteriores de la rama ascendente de la mandíbula. Están constituidas por las caras externas del malar y la mandíbula donde se identifican la apófisis marginal del malar, la cresta cigomatoalveolar, el cóndilo, la línea oblicua externa, el agujero y tubérculo mentoniano. ⁽¹⁰⁾

La proporcionalidad vertical tradicionalmente se determina sobre la base del equilibrio de las dimensiones de los tercios superiores, medio e inferior. ⁽¹²⁾

2.2.1.2.1 Tercio superior

Es el área entre el nacimiento del pelo y la línea del ophriac o la línea que pasa por las cejas. ⁽¹³⁾

Estos tercios deben ser prácticamente iguales. Estas medidas tienen dos inconvenientes, uno de ellos es que limita la línea del cabello es muy variable, y el otro es que la glabella es una referencia de localización subjetiva, sobre todo en los casos en que se encuentra poco marcada. ⁽¹²⁾

2.2.1.2.1.1 ZONA FRONTAL

-MUSCULOS OCCIPITO FRONTAL: es un músculo digástrico plano, delgado y cuadrilátero. Cada uno de los vientres musculares del digástrico occipitofrontal que está formado por dos músculos: los occipitales posteriores y los músculos frontales anteriores, pero mientras que los músculos occipitales son claramente distintos uno de otro y están separados en la línea media por un ancho intervalo que llena una prolongación de la aponeurosis epicraneal. Los músculos frontales están unidos en la línea media y forman un plano muscular continuo que ocupa toda la anchura de la región frontal. ⁽¹⁴⁾

Este músculo está aplicado sobre la bóveda craneal y se extiende desde la línea occipital superior a la región de las cejas. ⁽¹⁴⁾

-MUSCULO CORRUGADOR DE LAS CEJAS es aplanado y delgado, se extiende a lo largo de la parte medial del arco superciliar, desde la extremidad medial de dicho arco a la piel de la ceja.
(14)

2.2.1.2.2 TERCIO MEDIO:

Va desde la línea ophriac o la línea que pasa por las cejas a la línea interalar o punto subnasal. (13)

Según Henostrosa la referencia utilizada para delimitar el tercio medio y tercio inferior no es la subnasal sino el ala de la nariz. (12)

2.2.1.2.2.1 ZONAS PALPEBRALES

Los párpados son velos musculomembranosos situados de canto en la base de la órbita, por delante del globo del ojo, al que, según las circunstancias, descubren o cubren. Lo descubren para permitir la visión, y lo cubren para protegerlo contra los agentes exteriores y contra los efectos nocivos de una luz demasiado viva. (15)

Los párpados, dos para cada ojo, se designan párpado superior y párpado inferior. El párpado superior es más extenso que el párpado inferior. A pesar de algunas diferencias de detalle, ambos párpados son bastante parecidos. (15)

-Configuración externa

Los párpados presentan cada uno dos caras, una anterior o cutánea y la otra posterior o mucosa y dos extremos, uno interno y el otro externo. La cara cutánea del párpado inferior es convexa y su parte inferior se observa un surco transversal a menudo remplazado por una prominencia en forma rodete. ⁽¹⁵⁾

El párpado superior muestra un aspecto muy diferente cuando está cerrado o abierto: cuando está cerrado se ajusta al globo ocular, estando relacionado por su parte superior con el surco orbitopalpebral superior. Cuando se abre, forma una especie de cojinete que se sitúa detrás del surco orbitopalpebral. ⁽¹⁵⁾

La cara mucosa de ambos párpados es cóncava y se amolda perfectamente a la superficie del globo. ⁽¹⁵⁾

El párpado inferior y el párpado superior se reúnen en sus extremos formando la comisura lateral o exterior y la comisura medial o interna. Las partes de los párpados que se conectan sin solución de continuidad con la ceja en el caso del párpado superior o con el tejido de la mejilla en el caso de párpado inferior reciben el nombre de borde adherente o limbo o surco orbitopalpebral superior y surco orbitopalpebral inferior. ⁽¹⁵⁾

Los bordes libres de ambos párpados, que se juntan cuando el ojo está cerrado, delimitan la abertura palpebral que es más o menos extensa según que el ojo esté más o menos cerrado. En el borde libre palpebral se divide en porción lagrimal y porción ciliar. La porción lagrimal, está completamente desprovista de pestañas y representa un 10-15% del borde libre. En su espesor están contenidos los conductos lagrimales. En la porción ciliar se encuentran las pestañas, estructuras pilosas de 8 a 10 mm de largo en el párpado superior y de 6 a 8 mm en el párpado inferior. Su número es de 100 a 150 en el caso del párpado superior y de 70 a 75 en el inferior. En ambos casos están dispuestas en una sola fila pero a distintos niveles. También se encuentran en esta porción, las glándulas de Meibomio, las glándulas de Zeis y las glándulas de Moll. ⁽¹⁵⁾

Configuración interna

Los párpados están formados por varias capas superpuestas:

- La piel de los párpados es muy fina con numerosos pelos pequeños en su superficie exterior con glándulas sebáceas asociadas, poco desarrolladas. Las glándulas sudoríparas son pequeñas pero abundantes. ⁽¹⁵⁾

- La capa celular subcutánea es también muy delgada y está formada por tejido conjuntivo laxo. Se deja fácilmente infiltrar ya sea por líquidos normales o patológicos.⁽¹⁵⁾
- La capa muscular de fibras estriadas está constituida por la porción palpebral del músculo orbicular. Los fascículos más internos del orbicular reciben el nombre de músculo de Riolo.⁽¹⁵⁾
- La capa celular submucosa se parece bastante a la capa celular subcutánea, estando formada por tejido conjuntivo laxo.⁽¹⁵⁾
- La capa fibrosa o fibrocartilaginosa está formada por los tarsos y los ligamentos anchos de los párpados.⁽¹⁵⁾
- La capa muscular de fibras lisas, subyacente a los ligamentos anchos constituye el músculo palpebral superior y el músculo palpebral inferior, también llamados músculos de Müller.⁽¹⁵⁾
- La capa mucosa, la más profunda de las capas del párpado está formada por la conjuntiva.⁽¹⁵⁾

2.2.1.2.2.2 ZONAS OCULARES

El ojo humano es un sistema óptico positivo o convergente que forma una imagen invertida del mundo externo sobre

la capa sensible de la retina, situada al fondo del globo ocular. ⁽¹⁶⁾

2.2.1.2.2.3 ZONA CIGOMÁTICA

Se extiende desde la inserción de la fascia temporal superiormente hasta el musculo digástrico inferiormente y desde el límite anterior del musculo masetero y el reborde orbitario lateral hasta la apófisis mastoides, el trago y la raíz del hélix posteriormente. ⁽¹⁷⁾

La primera estructura anatómica después de incidir la piel y el tejido celular subcutáneo, es el sistema musculo aponeurótico superficial (SMAS). Esta es una estructura fibro elástica que se continua sin interrupción alguna con la gálea aponeurótica superiormente y con la fascia cervical superficial y el platisma del cuello inferiormente. Se relaciona cerca al reborde orbitario lateral con la rama frontal del nervio facial. El nervio frontal una vez llega a nivel del arco cigomático se sitúa lateral al SMAS, dirigiéndose adelante y arriba, 2 cm posterior al reborde orbitario lateral para inervar al musculo frontal Hay que tener en cuenta que el SMAS a nivel del arco cigomático se diluye en un colchón graso medial. La arteria temporal superficial, después de un corto recorrido intra parotídeo emerge a nivel del tubérculo de la raíz trasversa de la apófisis cigomática situándose lateral a la fascia

temporal y continuar su recorrido embebida en el SMAS. Termina en dos ramas, las arterias frontal y parietal. La arteria frontal de dirige hacia arriba y anterior y la parietal hacia arriba y posterior, irrigando ambas la piel y tejido celular subcutáneo de la zona frontal y temporal respectivamente. Sobre el musculo masetero encontramos las ramas del nervio facial. El lóbulo superficial de la parótida llena el estrecho espacio entre el borde posterior de la rama ascendente del maxilar inferior y el conducto auditivo externo óseo medialmente y entre el musculo esternocleidomastoideo, el musculo masetero y el conducto auditivo externo cartilaginoso lateralmente. ⁽¹⁷⁾

2.2.1.2.3 Tercio inferior

Se extiende desde la línea interalar o punto subnasal al extremo de la barbilla. ⁽¹³⁾

El tercio inferior es proporcional al tercio medio (ARNETT Y MCLAUGHLIN 2004) ⁽¹²⁾

2.2.1.2.3.1 ZONA BUCAL

Se encuentra situada en la parte lateral de la cara y constituye la parte posterior de la mejilla. Ocupa la cara lateral de la rama mandibular. ⁽¹⁸⁾

Está constituido por Piel y tejido celular subcutáneo. La piel es fina y movable; debajo de ella se encuentra un panículo

adiposo de grosor variable, limitado profundamente por la fascia *superficialis*. Esta fascia se continúa por arriba con la fascia epicránea y por debajo se desdobra para cubrir los músculos risorio y platisma. Por dentro de la fascia *superficialis* se encuentra una capa de tejido celular subcutáneo, donde discurren la arteria transversal de la cara y ramas terminales del nervio facial. En la piel del adulto varón se encuentran pelos que forman parte de la patilla del individuo. ⁽¹⁸⁾

MÚSCULO MASETERO es grueso, corto y rectangular, alargado de superior a inferior y se extiende del arco cigomático a la cara lateral de la rama mandibular y está cubierto por una fascia delgada pero resistente, insertada superiormente en el arco cigomático inferiormente en el borde inferior de la mandíbula, posteriormente en el borde posterior de este hueso y anteriormente en el borde anterior de la apófisis coronoides y de la rama de la mandíbula. ⁽¹⁴⁾

2.2.1.2.3.2 ZONA GENIANA

Se encuentra situada en la parte lateral de la cara. Se encuentra limitada por arriba por el borde inferior de la órbita, que la separa de la región orbitaria; por detrás la limita el borde anterior del músculo masetero y por delante los surcos nasogeniano y labiogeniano, la comisura

labial y una línea vertical que discurre desde esta comisura hasta el borde inferior de la mandíbula. Por debajo la región está limitada por el borde inferior del cuerpo de la mandíbula. ⁽¹⁸⁾

La cara lateral o cutánea es redondeada en los niños y en los individuos gruesos; en el viejo se encuentra deprimida y dicha depresión se acentúa en los sujetos delgados y en los desdentados totales. Por encima de esta depresión se encuentra la eminencia del pómulo, producida por el hueso cigomático. ⁽¹⁸⁾

Está constituido por Piel y tejido subcutáneo. La piel es histológicamente de tipo delgado; cubre el tejido celular subcutáneo, cuyo espesor aumenta de delante hacia atrás. Posee glándulas sudoríparas y sebáceas, y los pelos de la barba en el adulto varón. Libro Anatomía aplicada a la estomatología ⁽¹⁸⁾

MÚSCULO ELEVADOR DE LOS LABIOS Y EL ALA DE LA NARIZ

Es delgado y alargado en el surco nasogeniano, desde el borde medial de la órbita hasta el labio superior. ⁽¹⁴⁾

MÚSCULO CIGOMÁTICO MENOR
delgado estrecho y alargado paralelamente al borde lateral del elevador del labio superior, el cigomático menor se inserta superiormente en la parte media de la cara

lateral del hueso cigomático e inferiormente en la cara profunda de la piel del labio superior. ⁽¹⁴⁾

MÚSCULO CIGOMÁTICO MAYOR es aplanado y se extiende lateralmente al cigomático menor, desde el hueso cigomático a la comisura de los labios. ⁽¹⁴⁾

MÚSCULO RISORIO Es un musculo inconstante, extremadamente delgado y triangular que se extiende, en la parte media de la mejilla, desde la región maseterina a la comisura de los labios.

