

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA**



TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA:

TRAUMAS FACIALES EN MUJERES QUE ASISTEN A LA COMISARÍA
DE LA MUJER EN EL DEPARTAMENTO DE MASAYA, EN EL PERÍODO
COMPRENDIDO DE ENERO A JUNIO DEL 2002

AUTOR: Br. MERCEDES YORLENI VALLADARES LÓPEZ

TUTOR: DR. DANIEL MANTILLA

ASESOR: DR. HUMBERTO ALTAMIRANO R.

LEÓN, NIC.

AGOSTO 2003

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por darme fuerza y sabiduría para realizar nuestra monografía, de manera muy especial a mis padres que nos brindaron apoyo y la confianza en nosotras.

En especial al Dr. Daniel Mantilla y Dr. Humberto Altamirano que muy pacientemente revisaron una y muchas veces el presente trabajo y siempre nos brindaron su oportuna orientación al inicio del mismo.

A todas aquellas personas que en varias ocasiones nos facilitaron información, especialmente a la comisaría de la mujer del departamento de Masaya.

CONTENIDOS

	Pág.
1.Introducción y Antecedentes	1
2. Objetivos General y Específicos	3
3. Marco Teórico	4
4. Diseño metodológico	15
5. Resultados	17
6. Discusión	24
7. Conclusiones	25
8. Recomendaciones	26
9. Bibliografía	27
10. Anexos	28

INTRODUCCIÓN

La región facial, así como otras regiones del cuerpo están expuestas a sufrir diversas patologías, que van desde pequeñas lesiones, hasta causar un daño grave, incapacidad o muerte..

Los traumas de la zona facial producen una diversidad de daño, éstos pueden ser: simples o limitados a los tejidos blandos; y complejos, que comprenden las estructuras esqueléticas subyacentes. De todas las patologías que afectan diferentes partes del cuerpo, las lesiones faciales, afectan más psicológicamente al individuo, por ser una área de cicatrices visibles y permanentes.

Los pacientes traumatizados pueden presentar más de una lesión, facial y son consideradas las más importantes por los aspectos psicológicos que representan. Estos pueden ser consecuencia de accidentes, violencia intra o extra domiciliar.

La literatura y los diferentes estudios realizados sobre traumatismo maxilofacial revelan que en el pasado las heridas eran producidas por arma de fuego e instrumentos de guerra; en la actualidad el uso del automóvil, los accidentes industriales y la violencia física son las causas principales de éstos.

Según estudios realizados por ALLING en 1987 sobre traumatismo faciales las heridas contusas e incisivas fueron las que más afectaron a los tejidos blandos, las fracturas dento-alveolares y nasales dañaron a los tejidos duros y la parte labial seguida de la mentoniana en la región facial.

Según Richard, en 1984 el 83% son lesiones traumáticas de tejidos blandos y el 16% de tejidos duros.

En Nicaragua el traumatismo en las mujeres es de un 90%, a consecuencia del maltrato las lesiones causadas no se denuncian en un 95%.

La importancia de este trabajo radica esencialmente en la alta frecuencia de traumatismos faciales existentes y muchos de éstos a nivel intra domiciliario, en que la mujer es la más afectada y muchos los casos pasan desapercibidos por miedo y desconocimiento de sus derechos.

Este estudio lo consideramos importante, para conocer los casos reportados con trauma faciales ocasionados a mujeres del departamento de Masaya. Además, se debería brindar una mayor atención desde el punto de vista legal.

La finalidad de este trabajo es demostrar que la agresión física en contra de la mujer por violencia doméstica, es motivo frecuente de consulta en las emergencias hospitalarias.

OBJETIVO GENERAL

- Determinar los traumas faciales en mujeres que asisten a la Comisaría de la Mujer en el departamento de Masaya en el período comprendido de Enero- Junio del 2002.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Clasificar los traumas faciales según edad.
- Establecer los traumas faciales según causa y tipo de lesión.
- Determinar los traumas faciales según ocupación.
- Conocer las zonas más frecuentes afectadas por traumas faciales.

MARCO TEÓRICO

La violencia entre parejas es difícil de medir, generalmente ocurre en privado y las víctimas muy pocas veces se atreven a denunciar estos incidentes debido al temor de represalias por parte del compañero.

La violencia doméstica sigue un patrón o ciclo que pasa por tres fases:

- 1. Abuso psicológico.**
- 2. Período de reconciliación.**
- 3. Período de ambivalencia.**

Abuso psicológico:

La violencia psicológica es más difícil de detectar que la violencia física, muchas veces la mujer vive años de violencia psicológica antes de ser agredida físicamente. La agresión psicológica comprende varios aspectos:

- **Abuso verbal e intimidante:**

La mujer es insultada, despreciada, humillada y rebajada. Se le asusta con miradas, gestos o gritos. “ Si dices algo te mato ”, por lo tanto la mujer no se atreve a hablar, buscar ayuda o denunciar al agresor.

- **Aislamiento:**

La mujer es controlada por su pareja, la vigila, controla sus actos o movimientos, escucha sus conversaciones y le impide tener amistades.

- **Abuso económico:**

Control y abuso de las finanzas por parte del compañero. “Si dices algo no te doy dinero “

- **Amenazas:**

La pareja amenaza con herir, matar, suicidarse o llevarse a los hijos si la mujer lo abandona.

Todos estos abusos psicológicos van en aumento hasta que viene una manifestación de rabia y la mujer es golpeada o herida.

Período de Reconciliación:

En esta fase del ciclo, el hombre se da cuenta de que ha actuado mal y se arrepiente. Entonces se vuelve amable, cariñoso, pide disculpa y hasta regala flores. Esta conducta "cariñosa" completa la victimización de la mujer.