Se inserta posteriormente en la fascias maseterina mediante haces más o menos diferenciados que terminan en la piel de la comisura labial. ⁽¹⁴⁾

MÚSCULO DEPRESOR DEL ÁNGULO DE LA BOCA

Es ancho, aplanado, delgado y triangular, se extiende entre la mandíbula y la comisura de los labios. ⁽¹⁴⁾

MÚSCULO ELEVADOR DEL LABIO SUPERIOR

Es aplanado, delgado y ancho y cubierto en parte por el precedente, se extiende desde el reborde de la órbita al labio superior. ⁽¹⁴⁾

MÚSCULO ELEVADOR DEL ÁNGULO DE LA BOCA

Es aplanado y cuadrilátero, este musculo se extiende desde la fosa canina al labio superior. ⁽¹⁴⁾

MÚSCULO BUCCINADOR de forma aplanada, ancho e irregular cuadrilátero. Está situado en la parte profunda de la mejilla, entre el maxilar y mandíbula y la comisura de los labios.

Sus inserciones posteriores se efectúan en el borde anterior del mus pterigomandibular y en el borde alveolar del maxilar y la mandíbula, a lo largo de los tres últimos molares. La inserción en el borde alveolar de la mandíbula se prolonga sobre la cresta buccimatriz y se une posteriormente con el fascículo tendinoso del temporal, que se inserta en el labio medial del borde anterior de la rama mandibular. ⁽¹⁴⁾

Desde esta línea de inserción, que representa una U abierta anteriormente, las fibras llegan a la comisura labial, las superiores un poco oblicuamente en sentido inferior y anterior, las medias casi horizontalmente y las inferiores oblicuamente en dirección superior y anterior. Las fibras se encuentran en la vecindad de la comisura y se fijan a la cara profunda de la piel de la comisura y del tercio lateral de los labios, es tal este

entrecruzamiento que las fibras superiores se dirigen a la comisura y al labio inferior, en tanto que las inferiores terminan en la comisura y el labio superior. ⁽¹⁴⁾

Este buccinador está cubierto por la fascia bucofaríngea que es densa y fibrosa posteriormente pero delgada y celular en la parte anterior. ⁽¹⁴⁾

MÚSCULO ORBICULAR DE LOS LABIOS
este musculo ocupa el espesor de los dos labios.

Es elíptico y está formado por fibras dispuestas concéntricamente en tono a la hendidura bucal.

Se compone de dos porciones una periférica o porción marginal y otra central o porción labial. ⁽¹⁴⁾

2.2.1.2.3.3 ZONA MENTONIANA

El aspecto externo de la región mentoniana es el de la eminencia del mentón. El mentón constituye un carácter puramente humano. ⁽¹⁸⁾

Se limita La región mentoniana está limitada por arriba por el surco mentolabial, que la separa de la región labial; por debajo, por el borde inferior de la mandíbula y, lateralmente, por dos líneas verticales que discurren desde las

comisuras labiales hasta el borde inferior de la mandíbula. ⁽¹⁸⁾

Se constituye por Piel y tejido subcutáneo. Al igual que la de los labios, la piel es delgada y está revestida por un epitelio estatificado plano queratinizado; presenta glándulas sudoríparas y sebáceas. En el adulto del sexo masculino presenta los pelos de la barba. Debajo de ella se encuentra una capa de tejido celulograsoso, poco desarrollado, que está atravesada por fibras musculares que se insertan en la cara profunda de la piel, lo cual se pone de manifiesto por la acción del músculo mentoniano. Esta condición hace que la piel sea poco movable sobre el plano subyacente. Las partes blandas de la región mentoniana son movibles sobre el esqueleto y su periostio. Al respecto se ha señalado la existencia de una bolsa serosa entre el periostio y las partes blandas. ⁽¹⁸⁾

MÚSCULO MENTONIANO son dos pequeños haces situados a cada lado de la línea media, en el espacio triangular comprendido entre los dos depresores del labio inferior. ⁽¹⁴⁾

DEPRESOR DEL LABIO INFERIOR o cuadrado del mentón es un músculo aplanado y cuadrilátero y está situado sobre la parte lateral del mentón y del labio inferior, entre la mandíbula y el labio inferior. ⁽¹⁴⁾

MÚSCULO DEPRESOR DEL ÁNGULO DE LA BOCA este musculo es ancho y aplanado, delgado y triangular. Se extiende entre la mandíbula y la comisura de los labios. ⁽¹⁴⁾

2.2.2 LESIONOLOGÍA ORAL:

Es cualquier alteración somática (física) que perturbe, amenace o inquiete la salud de quien lo sufre, o simplemente, limite o menoscabe la integridad personal del afectado, ya sea en lo orgánico (anatómico) o funcional. ⁽¹⁹⁾

Se define por lesión como la alteración corporal funcional y/o estructural en cualquier parte del cuerpo humano, a consecuencia de agentes lesionantes (agresión) externos o internos en un determinado tiempo y espacio. El medio o acción que produce la lesión corporal es representado por una de las formas de energía: mecánica, física, química, físico-química, bioquímica y mixta. ⁽¹⁹⁾

2.2.2.1 LESIONES SIMPLES:

Son lesiones contusas sin solución de continuidad en la piel. ⁽¹⁹⁾

2.2.2.1.1 EROSIÓN:

Es un desglose de las capas externas de la piel, generalmente debido a: cortes, raspar, inflamación.⁽²⁰⁾

2.2.2.1.2 HEMATOMAS:

Lesión contusa que se caracteriza por la extravasación sanguínea que se colecciona en planos superficiales o profundos, disecándolos. Estas lesiones pueden encontrarse en planos superficiales de la (piel) o planos profundos (tejido muscular, órganos parenquimales, etc.). Los ubicados superficiales son sobreelevados, y a la palpación pueden ser fluctuantes o a tensión.⁽¹⁹⁾

2.2.2.1.3 HERIDAS CONTUSAS:

Es una solución de continuidad de la piel por agentes contusos que comprometen la epidermis y la dermis, pudiendo llegar, inclusive a planos anatómicos más profundos. Tiene bordes evertidos e irregulares, paredes y lecho irregular, existencia de puentes dérmicos.⁽¹⁹⁾

2.2.2.2 LESIONES COMPLEJAS.

Son lesiones contusas con solución de continuidad en la piel.⁽¹⁹⁾

2.2.2.2.1 MORDEDURA:

Resultado del mecanismo de presión y tracción producida por los dientes, teniendo que hacer el diagnóstico diferencial entre mordedura humana y animal. Se caracteriza por presentar erosiones, excoriaciones y o heridas cuya disposición por lo general se asemeja a la forma de la arcada dentaria, acompañadas de lesiones tipo contusas hasta lesiones mutilantes. En otras ocasiones, puede dejar como consecuencia la "impronta "en forma de arcada dentaria, acompañada en algunos casos de tumefacción y equimosis perilesional.⁽¹⁹⁾

2.2.2.2 AVULSIÓN O ARRANCAMIENTO:

Es una lesión contusa compleja, que se caracteriza por el desprendimiento total de un segmento corporal producida predominantemente por la acción violenta de tracción. Su etiología puede ser accidental o por agresión.⁽¹⁹⁾

2.2.2.3 LESIONES POR AGENTES FÍSICOS.

2.2.2.3.1 QUEMADURAS:

Son lesiones causadas por agentes físicos, químicos y radiaciones que lesionan la piel y otros tejidos acompañándose de un trastorno hidroeléctrico.⁽¹⁹⁾

Las quemaduras son producidas por agentes físicos, por ejemplo, lesiones ocasionadas por calor, electricidad, así como agentes químicos: lesiones ocasionadas por ácidos, álcalis o sales. También pueden ser ocasionadas por radiaciones. Frecuentemente las quemaduras afectan la piel, pudiendo afectarse también otros tejidos más profundos como el tejido celular subcutáneo, fascia,

musculo y hueso inclusive. Dependiendo de la gravedad de la quemadura, es decir teniendo en cuenta su profundidad y extensión, estas pueden estar acompañadas de un síndrome humoral que consiste en la fuga de líquidos y electrolitos al exterior, produciéndose un desbalance hidroelectrolítico, que altera el medio interno.⁽¹⁹⁾

TIPOS DE QUEMADURAS

- Quemaduras de primer grado: afectan solamente la epidermis, por lo que se manifiestan clínicamente con eritema.⁽²⁰⁾
- Quemaduras de segundo grado: afectan epidermis y dermis, se caracterizan por la formación de bullas.⁽²⁰⁾
- Quemaduras de tercer grado: en estas ya existe destrucción total de los tejidos de la epidermis y dermis, se caracterizan por poco dolor y coloración blanco-nacarado del tejido afectado.⁽²⁰⁾

2.2.2.3.1.1 FRIO:

Son lesiones que aparecen cuando los tejidos se congelan por exposición al aire, líquidos, gases o metales extremadamente fríos. Aparecen con mayor frecuencia en las zonas del cuerpo menos protegidas del frío, como los dedos, los pies, las orejas, la nariz y las mejillas. Tras una sensación inicial de dolor o quemazón, la zona afectada se hace insensible, y adopta una coloración pálida cérica que persistirá hasta ser calentada de nuevo. La

gravedad y la extensión del daño producido no será evidente hasta después de recalentar la zona. ⁽¹⁹⁾

2.2.2.3.1.2 ELECTRICIDAD:

Son lesiones producidas por cargas eléctricas, la intensidad de la quemadura eléctrica está determinada por el voltaje, la corriente (amperaje), tipo de corriente (alterna o continua), el recorrido del flujo de corriente, la duración de contacto, la resistencia en el punto de contacto y la susceptibilidad individual. Este traumatismo puede ser directo (alto y bajo voltaje), si hay paso de corriente por el organismo; o indirecto (fogonazo o flash y por rayo), producidas por la salida y reentrada de la corriente de una parte a otra del cuerpo. ⁽¹⁹⁾

2.2.2.3.1.3 CALOR:

Son lesiones producidas debido a la exposición a temperaturas altas por un tiempo determinado, pudiendo presentar variaciones de lesiones según la región o segmento corporal comprometido. Puede estar acompañada de algún tipo de deshidratación sistémica o un shock térmico. ⁽¹⁹⁾

2.2.3 VIOLENCIA FAMILIAR:

La violencia contra cualquier integrante del grupo familiar es cualquier acción o conducta que le causa muerte. Daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico y que se produce en el contexto de la relación de responsabilidad, confianza o poder, de parte de un integrante a otro del grupo familiar. ⁽²²⁾

Se tiene especial consideración con las niñas, niños, adolescentes, adultos mayores y personas con discapacidad. ⁽²²⁾

2.2.3.1 TIPOS DE VIOLENCIA FAMILIAR

2.2.3.1.1 VIOLENCIA FÍSICA:

Es la acción o conducta, que causa daño a la integridad corporal o a la salud. ⁽²²⁾

Se incluye el maltrato por negligencia, descuido o por privación de las necesidades básicas, que hallan ocasionado daño físico o que puedan llegar a ocasionarlo, sin importa el tiempo que se requiere para su recuperación. ⁽²²⁾

Los diversos estudios han demostrado que la incidencia del maltrato a niños, generalmente aumenta con la edad. ⁽²³⁾

2.2.3.1.2 VIOLENCIA PSICOLÓGICA:

Es la acción o conducta, tendiente a controlar o aislar a la persona contra su voluntad, a humillarla o avergonzarla y que puede ocasionar daños psíquicos.