Período de Ambivalencia:

La mujer no sabe que hacer, su pareja la golpea, pero al mismo tiempo pide disculpa, es cariñoso y le regala flores. De esta manera decide perdonarlo. Pasa un tiempo variable de tranquilidad y comienza de nuevo el mismo patrón en la primera fase, pero cada vez el tiempo entre una agresión y otra es más corto y el ciclo se hace repetitivo.

La motivación en la mujer, que en un principio pudo haber tenido el deseo de separarse o pedir ayuda va disminuyendo progresivamente hasta volverse completamente pasiva y sumisa. (5)

A pesar de las dificultades y el miedo hay que romper el silencio, denunciar es el primer paso para salir de la violencia. La violencia no es instinto, no es necesaria para vivir, se aprende observando los comportamientos agresivos de los adultos.

Los malos tratos son un problema permanente oculto, se calcula que al menos el 95% de las agresiones no se denuncian, los modelos familiares y los roles sexuales transmitidos en la educación primaria son las más importantes, en la educación

Cuando una mujer es golpeada física o psicológicamente en su círculo más cercano aparece como un espejo la imagen misma de lo que nuestra sociedad sigue siendo.

El rol social que se atribuye a la mujer la convierte en víctima de una violencia específica, que aunque la conocemos por doméstica es el más evidente.

La violencia doméstica y específicamente la agresión física en contra de la mujer, se ha convertido en nuestro país en un problema de grandes proporciones.

Miles de mujeres anualmente son agredidas por su compañero, esposo, ex esposo, novio o amante.

La violencia doméstica no es fácil de definir. En términos generales podríamos decir, que es el uso deliberado de la fuerza para controlar o manipular a la pareja. Se establece en personas relacionadas afectivamente y que generalmente viven en el mismo hogar.

A nuestros centros asistenciales acuden diariamente gran cantidad de pacientes femeninos con lesiones que son productos de la violencia doméstica y que a la fecha no existe en el país una legislación que penalice a los agresores.

Hasta 1998 no se percibía en la población pública, la convicción de que la violencia doméstica era como una cuestión social y una señal de alarma ante una realidad. En el caso de asesinato es un problema social que compete a las autoridades.

En ese mismo año se aprobó el primer plan de acción contra la violencia doméstica o medidas que se prolongaran hasta el presente año 2000, desde entonces se ha invertido mucho dinero para campañas públicas de información.

El número de mujeres asesinadas por su pareja va en aumento: en 1998 un total de 35 mujeres murieron a mano de sus cónyuges, en 1999 el número de asesinatos ascendió a 42 y por lo menos 30 en lo que va del año.

Unos de los principales logros según la asociación, es que el número de denuncias han aumentado en un 6.5 % con respecto al año 1999, afirmándose que los malos tratos son en realidad un problema oculto, y que la denuncia puede ser el principio del fin. Fundamentalmente las críticas se centran en la aplicación de la legislación y en sus efectos de fondo y de

forma durante el proceso que colocando a la mujer en una situación en total de indefensión.

La mayoría de los colectivos para acabar con el maltrato hacia las mujeres coinciden en señalar que la legislación es clara y suficiente, aunque podría mejorarse.

La asociación de mujeres juristas **THEMIS**, estudió la respuesta penal a la violencia familiar; mediante el análisis de casos de 2500 expedientes judiciales, una de sus principales conclusiones es que más de la mitad de los casos de mujeres desisten continuar los procesos por falta de mecanismos judiciales de apoyo y protección, resulta además muy sorprendente que el 5% de las sentencias que se pronunciaron fueron absuelta y tan solo el 18% el agresor fue condenado.

Otra constante es la falta de rigurosidad de los jueces que en la mayoría de los casos imponen penas mínimas y sólo se actúa con contundencia si se producen resultados de muerte nunca en presencia de los mismos.

El poder y el dominio se consideran valores positivos aún más en nuestra sociedad competitiva y esos atributos continúan siendo intrínsecos a la virilidad; estos “**VALORES**” se encuentran en desigualdad y un medio para alcanzarlo, demostrarlo o defenderlos es la agresión.

Los médicos forenses Miguel y José Antonio Lloren Acosta; sostienen que a lo largo de la historia; las agresiones han sido una demostración de autoridad y superioridad que las mujeres aguantan como pago de la protección que el hombre le ofrecía. Todavía hoy en muchos casos, el hombre presenta esta protección y esa seguridad sobre todo económica, pero debería verse superado la primitiva moneda del maltrato.

La violencia doméstica no se da únicamente entre mujeres dependiente con poca información y bajo nivel cultural, jóvenes universitarias o mujeres de clase media o alta, también son objeto de este tipo de agresión, aunque sus

posibilidades personales y económicas hacen que no se prolongue en el tiempo.

Un estudio del profesor José Antonio Carróñales, entre estudios universitarios revela que el 7% había sido víctima de una agresión sexual, lo preocupante es que el 17% de sus compañeros encontraban alguna justificación a la agresión, datos como éste son prueba de que queda mucha tarea educativa y de sensibilización para acabar con la violencia del género. (3, 5).

REFORMA Y ADICIONES AL CÓDIGO PENAL PARA PREVENIR Y SANCIONAR LA VIOLENCIA INTRAFAMILIAR. (LEY 230)

La ley 230 que penaliza la violencia intra familiar, entró en vigencia el 9 de octubre de 1996 y reforma varios artículos del código penal, que viene a romper con el mito de que la violencia dentro del hogar es un asunto privado (3)

Esta ley contempla tres aspectos muy importantes:

- 1) La despenalización del adulterio femenino ya que el masculino nunca estuvo penalizado.
- 2) Las medidas de seguridad y protección. Estas ayudan en caso de que los hechos todavía no constituyen delito o sea antes de que se cometa una agresión preventiva.
- 3) Además de penalizar la violencia física, se reconoce como delito las agresiones psicológicas cuando hay: humillaciones, amenazas, ofensas u otras expresiones que dañen la salud mental. Es decir, son las lesiones que te destruyen como persona.

TIPOS DE TRAUMAS EN EL CUELLO

CERRADO: Se produce por proceso de aceleración y desaceleración, contusión, ahorcadura o estrangulación, puede producir fracturas o dislocación de la columna cervical, oclusión de la arteria carótida.

ABIERTA: Por lesiones con arma blanca o de fuego.

DEGLUCIÓN: Ingestión de cuerpo extraño.

IATROGÉNICO: Después del procedimiento de endoscopia, colocación de catéteres, sondas e intubación.

HERIDAS

Son lesiones físicas caracterizadas por un desgarramiento de la piel, por lo general es el resultado de un accidente o traumatismo más que una enfermedad.

CLASIFICACIÓN:

CONTUSIÓN: Se produce por el impacto de un objeto no cortante sin causar solución de continuidad en la piel. Afecta la piel y el tejido subcutáneo y suele provocar hemorragia subcutánea. La equimosis suele aparecer aproximadamente a las 48 horas.

ABRASIÓN: La abrasión es una herida producida por el raspado de la piel. Resulta de la fricción, y presenta aspecto sangrante.

LACERACION: Es una herida producida por arrancamiento. Es la herida de tejido blando que se encuentra más frecuentemente y suele ser producida por un objeto puntiagudo de metal o de vidrio. Puede ser profunda o superficial y puede afectar los vasos y nervios subyacentes. Cuando es causado por un

objeto agudo Y deja una herida limpia con márgenes bien delineados, se llama herida “incisa”.

HERIDAS PENETRANTES: Son producidas por objetos punzantes como cuchillos, picahielo, clavo u otros similares. Generalmente son profundas y suelen afectar otros tejidos como boca, nariz o seno maxilar. Pueden ser grandes o pequeñas según el objeto que ha producido la herida.

MORDEDURA

Son consideradas como heridas de tipo contuso o punzante que pueden provocar lesiones a estructuras musculares, nerviosas y vasculares. El problema más crítico es la infección, la flora del hombre contiene más gérmenes patógenos que cualquier animal en su boca.

CLASIFICACIÓN:

GENUINOS: El agresor clava sus dientes en las víctimas las que produce heridas por punción; desgarró o desprendimiento de tejido, particularmente en el lóbulo de oreja y lengua.

AUTOMORDEDURA: Generalmente en la lengua o labio, se da principalmente por caída o crisis convulsivas, lesiones en extremidades y pecho, lesiones por puñetazos con abrasión y laceración de los nudillos y las manos.

QUEMADURA

Lesión de los tejidos del cuerpo producidas por calor, electricidad, sustancias químicas, o gases cuya extensión viene a determinar el grado de exposición de la célula, al agente y por el grado de naturaleza de ésta.

La quemadura grave representa el tipo de agresión biológica más severo que puede sufrir el organismo y pone en peligro la vida del paciente.

CLASIFICACIÓN

QUEMADURA SUPERFICIAL O DE PRIMER GRADO

Este tipo de lesión que sólo causa un mínimo daño epitelial, cicatriza espontáneamente a partir de las estructuras dérmicas no afectadas, ésta es típica del sol, el dolor no es muy intenso.

QUEMADURA DE SEGUNDO GRADO O ESPESOR PARCIAL

La epidermis y parcialmente la dermis presentan ampolla, este tipo es la más dolorosa.

QUEMADURA DE TERCER GRADO O ESPESOR TOTAL DE LA PIEL

Llega hasta la grasa subcutánea y la fascia, músculos, tendones y huesos pueden ser afectados, la cicatrización se logra sólo mediante la aplicación de un injerto de piel.

La gravedad de la quemadura, está determinada por la intensidad de la temperatura y por la duración de la exposición del agente causal, tanto el espesor como la extensión definen el pronóstico del paciente.

FRACTURAS MAXILARES

El macizo facial esta ubicado en la parte anterior e inferior del cráneo, formado en sus dos tercios inferiores por un conjunto óseo que lo forma , el maxilar superior y la mandíbula, ambos recubiertos por una capa de tejido blando.

CLASIFICACIÓN

FRACTURA SENCILLA O SIMPLE La piel permanece intacta, el hueso ha sido fracturado completamente pero no está expuesto y puede o no estar desplazado.

FRACTURA EN TALLO VERDE Un lado del hueso está fracturado y el otro solamente doblado. Este tipo de fractura se ve frecuentemente en niños en los cuales el hueso se dobla sin fracturarse.

FRACTURA COMPUESTA Hay una herida externa que llega hasta la fractura del hueso.

DIAGNÓSTICO

Un buen interrogatorio, es de gran ayuda en el diagnóstico de las fracturas y debe estar orientado hacia tres aspectos fundamentales:

- ✓ La forma en que ocurrió el evento.
- ✓ Si hubo pérdida del conocimiento.
- ✓ Tiempo transcurrido desde la producción del trauma.
- ✓ Quien da la información.