Daño psíquico es la afectación o alteración de algunas de las funciones mentales o capacidades de la persona, producida por un hecho o un conjunto de

situaciones de violencia, que determina un menoscabo temporal o permanente, reversible o irreversible del funcionamiento integral previo. ⁽²²⁾

2.2.3.1.3 VIOLENCIA SEXUAL:

Son acciones de naturaleza sexual que se cometen contra una persona sin su consentimiento o bajo coacción. Incluyen actos que no involucran penetración o contacto físico alguno. Asimismo, se consideran tales la exposición a material pornográfico y que vulneran el derecho de las personas a decidir voluntariamente acerca de su vida sexual o reproductiva, a través de amenazas, coerción, uso de la fuerza o intimidación. ⁽²²⁾

Se ha encontrado penetración oral en diversos grados y según estudios ocurre en un 10% de los casos. Diversos estudios han demostrado que el contacto orogenital puede ocurrir hasta la mitad de los casos de abuso sexual en varones. Los hallazgos bucales pueden incluir: equimosis, petequias o eritema del paladar duro o blando, laceraciones y presencia de semen o pelos pubianos en la boca. ⁽²³⁾

2.2.3.1.4 VIOLENCIA ECONÓMICA O PATRIMONIAL:

Es la acción u omisión que se dirige a ocasionar un menoscabo en los recursos económicos o patrimoniales de cualquier persona, a través de:

1. La perturbación de la posesión, tenencia o propiedad de sus bienes;
2. La pérdida, sustracción, destrucción, retención o apropiación indebida de objetos, instrumentos de

trabajo, documentos personales, bienes, valores y derechos patrimoniales;

3. La limitación de los recursos económicos destinados a satisfacer sus necesidades o privación de los medios indispensables para vivir una vida digna; así como la evasión del cumplimiento de sus obligaciones alimentarias;
4. La limitación o control de sus ingresos, así como la percepción de un salario menor por igual tarea, dentro de un mismo lugar de trabajo⁽²²⁾

2.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS BÁSICOS

Macizo cráneo facial.- Está constituido por el esqueleto de la cabeza o región anterior que alberga el encéfalo y los órganos de los sentidos.

Lesión.- Es la alteración somática (física) que perturbe, amenace o inquiete la salud de quien lo sufre.

Lesión simple.- se produce tras una acción violenta sobre el cuerpo, se va a producir una ruptura de vasos sanguíneos o desgarros, sin producir la abertura de la piel es considerada como una herida.

Lesión compleja.- son lesiones donde participan dos o más mecanismos de contusión simples son lesiones que se producen por diferentes agentes físicos uno de ellos pueden ser las quemaduras.

Hematoma.- sangre que se colecciona en una bolsa subcutánea porque se rompen los vasos de mayor calibre que en una equimosis

Heridas contusas.- se va a producir la abertura de la piel en todos los casos.

Mordedura.- son traumatismos producidos por los dientes, actúa por presión y luego por tracción.

Avulsión.- es el arrancamiento o extirpación de un segmento del cuerpo, es una lesión que se produce tras una compresión y luego una tracción de una parte del cuerpo.

Quemaduras.- son lesiones que se producen por diferentes agentes como llamas de fuego, vapores, frio, generalmente son accidentales y en ocasiones de maltrato a menores y ancianos.

Violencia.- es la agresión física, psicológica o verbal a un integrante de la familia.

Violencia física.- es la acción que causa un daño a la integridad corporal.

Erosiones.- cuando el objeto contundente actúa mediante un mecanismo de frotamiento y produce desprendimiento de los estratos superficiales de la epidermis.

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 FORMULACIÓN DE LA HIPÓTESIS PRINCIPAL Y DERIVADAS

PRINCIPAL:

Es probable que la mayoría de lesiones que se van a presentar sean simples, así mismo el lugar de ubicación principalmente será en la zona del hueso frontal y en el maxilar inferior.

A. DERIVADAS:

- Es probable que la lesión simple más prevalente sea el hematoma, respecto a las compuestas las avulsiones y en los agentes físicos las quemaduras.
- Es probable que el sexo de los menores de edad involucrados en violencia familiar, tenga relación con el tipo de lesión observada en su macizo cráneo facial.
- Es probable que la edad de los menores involucrados en hechos de violencia familiar, tenga relación con el tipo de lesión observada en su macizo cráneo facial.

3.2. VARIABLES; DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL

B. Variables:

- **Variables principales:**

Zonas del macizo cráneo facial.

Lesiones del macizo cráneo facial

- **Variables secundarias:**

- Edad.
- Sexo.

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES PRINCIPALES

VARIABLES	INDICADORES	SUB INDICADORES	CATEGORÍAS	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN	TIPO	
Lesiones del macizo craneo facial	Lesiones simples	Erosiones	Presente	Cualitativa	Nominal	Individual	
			No presente				
		Hematomas	Presente				
			No presente				
		Heridas contusas	Presente				
			No presente				
	Lesiones complejas	Mordeduras	Presente				
			No presente				
		Avulsiones	Presente				
			No presente				
	Lesiones por agentes físicos	Quemaduras	Presente				
			No presente				
Zonas del macizo craneo facial	Zonas de craneo	H. frontal	Afectada	Cualitativa	Nominal	Individual	
			No afectada				
		H. parietales	Afectada				
			No afectada				
		H. temporales	Afectada				
			No afectada				
		H. occipital	Afectada				
			No afectada				
		Zonas de la cara	Zona superior				Afectada
							No afectada
	Zona media		Afectada				
			No afectada				
	Zona inferior		Afectada				
			No afectada				

DEFINICIÓN OPERACIONAL DE VARIABLES SECUNDARIAS

VARIABLES	INDICADORES	NATURALEZA	ESCALA DE MEDICIÓN
Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa	Nominal
Edad	Años	Cuantitativa	Razón

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA

4.1 DISEÑO METODOLÓGICO

- De acuerdo con el tipo de investigación es **no experimental** porque la presente investigación se va a observar el fenómeno en una ficha de recopilación de datos que va a ser elaborada por el investigador.
- De acuerdo a la temporalidad: Es **transversal**, porque el fenómeno se va a medir una vez.
- De acuerdo con el lugar donde se obtuvo los datos: Es **documental**, porque se va a basar en recopilación de datos en las historias clínicas.
- De acuerdo al momento de recolección de datos: Es **retrospectivo**, porque se va a captar los datos del pasado.
- De acuerdo con la finalidad investigativa: Es **descriptiva**, pues se va a medir los fenómenos de interés y luego se van a dar a conocer sus características.

4.2 DISEÑO MUESTRAL

Se trabajó con el total de historias clínicas que se encuentran registradas en el Instituto de Medicina Legal Arequipa de los años 2015 en los casos de violencia familiar a menores de edad considerando los criterios de inclusión y exclusión.

- **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**
 - Historias clínicas registradas por violencia familiar
 - Historias clínicas de menores de edad
 - Historias clínicas bien llenadas
 - Integridad de la historia clínica
 - Historias con letra legible
 - Historias clínicas registradas con daños en el macizo cráneo facial

- **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Historias clínicas con información incompleta.
- Historias con información limitada.
- Historias clínicas donde los pacientes sean mayores de edad.

4.3 TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS, VALIDEZ Y CONFIABILIDAD

- **TÉCNICA:**

- La técnica que se utilizó para la recolección de datos fue Documental

- **INSTRUMENTO:**

- Observación: Ficha de recolección de datos (Anexo 1)

4.4 TÉCNICA DE PROCESAMIENTO DE LA INFORMACIÓN

- Se solicitó el permiso correspondiente al jefe del departamento de Odontología del Instituto de Medicina Legal – Arequipa.
- Se procedió a revisar las historias clínicas del año 2015 y se seleccionó la historia clínica completa con los criterios de evaluación.
- Se procedió a la recolección de datos y llenado de la ficha de observación (Anexo N° 1) elaborada y validada.

4.5 TÉCNICAS ESTADÍSTICA UTILIZADAS EN EL ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN

La información, una vez recolectada, se sistematizó y presentó a través de la confección de tablas, de simple y doble entrada, y gráficos, principalmente de barras. Los datos se resumieron con el cálculo de frecuencias absolutas (N°) relativas (%), dada la naturaleza cualitativa de las variables de interés, tanto principales como secundarias.

Para relacionar las variables secundarias con la principal, se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado, a un nivel de confiabilidad del 95% (0.05). la totalidad del análisis estadístico se llevó a cabo con la ayuda del software EPI – INFO versión 6.0

CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIÓN

5.1 ANÁLISIS DESCRIPTIVO, TABLAS DE FRECUENCIA, GRÁFICOS

TABLA N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR SEGÚN SEXO

SEXO	N°	%
Masculino	116	63.7
Femenino	66	36.3
Total	182	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 1 presentamos la distribución numérica y porcentual de los menores de edad que se han visto involucrados dentro de violencia familiar según su sexo.

Como se puede observar de los resultados obtenidos, la mayoría de los menores evaluados (63.7%) correspondieron al sexo masculino, mientras que el resto (36.3%) fueron del femenino. Es decir, si tomamos en cuenta estos datos, podemos colegir que existe un mayor involucramiento de los menores de sexo masculino dentro de los episodios de violencia familiar respecto de aquellos que eran mujeres.