Estos cuatro factores nos darán una idea de la dirección e intensidad del impacto y por ende el tipo de fractura; las lesiones encefálicas asociadas y el grado de infección que puede existir según el tiempo transcurrido. Se debe realizar un cuidadoso y minucioso examen físico con el objeto de tener una evaluación mas detallada.

Los síntomas de casi todas estas fracturas son movilidad de los segmentos, crepitación, dolor, impotencia funcional y aumento de volumen de la zona. Cuando se trata de pacientes dentados y la fractura interesa a los maxilares se puede apreciar una falta de alineación además de una mala oclusión mas o menos marcada si existen los dientes antagonistas.

COMPLICACIONES

Las complicaciones que se presentan como producto de los diferentes traumatismos maxilofaciales son:

1. Problemas estéticos
2. Dificultad respiratoria.
3. Anquilosis a nivel de la apófisis coronoide.
4. Descenso del globo ocular.
5. Diplopía permanente.

6. Mordida abierta anterior.
7. Falta de consolidación y unión defectuosa.
8. Seudo artrosis.
9. Mala oclusión dentaria.
10. Osteomielitis.
11. Anquilosis temporomandibular.

DISEÑO METODOLÓGICO

TIPO DE ESTUDIO:

Descriptivo – Transversal.

Área de estudio: Masaya se encuentra en la región del pacífico de Nicaragua. Al norte – Managua, sur – Carazo, este – Granada, oeste – Managua. Sus habitantes son 241.354 hbt., su extensión 59 km², tiene como municipios Catarina, San Juan de Oriente, La Concepción, Masatepe, Nandasmo, Nindirí, Niquinohomo, Tisma.

Período de estudio: Se llevó acabo en el período comprendido de Enero-Junio 2002.

Población de estudio: Fueron 42 casos de mujeres que asistieron a la Comisaría de la Mujer en el departamento de Masaya, en el período de Enero-Junio 2002.

Muestra: Fue de 22 mujeres que asistieron a la Comisaría de la Mujer en el departamento de Masaya, en el período de Enero- Junio 2002.

Criterios de Exclusión:

Personas que no se pudieron adquirir sus expedientes clínicos.

Mujeres que no presentaron lesiones faciales.

Instrumento: Expediente clínico del archivo de la Comisaría de la Mujer.

Recolección de datos: Se obtuvieron los datos por medio de expedientes clínicos; localizados en la Comisaría de la Mujer en el departamento de Masaya, en que se extrajeron los datos que necesitábamos para nuestra investigación, siendo estos: edad, ocupación, causa y tipo de lesión. Una vez procesados los datos, los resultados se presentaron en tablas y gráficos y los análisis fueron mediante porcentaje.

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	CONCEPTO	INDICADOR	VALOR
Edad	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el llenado de la ficha	Lo indicado en el expediente clínico	Menor de 15 años 15-30 años 31-45 años 46-60 años
Causa	Razón por la cual se supone que ha sido hecha una cosa para un fin determinado	Lo indicado en el expediente clínico	Por accidentes transcurridos, golpes, quemaduras, heridas, etc.
Ocupación	Trabajo que impide emplear el tiempo en otras cosas	Lo indicado en el expediente clínico	Comerciante, doméstica, ama de casa y profesional
Tipo de lesión	Daño causado por una herida , golpe o enfermedad	Tipo de lesiones encontradas en el expediente clínico	Trauma, lesiones físicas y psicológicas.

RESULTADOS

La gráfica N° 1 refleja la cantidad de mujeres violentadas, en una distribución por edad. Se puede observar que la edad entre 18-25 años es la que presenta mayor número de casos, con un total de 17 mujeres que representa un 40.5% de la población.

En la gráfica N° 2 se observa la frecuencia de traumas en el área facial según la edad de la mujer. Las edades comprendidas entre 18-25 años, es la que mayor casos presenta con una frecuencia de 10 mujeres violentadas representando un 45.5% de la muestra.

El gráfico N° 3 muestra que la causa más frecuente de los traumatismos faciales son los puñetazos con un total de 8 mujeres y que equivalen a 38.5% de la muestra.

En la gráfica N° 4 muestra que el efecto más común de los traumas faciales, son las contusiones con una frecuencia de 12 que representa el 41.4% de la muestra.

En la gráfica N° 5 refleja la cantidad de mujeres con lesiones faciales, según su ocupación. Las amas de casa son las más afectadas, con un total de 11 mujeres, representando un 50% de la muestra.

En la gráfica N° 6 nos muestra que la parte media, es la más afectada por los traumas faciales en mujeres representando un 41.2% que equivale a 14 lesiones.

Gráfico #1

Distribución de la población estudiada de acuerdo a la edad en mujeres que asisten a la comisaría de la mujer en el Departamento de Masaya en el período de enero a junio del 2002.

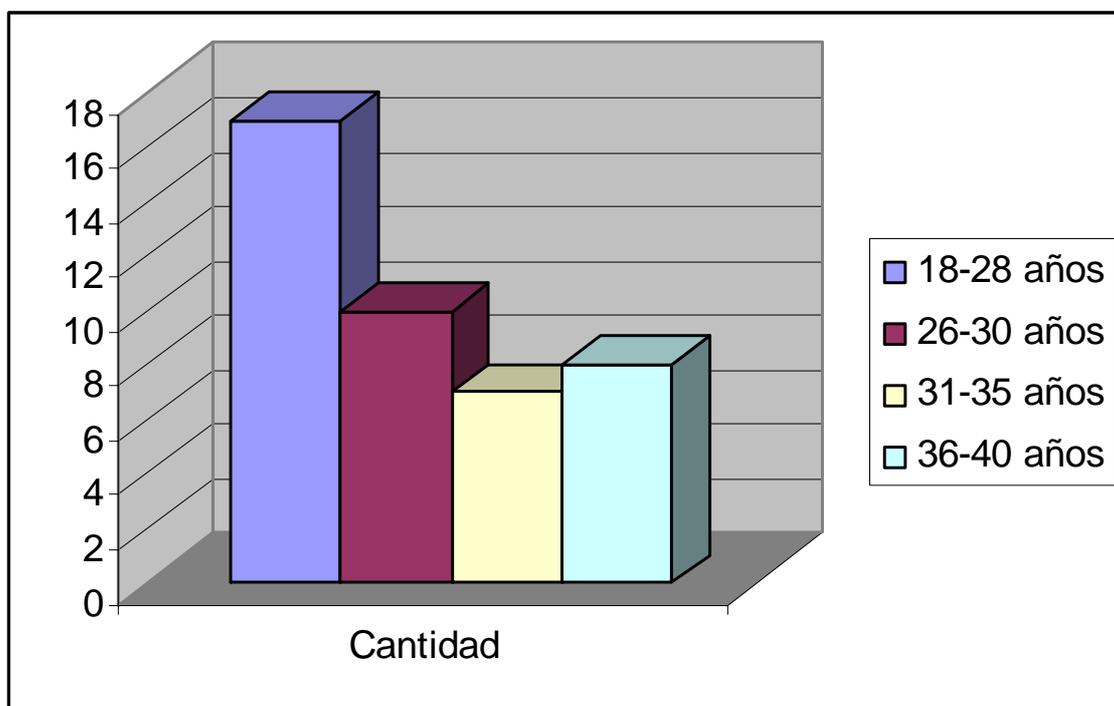


Gráfico # 2

Frecuencia de traumas faciales según la edad en mujeres que asisten a la comisaría de la mujer, en el departamento de Masaya de Enero a Junio del 2002.

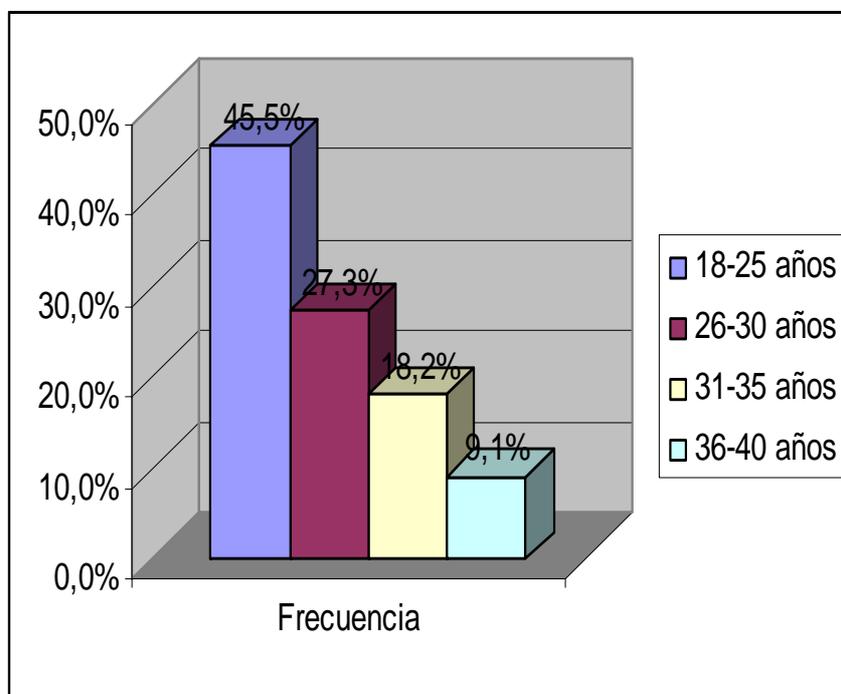


Gráfico #3

Causas más comunes de los traumas faciales en mujeres que asisten a la comisaría de la mujer en el departamento de Masaya, en el período comprendido de Enero a Junio del 2002