GRÁFICO N° 1
DISTRIBUCIÓN DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR SEGÚN SEXO

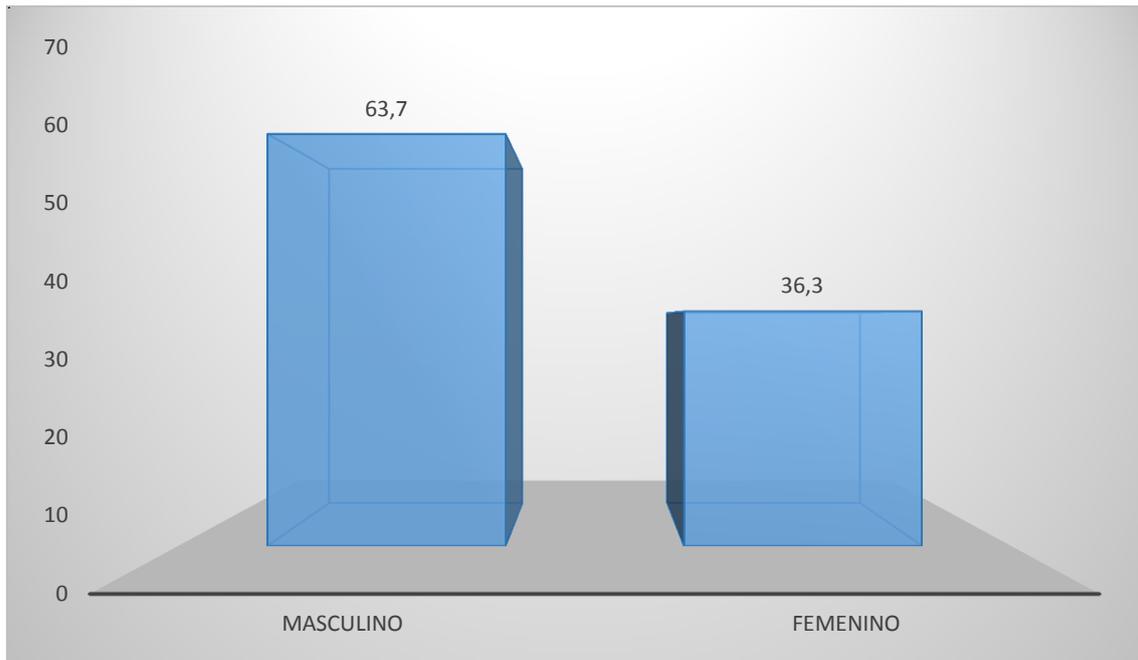


TABLA N° 2

DISTRIBUCIÓN DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR SEGÚN EDAD

EDAD	N°	%
5 a 10 años	13	7.1
11 a 15 años	37	20.3
16 a 17 años	132	72.5
Total	182	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 2 presentamos la distribución numérica y porcentual de los menores de edad que se han visto involucrados dentro de violencia familiar según su edad. Para efectos interpretativos, hemos dividido las edades en tres grupos etarios, el primero correspondiente a niños, el segundo a adolescentes tempranos y el tercero a adolescentes intermedios.

Como se puede apreciar de los resultados obtenidos, la gran mayoría de los menores evaluados (72.5%) sus edades fluctuaron entre los 16 a 17 años, mientras que el menor porcentaje se observó en aquellos cuyas edades estaban entre los 5 a 10 años. Según esta información, son los adolescentes intermedios los que se han visto mayormente involucrados en hechos de violencia familiar respecto a aquellos que eran más jóvenes o incluso niños.

GRAFICO N° 2
DISTRIBUCIÓN DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR SEGÚN EDAD

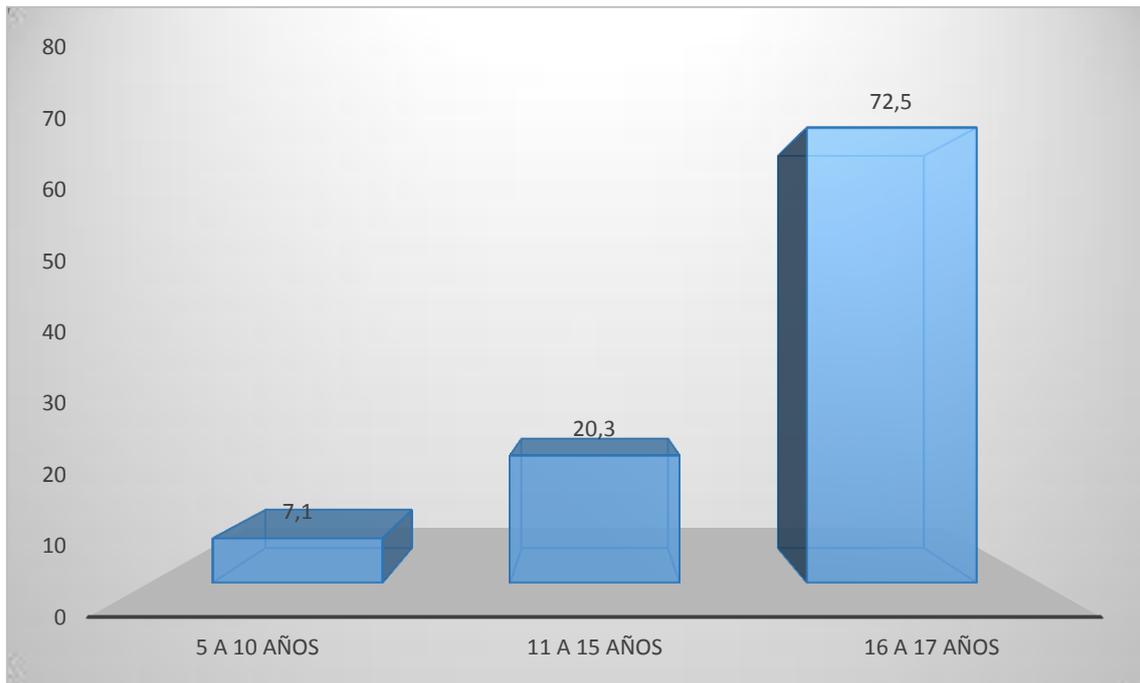


TABLA N° 3
TIPO DE LESIÓN EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR

LESIÓN	N°	%
Simple	152	83.5
Compleja	23	12.6
Agente Físico	7	3.8
Total	182	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presenta tabla podemos apreciar el tipo de lesión que se evidenció en los menores de edad que sufren de violencia familiar y que fueron evaluados para nuestra investigación.

Como se aprecia en los resultados obtenidos, la gran mayoría de los menores participantes (83.5%) sufrieron de lesiones consideradas como simples, asimismo (3.8%) fueron víctimas de agentes físicos. Así mismo, un pequeño porcentaje de menores (12.6%) llegaron a tener lesiones complejas en sus estructuras cráneo faciales.

GRAFICO N° 3

TIPO DE LESIÓN EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR

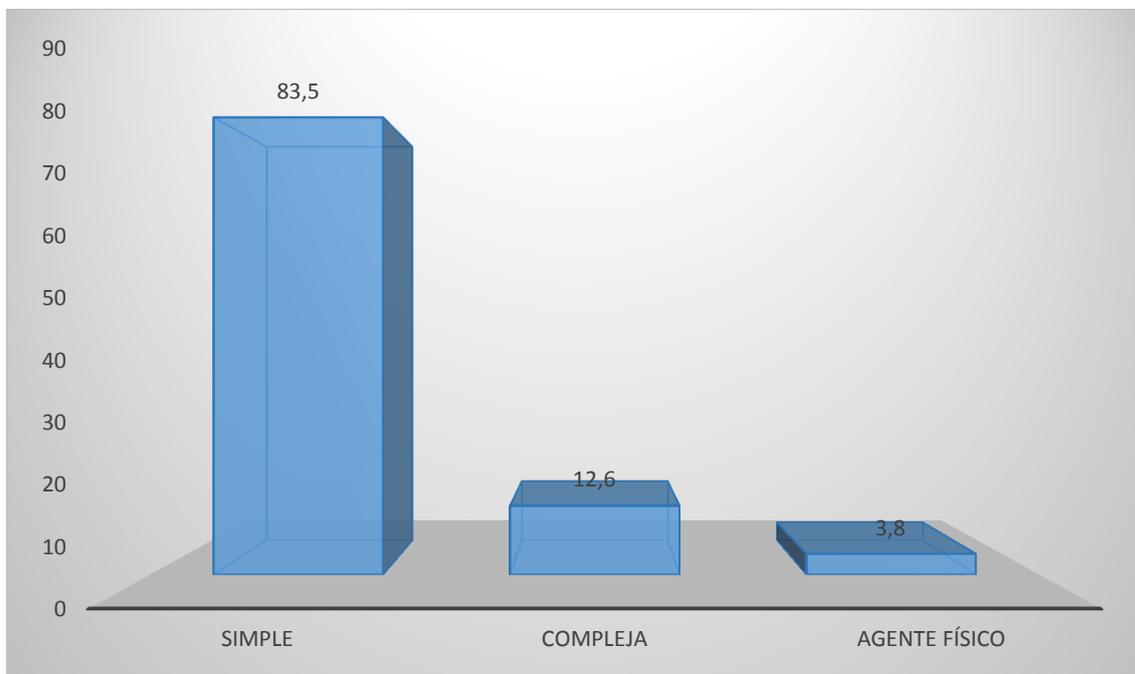


TABLA N° 4

CLASIFICACIÓN DEL TIPO DE LESIÓN EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR

Tipo Lesión	Lesión						Total	
	Simple		Compleja		Agente Físico		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Herida contusa	54	35.5					54	29.7
Erosiones	37	24.3					37	20.3
Hematomas	61	40.1					61	33.5
Mordeduras			8	34.8			8	4.4
Avulsiones			15	65.2			15	8.2
Quemaduras					7	100.0	7	3.8
Total	152	100.0	23	100.0	7	100.0	182	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la tabla que nos antecede presentamos la clasificación del tipo de lesión que se pudo observar en los menores de edad que sufren de violencia familiar. Como se aprecia, en general, son los hematomas (33.5%) quienes tuvieron la mayor frecuencia de presentación, seguido por las heridas contusas (29.7%). En tanto, lo que menos se observó fueron las quemaduras (3.8%) y las mordeduras (4.4%).

Ahora bien, dentro de las lesiones simples, lo que más se evidenció fueron los hematomas (40.1%), seguidas de las heridas contusas (35.5%). Respecto a las lesiones complejas, la más prevalente (65.2%) fue la avulsión y, respecto a los agentes físicos, en todos los casos, correspondieron a quemaduras.