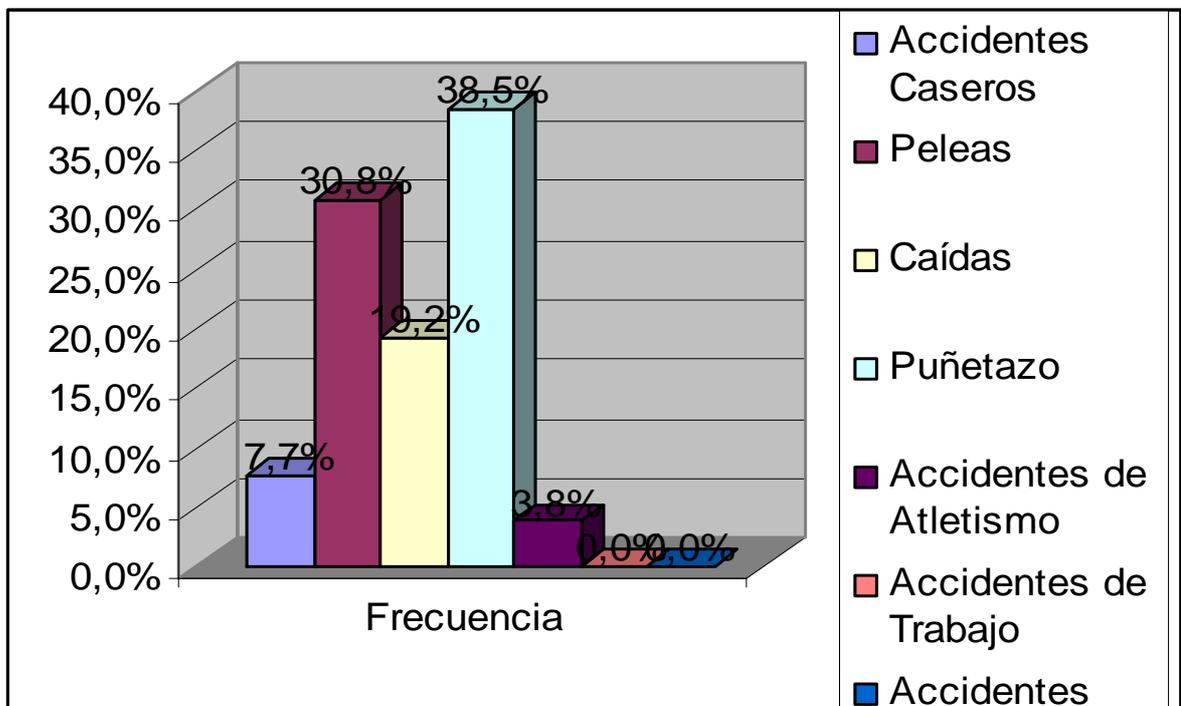


Gráfico #4

Efectos más comunes de los traumas faciales en mujeres que asisten a la Comisaría de la Mujer, en el Departamento de Masaya en el período de Enero a Junio del 2002.

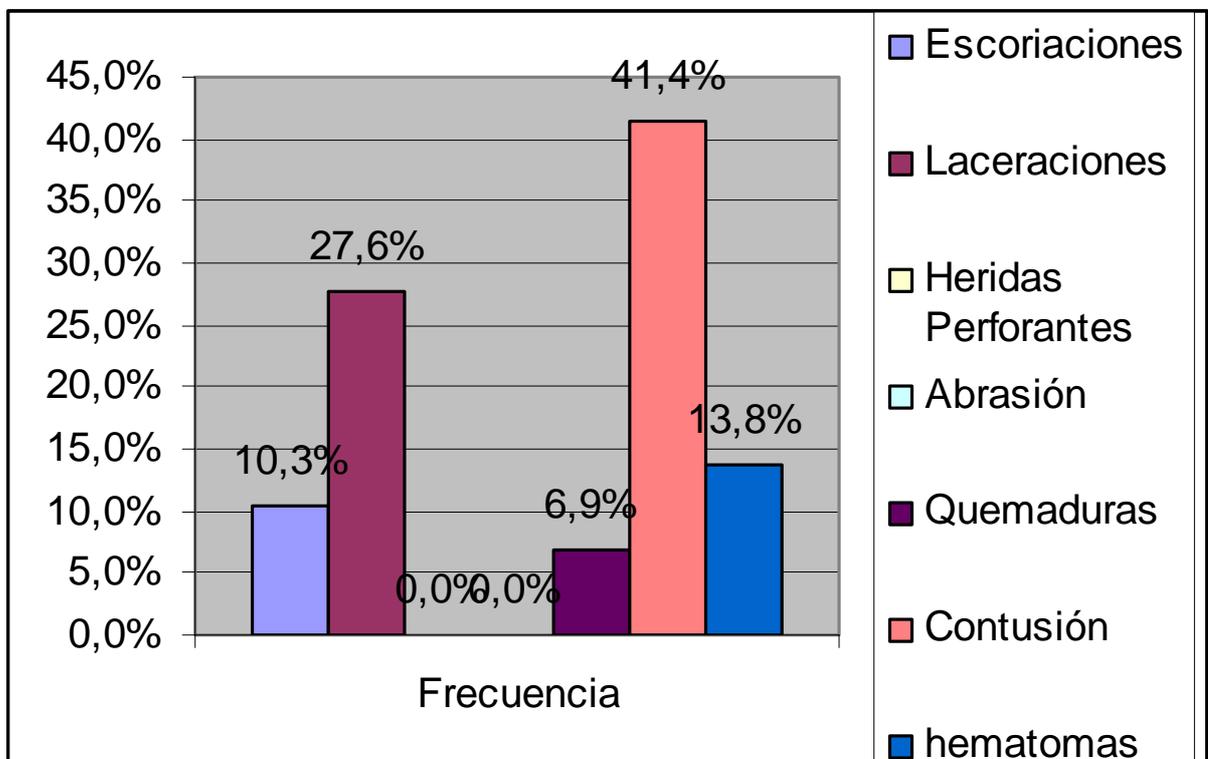


Gráfico #5

Traumas faciales según la ocupación en mujeres que asisten a la Comisaría de la Mujer en el Departamento de Masaya en el período de Enero a Junio del 2002