GRAFICO N° 4

CLASIFICACIÓN DEL TIPO DE LESIÓN EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR

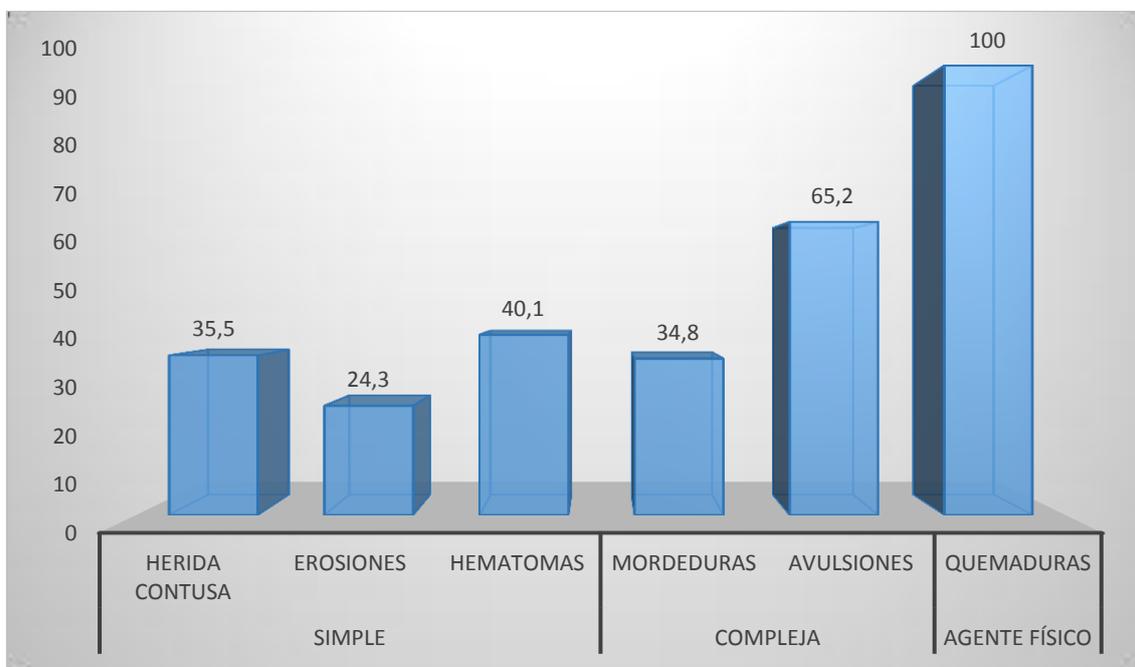


TABLA N° 5

UBICACIÓN EN CRÁNEO DE LAS LESIONES DE MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR SEGÚN EDAD

Ubicación Cráneo	Lesión						Total	
	Simple		Compleja		Agente Físico		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
No se evidencia	48	31.6	23	100.0	7	100.0	78	42.9
Hueso frontal	55	36.2	0	0.0	0	0.0	55	30.2
Hueso parietal	19	12.5	0	0.0	0	0.0	19	10.4
Hueso temporal	27	17.8	0	0.0	0	0.0	27	14.8
Hueso occipital	3	2.0	0	0.0	0	0.0	3	1.6
Total	152	100.0	23	100.0	7	100.0	182	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

Las lesiones en el macizo cráneo facial, producto de la violencia familiar, se han dividido en dos, aquellas que se ubicaron en el cráneo y las que se presentaron en la cara. En esta tabla presentamos los hallazgos que de evidenciaron en el cráneo.

Los resultados obtenidos permiten evidenciar que, en general, en el mayor porcentaje de los casos evaluados (42.9%), no se apreció ninguna lesión a nivel de cráneo. Ahora bien, en los que se observó, el hueso frontal fue el más afectado (30.2%), siendo su frecuencia más de tres veces respecto a los otros huesos estudiados. Si analizamos los resultados de acuerdo con el tipo de lesión, se colige que en las lesiones complejas y por agentes físicos no hay lesiones a nivel de cráneo; únicamente las lesiones simples se evidencian en esta estructura, siendo el hueso frontal el más afectado (36.2%).

GRAFICO N° 5

UBICACIÓN EN CRÁNEO DE LAS LESIONES DE MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR SEGÚN EDAD

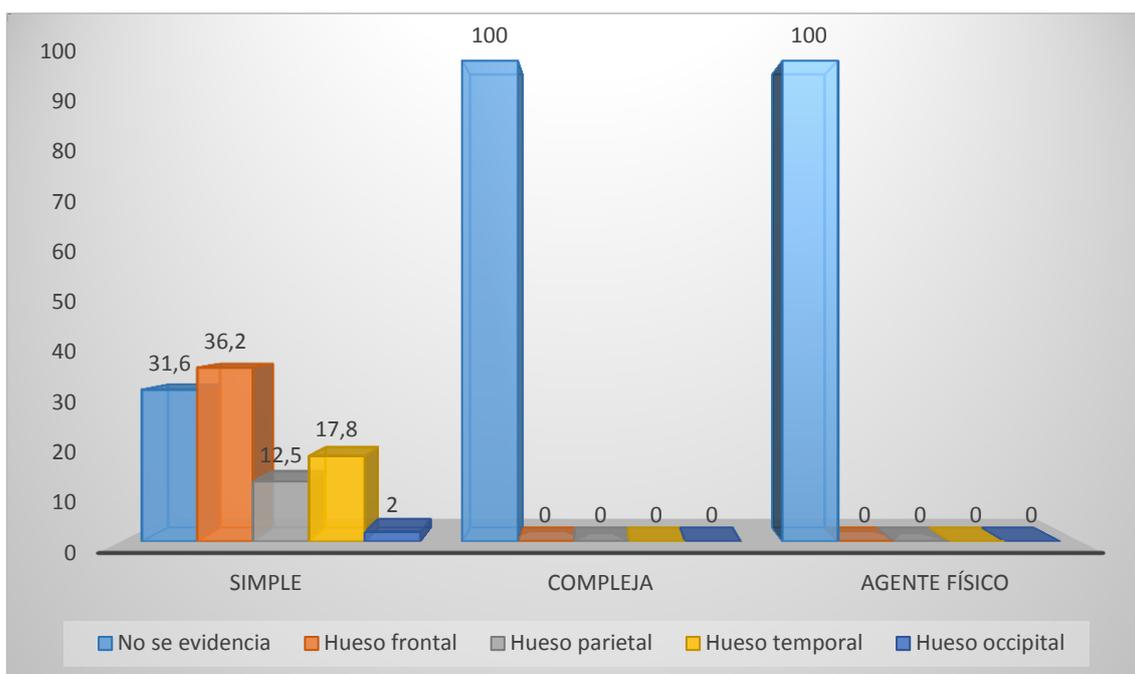


TABLA N° 6
UBICACIÓN EN CARA DE LAS LESIONES DE MENORES DE EDAD QUE
SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR

Ubicación Cara	Lesión						Total	
	Simple		Compleja		Agente Físico		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
No se evidencia	14	9.2	0	0.0	0	0.0	14	7.7
Tercio superior	58	38.2	0	0.0	0	0.0	58	31.9
Tercio medio	38	25.0	0	0.0	2	28.6	40	22.0
Tercio inferior	42	27.6	23	100.0	5	71.4	70	38.5
Total	152	100.0	23	100.0	7	100.0	182	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

Las lesiones en el macizo cráneo facial que se pudieron evidenciar en la zona correspondiente de la cara en menores de edad que sufren de violencia familiar, se muestran en la presente tabla.

La información obtenida, luego del análisis de la información, nos permite evidenciar que, en general, la cara fue muy afectada por las lesiones causadas producto de la violencia familiar en menores de edad (92.3%) y fue el tercio inferior (38.5%) el más afectado, seguido muy de cerca por el tercio superior (31.9%). Si analizamos los resultados de acuerdo con el tipo de lesión, se puede observar que en las de tipo simple, en el mayor porcentaje de ellas, se presentó en el tercio superior (38.2%), mientras que las complejas y por agentes químicos, preferentemente fueron diagnosticadas en el tercio inferior (100.0% y 71.4% respectivamente).

GRAFICO N° 6

UBICACIÓN EN CARA DE LAS LESIONES DE MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR

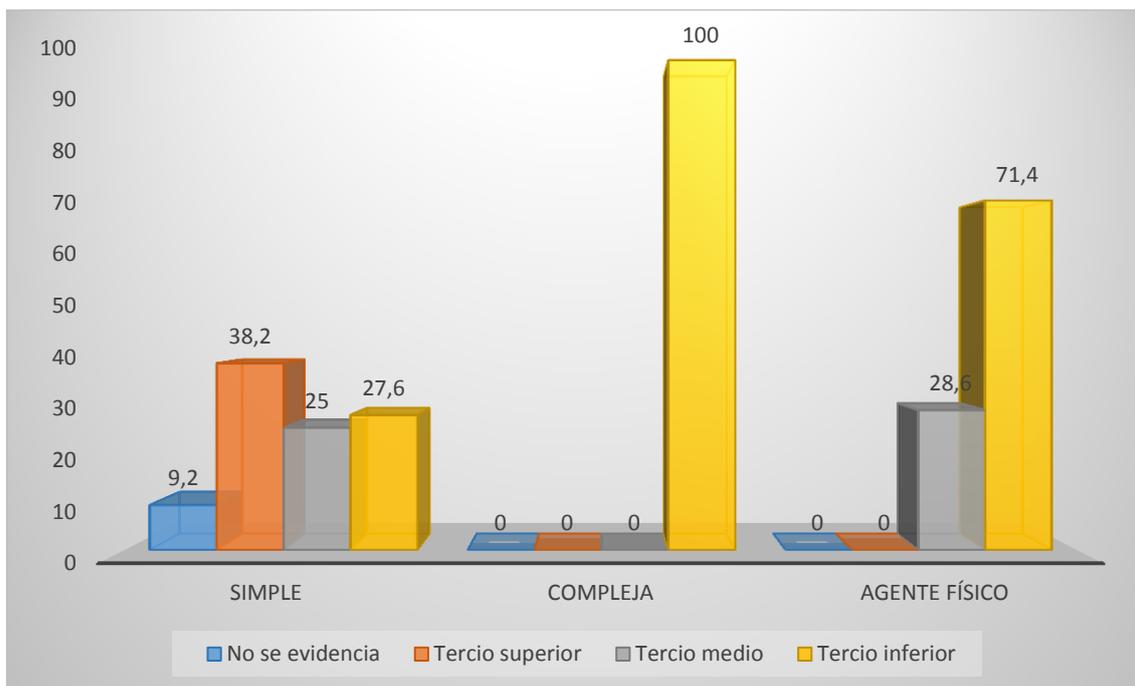


TABLA N° 7**RELACIÓN ENTRE SEXO Y TIPO DE LESIONES EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR**

Lesión	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		N°	%
	N°	%	N°	%		
Simple	94	81.0	58	87.9	152	83.5
Compleja	16	13.8	7	10.6	23	12.6
Agente Físico	6	5.2	1	1.5	7	3.8
Total	116	100.0	66	100.0	182	100.0

Fuente: Matriz de datos

INTERPRETACIÓN:

En la presente tabla relacionamos el sexo de los menores de edad involucrados en actos de violencia familiar y el tipo de lesión que se pudo evidenciar en su macizo cráneo facial.

Analizando los resultados obtenidos, podemos observar que, tanto los menores de sexo masculino (81.0%) como del femenino (87.9%), sufrieron de lesiones consideradas como simples. Así mismo, además se puede apreciar que hay una ligera tendencia hacia los hombres de sufrir, con más probabilidad, de lesiones complejas (13.8% versus 10.6%) o por agentes físicos (5.2% versus 1.5%).