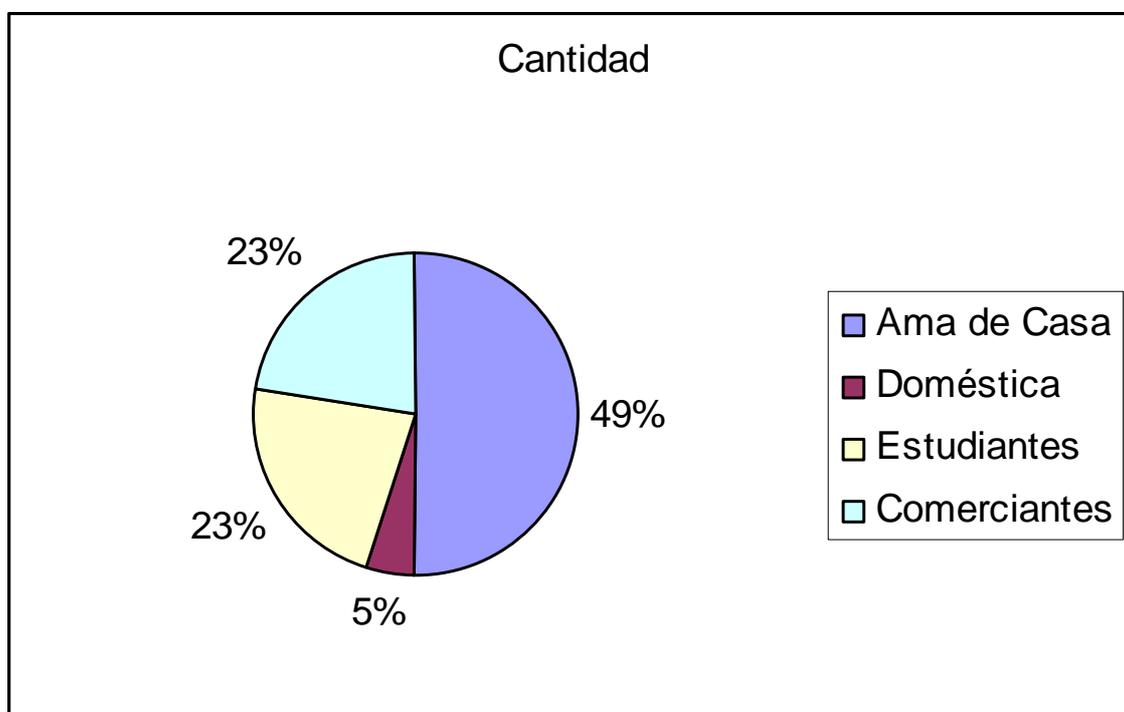
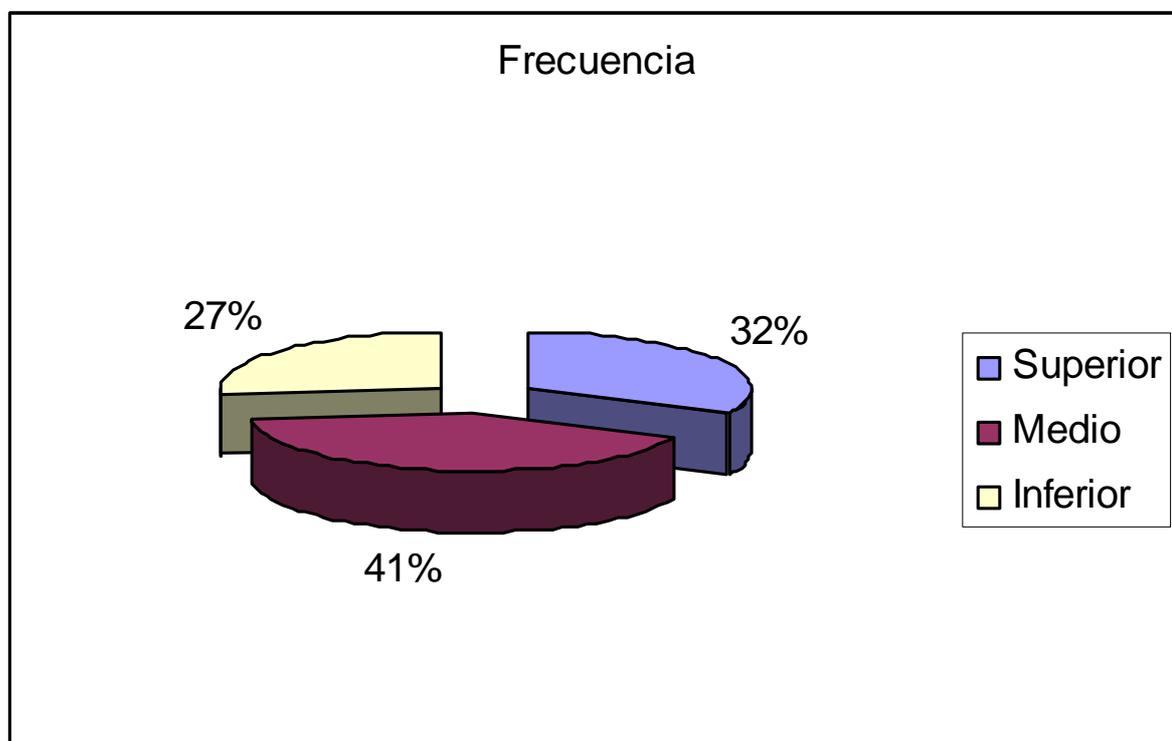


Grafico #6

Zonas más afectadas por los traumas faciales en mujeres que asisten a la comisaría de la mujer, en el Departamento de Masaya en el período de Enero a Junio del 2002



DISCUSIÓN

DISCUSIÓN

Ante la problemática social existente en mujeres con lesiones faciales que ignoran sus derechos legales, y que por miedo a seguir siendo agredidas, no denuncian a sus agresores, ni acuden a pedir apoyo a la Comisaría de la Mujer u organismos defensores de sus derechos.

Las mujeres hacen poco uso de las consultas médicas, y siempre justifican sus maltratos con argumentos diferentes a sus realidades, ocultando así, la verdad de sus lesiones faciales.

En estudio realizado a un segmento de mujeres entre las edades de 18 a 25 años, en su mayoría amas de casa, encontramos situaciones de mujeres con poco recursos económicos, sin trabajo, con problemas familiares ocasionados por la pobreza y otras donde se determinó que ante tal situación son sometidas y ultrajadas en algunos casos por sus maridos o compañeros de vida, otras por varones inescrupulosos que se aprovechan de su situación ultrajándola y lesionándola.

La mayoría de estas mujeres por su bajo nivel de vida, educación y nivel cultural no asisten a poner las respectivas denuncias por ignorancia o las razones antes mencionadas, en las que le quedan solo las secuelas de golpes y daños psicológicos tanto a ellas como a sus hijos.

CONCLUSIONES

- De los 42 casos que representa la población total de las mujeres violentadas, 22 presentaron lesiones faciales representando un 25%.
- Las edades comprendidas entre 18-25 años es la que más casos presentó traumas faciales con un 45.4% de la muestra total.
- Las causas más comunes de los traumas faciales son los puñetazos con un 38.4%.
- El efecto más común de los traumas faciales son las contusiones con un 41.4%.
- Las mujeres según su ocupación la más afectada por los traumas faciales son las amas de casa con un 50% de la muestra total.
- La zona más afectada por los traumas faciales es el tercio medio con un 41.2%.

La agresión física en contra de la mujer, ocurre en todos los niveles socio económicos. La diferencia radica en que la mujer con medios económicos altos, acude a un centro asistencial privado cuando es agredida. La mujer de escasos recursos no tiene otra alternativa.

RECOMENDACIONES

- ❖ Se debe brindar a las mujeres víctimas de violencia asesoramiento jurídico y de salud.
- ❖ Fomentar en las mujeres la iniciativa de denunciar y trabajar por el castigo de quienes la agreden.
- ❖ Luchar por la promulgación de una ley que penalice la agresión de la mujer y al menor
- ❖ Crear más centros denuncias de maltratos en contra de la mujer a nivel nacional.
- ❖ Crear asilos para mujeres y niños maltratados con escasos recursos que carezcan de hogar o que se sientan amenazados dentro del mismo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Kruger, Tratado de Cirugía Bucal, 5ta. Edición panamericana, S,A de c, v; 1986.
2. Morales Urey, Dr. Gilberto. Tesis traumatismo facial 1983 Managua Nicaragua.
3. Ferreira Gabriela B. (1998), Las mujeres maltratadas.
4. Laskin, Cirugía bucal y maxilofacial, 2da reimp, edit, médica panamericana, Buenos Aires, 1988.
5. Manual moderno S,A de violencia doméstica de México D.F. 1998.

ANEXOS

FICHA

- Fecha
- Hora de ingreso
- Datos personales
- Motivo de la queja
- Descripción del evento
- Hora
- Lugar
- Fecha
- Quién da la información?
- Estado de la persona
- Número de personas que participaron
- Testigo
- Estado de salud de los pacientes (describir)
- Evaluación física regional
- Cabeza
- Tronco
- Extremidades
- Evaluación física maxilofacial
- De la oreja a la punta de la nariz
- De la región frontal al cuello
- Identificación y clasificación de las lesiones de la región maxilofacial
- Golpe
- Herida
- Quemadura
- Abrasiones
- Aruños
- Mordidas
- Machetazos









TABLA N° 1

Distribución de la población estudiada de acuerdo a la edad en mujeres que asisten a la comisaría de la mujer del departamento de Masaya, en el período de Enero a Junio 2002

Edad	Cantidad	Porcentaje
18-28 años	17	40.5%
26-30 años	10	23.8%
31-35 años	7	16.7%
36-40 años	8	19.0%
Total	42	100.0%

TABLA N° 2

Frecuencia de traumas faciales según la edad en mujeres que asisten a la comisaría de la mujer, en el departamento de Masaya de Enero a Junio del 2002

Edad	Frecuencia	Porcentaje
18-25 años	10	45.4%
26-30 años	6	27.3%
31-35 años	4	18.2%
36-40 años	2	9.1%
Total	22	100%

TABLA N° 3

Causas más comunes de los traumas faciales en mujeres que asisten a la comisaría de la mujer en el departamento de Masaya, en el período comprendido de Enero a Junio del 2002

Causas	Frecuencia	Porcentaje
Accidentes Caseros	2	7.7%
Peleas	8	30.8%
Caídas	5	19.2%
Puñetazo	10	38.5%
Accidentes de Atletismo	1	3.8%
Accidentes de Trabajo	0	0.0%
Accidentes Automovilístico	0	0.0%
Total	26	100.0%

TABLA N° 4

Efectos más comunes de los traumas faciales en mujeres que asisten a la comisaría de la mujer, en el Departamento de Masaya en el período de Enero a Junio del 2002

Efectos	Frecuencias	Porcentaje
Escoriaciones	3	10.3%
Laceraciones	8	27.6%
Heridas Perforantes	0	0.0%
Abrasión	0	0.0%
Quemaduras	2	6.9%
Contusión	12	41.4%
Hematomas	4	13.8%
Total	29	100%

TABLA N° 5

Traumas faciales según la ocupación en mujeres que asisten a la comisaría de la mujer en el Departamento de Masaya en el período de Enero a Junio del 2002

Ocupación	Cantidad	Porcentaje
Ama de Casa	11	50.0%
Domésticas	1	4.6%
Estudiantes	5	22.7%
Comerciantes	5	22.7%
Total	22	100%

TABLA N° 6

Zonas más afectadas por los traumas faciales en mujeres que asisten a la Comisaría de la Mujer, en el Departamento de Masaya en el período de Enero a Junio del 2002

Zonas	Frecuencias	Porcentaje
Superior	11	32.3%
Medio	14	41.2%
Inferior	9	26.5%
Total	34	100%