GRAFICO N° 7

RELACIÓN ENTRE SEXO Y TIPO DE LESIONES EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR

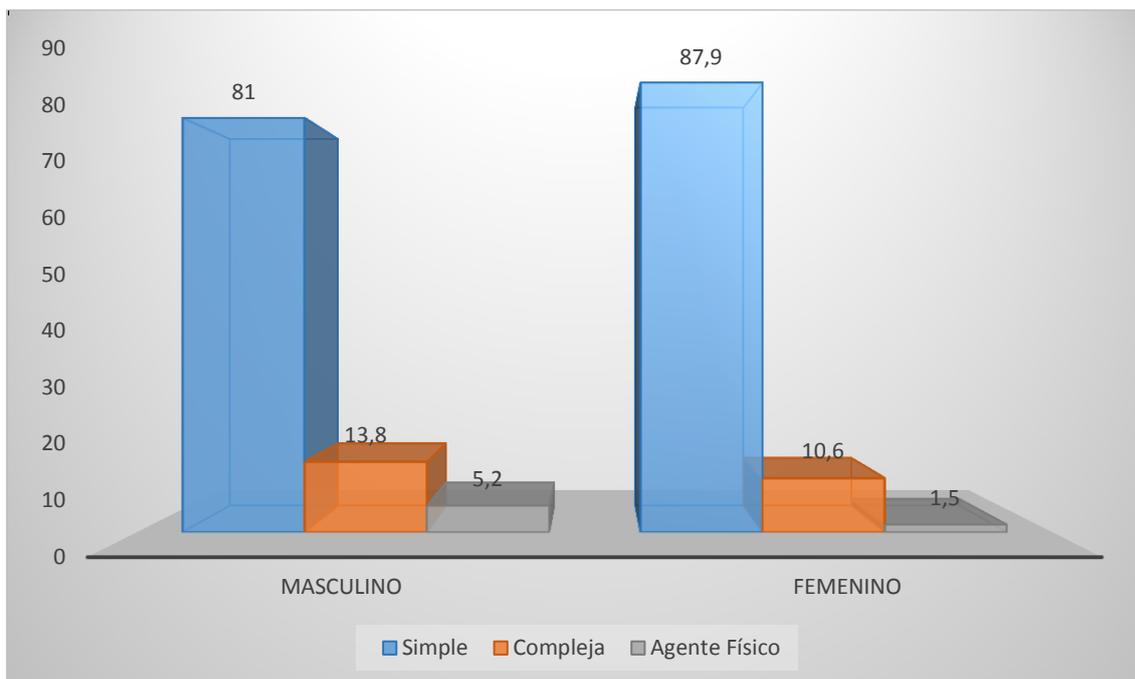


TABLA N° 8**RELACIÓN ENTRE EDAD Y LESIONES EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR**

Lesión	Edad						Total	
	5 a 10 años		11 a 15 años		16 a 17 años		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%		
Simple	13	100.0	31	83.8	108	81.8	152	83.5
Compleja	0	0.0	6	16.2	17	12.9	23	12.6
Agente Físico	0	0.0	0	0.0	7	5.3	7	3.8
Total	13	100.0	37	100.0	132	100.0	182	100.0

Fuente: Matriz de datos

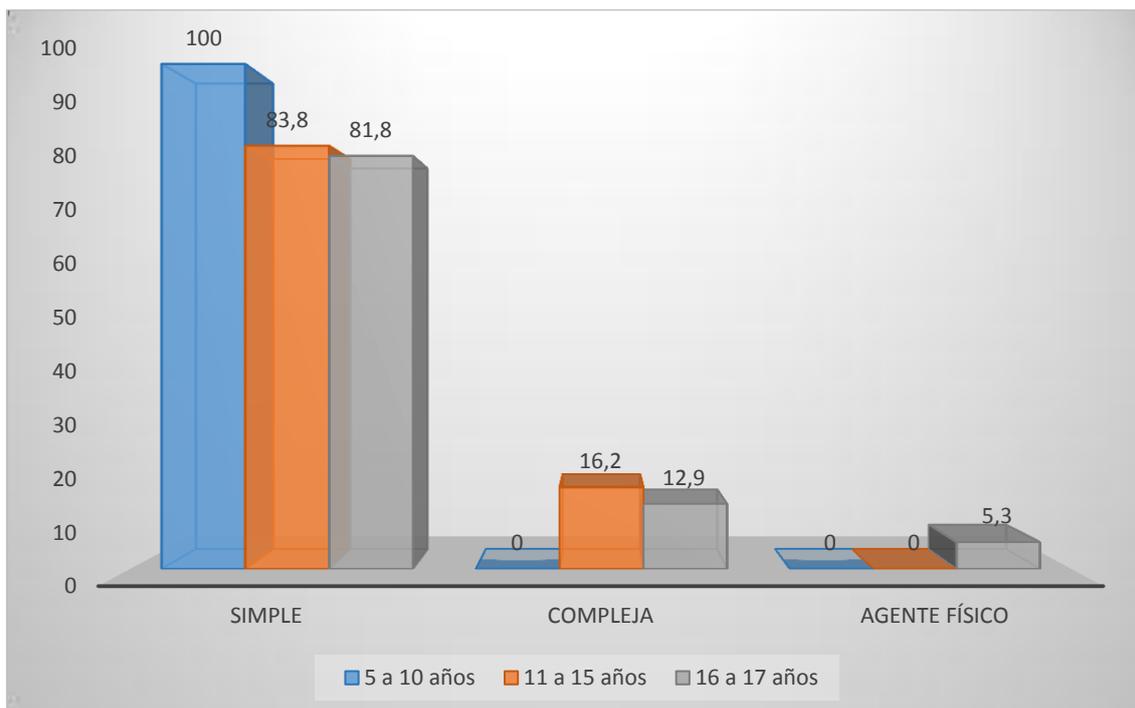
INTERPRETACIÓN:

En la tabla N° 8 relacionamos la edad de los menores de edad involucrados en actos de violencia familiar y el tipo de lesión que se pudo evidenciar en su macizo cráneo facial.

De acuerdo con los resultados obtenidos, podemos apreciar que los menores de 10 años que, según la Organización Mundial de la Salud, son considerados como niños, solo se observaron en ellos lesiones simples. En tanto, en los adolescentes, tanto de 11 a 15 años (16.2%) como en los de 16 a 17 años (12.9%) ya evidenciaban, además, lesiones complejas. Finalmente, las lesiones por agentes químicos fueron exclusivos de los adolescentes intermedios (5.3%) respecto a los otros dos grupos etarios.

GRAFICO N° 8

RELACIÓN ENTRE EDAD Y LESIONES EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR



5.2 ANÁLISIS INFERENCIAL

TABLA N° 9
PRUEBA CHI CUADRADO PARA RELACIONAR EL SEXO Y LAS LESIONES EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR

LESIONES	Valor Estadístico	Grados de Libertad	Significancia P
SEXO	2.037	2	0.361 ($P \geq 0.05$) N.S.

En la relación llevada a cabo entre el sexo (Tabla N° 7) y las lesiones en el macizo cráneo facial de menores de edad que estuvieron implicados en hechos de violencia familiar, se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado, la cual nos permite establecer si hay o no relación significativa entre las variables motivo de investigación.

Como se aprecia en la tabla, según la prueba estadística aplicada, las diferencias encontradas respecto a la frecuencia de presentación de las lesiones de acuerdo al sexo de los menores de edad incluidos en el estudio no fueron significativas, es decir, no existe relación entre ambas variables, por tanto podemos afirmar que el sexo del menor de edad no está asociado al tipo de lesión que se presenta en el macizo cráneo facial.

TABLA N° 10

PRUEBA CHI CUADRADO PARA RELACIONAR LA EDAD Y LAS LESIONES EN EL MACIZO CRÁNEO FACIAL DE LOS MENORES DE EDAD QUE SUFREN VIOLENCIA FAMILIAR

LESIONES	Valor Estadístico	Grados de Libertad	Significancia P
EDAD	5.144	4	0.273 (P ≥ 0.05) N.S.

En la relación llevada a cabo entre la edad (Tabla N° 8) y las lesiones en el macizo cráneo facial de menores de edad que estuvieron implicados en hechos de violencia familiar, se aplicó la prueba estadística de Chi Cuadrado, la cual nos permite establecer si hay o no relación significativa entre las variables motivo de investigación.

Como se aprecia en la tabla, según la prueba estadística aplicada, las diferencias encontradas respecto a la frecuencia de presentación de las lesiones de acuerdo a la edad de los menores de edad incluidos en el estudio no fueron significativas, es decir, no existe relación entre ambas variables, por tanto podemos afirmar que la edad de nuestras unidades de estudio no está asociado al tipo de lesión que se presenta en el macizo cráneo facial.

5.3 COMPROBACIÓN DE LAS HIPÓTESIS

Hipótesis Principal:

Es probable que la mayoría de lesiones que se van a presentar sean simples, así mismo el lugar de ubicación principalmente será en la zona del hueso frontal y en el maxilar inferior.

Conclusión:

De acuerdo a los resultados obtenidos (Tabla N° 3, 5 y 6), procedemos a aceptar la hipótesis principal, puesto que hemos encontrado que las lesiones simples fueron las más prevalentes, ubicándose en mayor porcentaje en el hueso frontal y en el tercio inferior de la cara (maxilar inferior).

Hipótesis Derivadas:

Primera:

Es probable que la lesión simple más prevalente sea el hematoma, respecto a las compuestas las avulsiones y en los agentes físicos las quemaduras.

Conclusión:

Tomando en cuenta los resultados obtenidos (Tabla N° 4) procedemos a aceptar esta hipótesis, pues ha quedado demostrado que en las lesiones simples el hematoma fue el más prevalente, lo mismo sucedió con las avulsiones, en lesiones complejas y quemaduras, en agentes físicos.

Segunda:

Es probable que el sexo de los menores de edad involucrados en violencia familiar, tenga relación con el tipo de lesión observada en su macizo cráneo facial.

Regla de Decisión:

Si $P \geq 0.05$ No se acepta la hipótesis.

Si $P < 0.05$ Se acepta la hipótesis.

Conclusión:

Tomando en cuenta los resultados obtenidos (Tabla N° 9), procedemos a rechazar esta hipótesis, pues hemos encontrado que el sexo no tiene relación con las lesiones apreciadas en menores de edad involucrados en violencia familiar.

Tercera:

Es probable que la edad de los menores involucrados en hechos de violencia familiar, tenga relación con el tipo de lesión observada en su macizo cráneo facial.

Regla de Decisión:

Si $P \geq 0.05$ No se acepta la hipótesis.

Si $P < 0.05$ Se acepta la hipótesis.

Conclusión:

Tomando en cuenta los resultados obtenidos (Tabla N° 10), procedemos a rechazar la hipótesis, pues no hemos encontrado relación entre la edad y las lesiones en el macizo cráneo facial en los menores de edad inmersos en violencia familiar.

5.4 DISCUSIÓN.

El propósito de este trabajo fue evaluar los casos de violencia familiar reportados en el instituto de medicina legal Arequipa.

Los resultados han demostrado que, en los casos de violencia familiar en menores de edad el más vulnerables fue el sexo masculino con un (63.7%), mientras que sexo femenino con un (36.3%), las edades más afectadas fueron de 16 a 17 años con (72.5%), de 11 a 15 años (20.3%), y 5 a 10 años (7.1%), estos resultados no son parecidos con la investigación internacional de Jimenes, Ivonne; de la Paz, Alina; Portel, Janet; Canino, Niura. Titulada. MORBILIDAD Y MALTRATO INFANTIL ENTRE 7 Y 14 AÑOS EN CONSULTA PSICOLÓGICA donde indicó que el mayor porcentaje obtuvo el sexo masculino entre las edades de 7 a 10 años con un (85.6%), la realidad nacional y local de nuestro país es distinta a la de Camaguey, Cuba. se demuestra con esta investigación que si efectivamente el sexo más afectados fue el sexo masculino pero las edades más afectadas fueron entre 16 a 17 años.

Otro hallazgo del presente estudio donde se evaluó a 182 menores de edad se observó que la mayoría sufrió de lesiones simples en un (83.5%), de estas lesiones simples la más frecuente fueron hematomas con un (40.1 %), mientras que la zona más afectada del cráneo fue el hueso frontal con un (30.2%). la cara fue la zona más afectada del macizo cráneo facial con un (92.3%), donde el tercio inferior fue el más afectado con un (38.5%). Estos resultados son parecidos con la investigación nacional realizada por el I.N.E.I en el año 2009 titulada VIOLENCIA CONTRA LA MUJER, NIÑAS Y NIÑOS MINISTERIO DE LA MUJER Y POBLACIONES VULNERABLES. PLAN NACIONAL CONTRA LA VIOLENCIA HACIA LA MUJER, 2009-2015. LIMA 2009 FORMA DE CASTIGO A HIJAS E HIJOS donde el (69.8%) de mujeres sufrió de maltrato físico donde presentaron moretones y dolores que puede ser considerada como lesiones simples, el (13.9%) presentó heridas, dientes rotos, y quemaduras que la podemos considerar con lesiones complejas. Llegamos a la conclusión que no solo los menores de edad son propensos a los ataques de violencia familiar si no también que sus propias madres podrían estar sufriendo de esta misma. No solo el macizo cráneo facial está afectados si no también que todo el cuerpo es propenso a presentar estos tipos de lesiones producto de

la violencia familiar. La región del macizo craneo facial es muy afectada, el cráneo con un (57%) y la cara con un (92.3%).

CONCLUSIONES

PRIMERA:

Las lesiones en el macizo cráneo facial, observadas con más frecuencia, en los niños involucrados en violencia familiar, fueron las simples (83.5%). Así mismo, el tipo de lesión más prevalente fue el hematoma (33.5%) seguido por la herida contusa (29.7%).

SEGUNDA:

Respecto a la ubicación de las lesiones, el cráneo se vio afectado en un 57.1%; siendo la zona correspondiente al hueso frontal (30.2%) el más frecuente, seguido por el hueso temporal (14.8%). En relación a la cara, esta estuvo afectada en el 92.3% de los casos, siendo el tercio inferior (38.5%) el que mostró mayor prevalencia.

TERCERA:

No hemos encontrado relación estadísticamente significativa entre el sexo y la presentación de lesiones en el macizo cráneo facial, es decir, el sexo del menor de edad involucrado en violencia familiar no tiene relación con el tipo de lesión observada.

CUARTA:

Respecto a la edad, esta no tiene relación estadísticamente significativa con la presentación de lesiones en el macizo cráneo facial de menores de edad involucrados en violencia familiar.

RECOMENDACIONES

PRIMERA:

Se recomienda a los profesionales odontólogos poner en práctica los conocimientos adquiridos para poder diagnosticar las posibles lesiones que puedan indicar que son víctimas de violencia familiar.

SEGUNDA:

Se sugiere que se lleve a cabo otras investigaciones que estén enfocados en adolescentes que son víctimas de violencia familiar y donde el macizo cráneo facial se encuentre involucrado.

TERCERA:

Se recomienda a los profesionales odontólogos tomar en cuenta los datos concluyentes de la presente investigación, para considerarlos durante el examen exhaustivo que realicen en sus pacientes, ya que la violencia familiar en menores de edad pueda ir en aumento.

CUARTA:

Dado que en los últimos años la violencia familiar en el Perú está en aumento se recomienda a los Odontólogos estar siempre atentos a las lesiones que se puedan presentar en el macizo cráneo facial dichos pacientes que puedan estar siendo víctima de violencia familiar.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Sanchez N, Cuenya L. Estudio sobre maltrato infantil en niños y adolescentes de la provincia de buenos aires.RACC [internet].2011 [22/02/17];3(3):8-15 disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3334/333427075002.pdf>
2. Jimenes I, De la paz A, Portel Y, Camino N. Morbilidad y maltrato infantil en niños entre 7 – 14 años en consulta de psicología.HUMMED [internet]. 2006 [24/02/2017]; 6(1) disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-81202006000100003
3. Vizcarra M, Cortes J, Bustos L, Alarcon M, Muñuz S.MALTRATO INFANTIL EN LA CIUDAD DE TENUCO, ESTUDIO DE PREVALENCIA Y FACTORES ASOCIADOS.Rev.med.Chile [internet].2001[27/02/2017];129(12)disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0034-98872001001200008&script=sci_arttext
4. Apache N, Castaño J, Castillo C, Garcia A, Gongora H, Gonzales P., MALTRATO INFANTIL SEGÚN LA ESCALA DE ESTRATEGIAS DE RESOLUCIÓN DE CONFLICTOS (CTSPC), EN POBLACIÓN ESCOLARIZADA DE LA CIUDAD DE MANIZALES (COLOMBIA), 2011.redalyc[internet]2011[01/03/2017];12(1):31-45.disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2738/273824148004.pdf>
5. Altamirano Vera Maria Denis. EL MARCO SIMBÓLICO DE LA LEY DE VIOLENCIA FAMILIAR Y SUS MODIFICACIONES [tesis]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo ESCUELA DE POSTGRADO SECCIÓN DE POSTGRADO EN DERECHO Y CIENCIAS POLÍTICA 2014
6. Gob.pe[internet].Lima:inei;2013[actualizado 05/2014; citado el 13/03/2017]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaes/Est/Lib1151/pdf/Libro.pdf

7. Yujra RC, Yujra LP. crecimiento y desarrollo craneofacial. Rev actualización [internet]. 2012; [20 de febrero 2017]. 20(1); 1-5. Disponible en: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:http://www.revistasbolivianas.org.bo/pdf/raci/v20/v20_a01.pdf
8. Moyers RC. Manual de ortodoncia. 4ta. Edición. España: Panamericana;1992.
9. Enlow DH. Crecimiento cráneo-facial. 3ra. Edición. México: Inter-Americana McGraw-Hill; 2006.
10. Figun ME, Garrino RR. Anatomía odontológica funcional y aplicada. 2da. Edición. Argentina: el ateneo; 2007.
11. Edu.co [internet]. Bogota. bdigital; 2012 [10 abril 2017]. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/32033/1/31376-113683-1-PB.pdf>
12. Henostrza G. Estética en odontología restauradora. 1º Edición. Madrid: Ripano S.A;2006.
13. Fradeani M. Rehabilitación estética en protodoncia fija. vol1. Nueva Orleans: Quintessence;2006.
14. Rouviere H, Delmas A. anatomía humana descriptiva topográfica y funcional. 10ma edición. Barcelona. Masson; 2005.
15. Kanski JJ. Oftalmología Clínica. 5ª Edición. España: Elsevier; 2005.
16. Ucm.es [internet]. Madrid: eprints. [15 febrero 2017]. Disponible en: http://eprints.sim.ucm.es/14823/1/Puell_%C3%93ptica_Fisiol%C3%B3gica.pdf
17. Izquierdo JC, Amaya O. anatomía de la fosa infratemporal. OCORL [internet]. 2013. [16 febrero 2017]; 41(3): 19-29 disponible en: <http://www.acorl.org.co/articulos/150428110911.pdf>
18. Campanioni F, Bacha Y. anatomía aplicada a la estomatología. [internet] 1ra edición. La Habana: Ciencias Médicas; 2012. [citado 20 de febrero 2017]. Disponible en: <http://gsdl.bvs.sld.cu/cgi-bin/library?e=d-00000-00---off-0estomato--00-0----0-10-0---0---0direct-10---4-----0-11--11-es-50---20-about---00-0-1-00-0-0-11-1-0utfZz-8-00&a=d&c=estomato&cl=CL1&d=HASH01be2f72f5d5c77638fcc9c1.1>

19. MPFN: Ministerio publico [internet]. Lima:mpfn; [citado 24 de febrero 2017]. Pag 12 Disponible en: http://portal.mpfm.gob.pe/descargas/Guia_01.pdf
20. Habif TP. *Dermatología clínica: una guía de color para el diagnóstico y la terapia*. 6ª edición. Philadelphia. Elsevier: 2016.
21. Perez A. trauma anexial, orbitario y del aparato lagrimal. Scielo [internet].2012 [25 de febrero del 2017]; 25(2). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21762012000400003
22. Elperuano.com[internet].Lima: elperuano; [citado el 1 de marzo del 2017].
Disponible en: <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/ley-para-prevenir-sancionar-y-erradicar-la-violencia-contra-ley-n-30364-1314999-1/>
23. Morante C, Kanashiro El Odontólogo frente al maltrato infantil.estomatolherediana[internet].2009[citado el 06 mayo 2017]; 19(1);50-54. Disponible en: <file:///C:/Users/Jose/Documents/Downloads/1817-3135-1-PB.pdf>

ANEXOS

ANEXO N° 1
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

ANEXO N°1
FICHA N° _____ HC N° _____

HISTORIA CLÍNICA
SEXO
EDAD
FECHA

1.- Lesiones		SI	NO
L. Simple	- Heridas contusas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Erosiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Hematomas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Complejas	- Mordedura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- Avulciones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
L. Agentes Físicos	- Quemaduras	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Zonas Afectadas			
Cráneo	- H. Frontal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- H. Parietales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- H. Temporales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- H. Occipital	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cara	- T. Superior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- T. Medio	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	- T. Inferior	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

.....
Fecha

.....
Firma

ANEXO N° 2

N°	SEXO	EDAD	LESION	TIPO	CRANEO	CARA
1	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	No se evidencia
2	Femenino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio medio
3	Femenino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso parietal	No se evidencia
4	Femenino	5 a 10 años	Simple	Hematomas	No se evidencia	Tercio superior
5	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso frontal	Tercio superior
6	Masculino	5 a 10 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
7	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	Tercio inferior
8	Masculino	11 a 15 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	Tercio medio
9	Femenino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio superior
10	Femenino	5 a 10 años	Simple	Herida contusa	Hueso occipital	Tercio inferior
11	Femenino	11 a 15 años	Simple	Hematomas	No se evidencia	Tercio superior
12	Masculino	5 a 10 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	No se evidencia
13	Masculino	16 a 17 años	Compleja	Avulsiones	No se evidencia	Tercio inferior
14	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio medio
15	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso frontal	Tercio superior
16	Femenino	11 a 15 años	Simple	Hematomas	No se evidencia	Tercio inferior
17	Masculino	16 a 17 años	Compleja	Mordeduras	No se evidencia	Tercio inferior
18	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	No se evidencia	Tercio medio
19	Masculino	11 a 15 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
20	Femenino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso parietal	No se evidencia
21	Masculino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
22	Masculino	5 a 10	Simple	Erosiones	No se	Tercio

	no	años			evidencia	medio
23	Femeni no	11 a 15 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
24	Masculi no	11 a 15 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	Tercio inferior
25	Masculi no	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	No se evidencia
26	Masculi no	11 a 15 años	Compleja	Mordeduras	No se evidencia	Tercio inferior
27	Femeni no	5 a 10 años	Simple	Hematomas	Hueso frontal	Tercio superior
28	Femeni no	5 a 10 años	Simple	Hematomas	Hueso frontal	Tercio superior
29	Masculi no	5 a 10 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
30	Masculi no	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso parietal	Tercio medio
31	Femeni no	11 a 15 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
32	Masculi no	11 a 15 años	Simple	Hematomas	Hueso parietal	Tercio medio
33	Femeni no	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
34	Masculi no	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
35	Masculi no	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso parietal	Tercio superior
36	Masculi no	16 a 17 años	Compleja	Avulsiones	No se evidencia	Tercio inferior
37	Femeni no	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
38	Masculi no	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	Tercio medio
39	Femeni no	11 a 15 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
40	Masculi no	11 a 15 años	Simple	Hematomas	Hueso parietal	Tercio medio
41	Masculi no	11 a 15 años	Compleja	Avulsiones	No se evidencia	Tercio inferior
42	Masculi no	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso parietal	Tercio medio
43	Femeni no	11 a 15 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	No se evidencia
44	Femeni no	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso occipital	Tercio medio
45	Femeni	11 a 15	Simple	Herida	Hueso	Tercio

	no	años		contusa	frontal	superior
46	Masculino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
47	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	No se evidencia
48	Femenino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
49	Femenino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	Tercio medio
50	Masculino	11 a 15 años	Compleja	Avulsiones	No se evidencia	Tercio inferior
51	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
52	Femenino	16 a 17 años	Compleja	Avulsiones	No se evidencia	Tercio inferior
53	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso frontal	Tercio superior
54	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
55	Femenino	11 a 15 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	Tercio medio
56	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	Tercio medio
57	Femenino	11 a 15 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
58	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
59	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
60	Femenino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
61	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	Tercio medio
62	Masculino	11 a 15 años	Simple	Hematomas	Hueso frontal	Tercio superior
63	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso parietal	Tercio medio
64	Masculino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
65	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso parietal	Tercio medio
66	Masculino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
67	Femenino	16 a 17 años	Compleja	Mordeduras	No se evidencia	Tercio inferior
68	Femenino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior

	no	años			evidencia	inferior
69	Femenino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
70	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
71	Femenino	11 a 15 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
72	Femenino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso parietal	Tercio medio
73	Femenino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
74	Masculino	16 a 17 años	Agente Físico	Quemaduras	No se evidencia	Tercio inferior
75	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	Tercio medio
76	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
77	Masculino	16 a 17 años	Agente Físico	Quemaduras	No se evidencia	Tercio inferior
78	Femenino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
79	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
80	Masculino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
81	Masculino	16 a 17 años	Compleja	Avulsiones	No se evidencia	Tercio inferior
82	Masculino	16 a 17 años	Compleja	Mordeduras	No se evidencia	Tercio inferior
83	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
84	Femenino	16 a 17 años	Compleja	Avulsiones	No se evidencia	Tercio inferior
85	Masculino	16 a 17 años	Agente Físico	Quemaduras	No se evidencia	Tercio medio
86	Femenino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	No se evidencia	Tercio inferior
87	Masculino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
88	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
89	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	No se evidencia	Tercio medio
90	Femenino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso temporal	No se evidencia
91	Masculino	16 a 17	Simple	Herida	Hueso	Tercio

	no	años		contusa	frontal	superior
92	Masculino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
93	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
94	Femenino	16 a 17 años	Agente Físico	Quemaduras	No se evidencia	Tercio inferior
95	Masculino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
96	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
97	Femenino	16 a 17 años	Compleja	Avulsiones	No se evidencia	Tercio inferior
98	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
99	Femenino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	Tercio inferior
100	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
101	Femenino	11 a 15 años	Simple	Hematomas	No se evidencia	Tercio superior
102	Masculino	5 a 10 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	No se evidencia
103	Masculino	16 a 17 años	Compleja	Avulsiones	No se evidencia	Tercio inferior
104	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio medio
105	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso frontal	Tercio superior
106	Femenino	11 a 15 años	Simple	Hematomas	No se evidencia	Tercio inferior
107	Masculino	16 a 17 años	Compleja	Mordeduras	No se evidencia	Tercio inferior
108	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	No se evidencia	Tercio medio
109	Masculino	11 a 15 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
110	Femenino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso parietal	No se evidencia
111	Masculino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
112	Masculino	5 a 10 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio medio
113	Femenino	11 a 15 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
114	Masculino	11 a 15 años	Simple	Hematomas	Hueso	Tercio

	no	años			temporal	inferior
115	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	No se evidencia
116	Masculino	11 a 15 años	Compleja	Mordeduras	No se evidencia	Tercio inferior
117	Femenino	5 a 10 años	Simple	Hematomas	Hueso frontal	Tercio superior
118	Femenino	5 a 10 años	Simple	Hematomas	Hueso frontal	Tercio superior
119	Masculino	5 a 10 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
120	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso parietal	Tercio medio
121	Femenino	11 a 15 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
122	Masculino	11 a 15 años	Simple	Hematomas	Hueso parietal	Tercio medio
123	Femenino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
124	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
125	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso parietal	Tercio superior
126	Masculino	16 a 17 años	Compleja	Avulsiones	No se evidencia	Tercio inferior
127	Femenino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
128	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	Tercio medio
129	Femenino	11 a 15 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
130	Masculino	11 a 15 años	Simple	Hematomas	Hueso parietal	Tercio medio
131	Masculino	11 a 15 años	Compleja	Avulsiones	No se evidencia	Tercio inferior
132	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso parietal	Tercio medio
133	Femenino	11 a 15 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	No se evidencia
134	Femenino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso occipital	Tercio medio
135	Femenino	11 a 15 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
136	Masculino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
137	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso	No se

	no	años			temporal	evidencia
138	Femenino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
139	Femenino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	Tercio medio
140	Masculino	11 a 15 años	Compleja	Avulsiones	No se evidencia	Tercio inferior
141	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
142	Femenino	16 a 17 años	Compleja	Avulsiones	No se evidencia	Tercio inferior
143	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso frontal	Tercio superior
144	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
145	Femenino	11 a 15 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	Tercio medio
146	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	Tercio medio
147	Femenino	11 a 15 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
148	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
149	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
150	Femenino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
151	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	Tercio medio
152	Masculino	11 a 15 años	Simple	Hematomas	Hueso frontal	Tercio superior
153	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso parietal	Tercio medio
154	Masculino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
155	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso parietal	Tercio medio
156	Masculino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
157	Femenino	16 a 17 años	Compleja	Mordeduras	No se evidencia	Tercio inferior
158	Femenino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
159	Femenino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
160	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida	Hueso	Tercio

	no	años		contusa	frontal	superior
161	Femenino	11 a 15 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
162	Femenino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso parietal	Tercio medio
163	Femenino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
164	Masculino	16 a 17 años	Agente Físico	Quemaduras	No se evidencia	Tercio inferior
165	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	Hueso temporal	Tercio medio
166	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
167	Masculino	16 a 17 años	Agente Físico	Quemaduras	No se evidencia	Tercio inferior
168	Femenino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
169	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
170	Masculino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
171	Masculino	16 a 17 años	Compleja	Avulsiones	No se evidencia	Tercio inferior
172	Masculino	16 a 17 años	Compleja	Mordeduras	No se evidencia	Tercio inferior
173	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
174	Femenino	16 a 17 años	Compleja	Avulsiones	No se evidencia	Tercio inferior
175	Masculino	16 a 17 años	Agente Físico	Quemaduras	No se evidencia	Tercio medio
176	Femenino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	No se evidencia	Tercio inferior
177	Masculino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior
178	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
179	Masculino	16 a 17 años	Simple	Hematomas	No se evidencia	Tercio medio
180	Femenino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso temporal	No se evidencia
181	Masculino	16 a 17 años	Simple	Herida contusa	Hueso frontal	Tercio superior
182	Masculino	16 a 17 años	Simple	Erosiones	No se evidencia	Tercio inferior

ANEXO N° 3
DOCUMENTACIÓN SUSTENTATORIA



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

SERVICIO DE ESTOMATOLOGIA FORENSE

CONSTANCIA

MEDIANTE LA PRESENTE, EL COORDINADOR DEL SERVICIO DE ESTOMATOLOGIA FORENSE DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL SEDE REGIONAL DE AREQUIPA DEL MINISTERIO PUBLICO, FISCALIA DE LA NACION, HACE CONSTAR QUE EL SR. MARTIN JOSE ZEVALLOS SOTO, BACHILLER EN ESTOMATOLOGIA DE LA ESCUELA PROFESIONAL DE ESTOMATOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS, HA PARTICIPADO DEL TRABAJO DE INVESTIGACION PROGRAMADO POR ESTE SERVICIO DENOMINADO: "LESIONES Y ZONAS AFECTADAS DEL MACIZO CRANEO FACIAL EN MENORES DE EDAD QUE SUFREN DE VIOLENCIA FAMILIAR REPORTADOS EN EL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL AREQUIPA".

SE EXPIDE LA PRESENTE PARA LOS FINES LEGALES PERTINENTES Y A SOLICITUD EXPRESA DEL INTERESADO

AREQUIPA 26 DE SETIEMBRE DEL 2017


MINISTERIO PÚBLICO
INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL
DIVISION MEDICO LEGAL AREQUIPA

DR. WASHINGTON CAJEDAS PORTUGAL
Especialista Estomatologo Forense
C.O.P. 5564
R. Daniel Alvarado Carrion alt. Arequipa

ANEXO N° 4
SECUENCIA FOTOGRÁFICA



**SEDE DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL Y CIENCIAS FORENSES
AREQUIPA**



RECOLECCIÓN DE DATOS EN EL DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA



BÚSQUEDA DE HISTORIAS CLÍNICAS



DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA DEL INSTITUTO DE MEDICINA
LEGAL AREQUIPA