

Información Importante

La Universidad Santo Tomás, informa que el(los) autor(es) ha(n) autorizado a usuarios internos y externos de la institución a consultar el contenido de este documento a través del Catálogo en línea de la Biblioteca y el Repositorio Institucional en la página Web de la Biblioteca, así como en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

Se permite la consulta a los usuarios interesados en el contenido de este documento, para todos los usos que tengan **finalidad académica**, nunca para usos comerciales, siempre y cuando mediante la correspondiente cita bibliográfica se le dé crédito al trabajo de grado y a su autor.

De conformidad con lo establecido en el Artículo 30 de la Ley 23 de 1982 y el artículo 11 de la Decisión Andina 351 de 1993, la Universidad Santo Tomás informa que “los derechos morales sobre documento son propiedad de los autores, los cuales son irrenunciables, imprescriptibles, inembargables e inalienables.”

Bibliotecas Bucaramanga
Universidad Santo Tomás

**PREVALENCIA DE LESIONES MAXILOFACIALES EN MUJERES
QUE HAN SUFRIDO MALTRATO FÍSICO REPORTADO EN
LA CASA DE JUSTICIA DE FLORIDABLANCA (SANTANDER)
DESDE SEPTIEMBRE DE 2013 A MARZO 2015**

Ingrid Johanna Contreras Ochoa y Edna Mariam Portillo Vilardy

Trabajo de grado para optar por el título de Odontólogo

Director
Martha Juliana Rodríguez Gómez
Magíster en Epidemiología

Universidad Santo Tomás, Bucaramanga
División de Ciencias de la Salud
Facultad de Odontología
2016

Tabla de Contenido

RESUMEN.....	4
1.Introducción.....	5
1.1 Planteamiento del problema.....	6
1.2 Justificación.....	7
2.Marco Teórico.....	8
2.1Maltrato Físico.....	8
2.1.1Lesiones Maxilofaciales.....	9
2.2Situación de Violencia en el Mundo Contra la Mujer.....	10
2.2.1Situación de Violencia en Colombia Contra la Mujer.....	14
2.2.2.Situación de Violencia Contra la Mujer en Santander.....	16
3.Objetivos.....	16
3.1Objetivo general.....	16
3.2 Objetivos específicos.....	16
4.Materiales y Métodos.....	16
4.1Tipo de estudio.....	16
4.2Población.....	17
4.3Criterios de selección.....	17
4.3.1Criterios de inclusión.....	17
4.3.2Criterios de exclusión.....	17
4.4Variables.....	17
4.5Metodología.....	17
4.5.1. Instrumento.....	17
4.5.2. Prueba piloto.....	17
4.5.3. Procedimiento.....	17
4.6 Análisis estadístico.....	18
4.7 Consideraciones Éticas.....	19
5.Resultados.....	19
5.1 Descripción general de las mujeres que reportaron maltrato físico.....	19
5.2 Descripción de las mujeres que reportaron lesiones maxilofaciales.....	20
6. Discusión.....	24
7. Conclusiones.....	25
8. Recomendaciones.....	26
9. Referencias bibliográficas.....	27
Apéndices.....	31
Cuadro de Operacionalización de variables.....	31
Instrumento para la recolección de datos.....	38

Lista de Tabla

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres que sufrieron maltrato físico y cuyo informe pericial se encuentra en la Casa de Justicia de Floridablanca (septiembre 2013 a marzo 2015) (n=157).....	20
Tabla 2. Características sociodemográficas de las mujeres que sufrieron maltrato físico y cuyo informe pericial se encuentra en la Casa de Justicia de Floridablanca (septiembre 2013 a marzo 2015) (n=87).....	21
Tabla 3. Lugar anatómico en el que se presentaron las lesiones maxilofaciales en las mujeres que reportaron maltrato físico en la Casa de la Justicia de Floridablanca (septiembre 2013 a marzo 2015).....	22

Listas de Figuras

Figura 1. Trabajo documental en la oficina del médico legista en la Casa de Justicia.....	18
Figura 2. Diagrama de flujo de los informes periciales revisados (Septiembre de 2013 a Marzo de 2015).....	19
Figura 3. Distribución del tipo de lesión presentado en las mujeres con maltrato físico que reportaron lesiones maxilofaciales.....	23
Figura 4. Relación que el agresor tenía con las mujeres que reportaron el maltrato físico y presentaban lesiones maxilofaciales.....	23
Figura 5. Lugar anatómico de la región maxilofacial en el que las mujeres presentaron la lesión.....	24

RESUMEN

Objetivo: determinar la prevalencia de las lesiones maxilofaciales ocasionadas por el maltrato físico, en mujeres que lo han denunciado en la Casa de Justicia del municipio de Floridablanca (Santander) desde septiembre de 2013 a marzo de 2015. **Materiales y métodos:** se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con una muestra de 258 informes periciales que fueron diligenciados en las fechas mencionadas. Se analizaron variables sociodemográficas, características de los informes periciales, características del agresor, características de la lesiones y del sitio anatómico de la agresión; los datos se recolectaron a través de un instrumento que se creó con base en los parámetros del Reglamento Técnico para el Abordaje Integral de Lesiones en Clínica Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Se calcularon frecuencias y proporciones para las variables cualitativas y medidas de tendencia central y dispersión para las cuantitativas. Se realizó un análisis bivariado con algunas variables entre las personas con y sin lesiones maxilofaciales; para tal fin, se utilizó la prueba de Chi cuadrado o Test Exacto de Fisher según fuera apropiado. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado como estadísticamente significativo. **Resultados:** La razón de feminidad fue 2,8 mujeres maltratadas físicamente por cada hombre. La prevalencia de lesiones maxilofaciales fue de 55,4% al tener en cuenta 157 informes periciales en los que se registró maltrato físico en mujeres mayores de 18 años o mayores. En 81 (93,1%) informes, el agresor fue conocido y en 47 (58,0%) éste fue el esposo. **Conclusiones:** la prevalencia de lesiones maxilofaciales en las mujeres que realizaron la denuncia en la Casa de Justicia fue de 33,7% al revisar la totalidad de informes periciales para el periodo de tiempo ya establecido.

Palabras clave: Maltrato conyugal, Prevalencia, Violencia doméstica [DeCS].

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of maxillofacial injuries from physical abuse in women who have denounced it in the Justice House in Floridablanca from September 2013 to March 2015. **Material and methods:** A descriptive study was carried out with 258 periciles reports, which were filled out on the mentioned dates. Demographic variables of the expert reports, the offender characteristics, characteristic of lesions and the anatomic site of the attack were analyzed. All data was collected through an instrument that was created based on the parameters of technical regulations for a comprehensive approach to injuries in forensic clinic by National Institute of Legal Medicine and Forensic Sciences. Frequencies and proportions were calculated for qualitative variable and measures of central tendency and dispersions for quantitative variables. A bivariate analysis was performed with some variables for people with and without maxillofacial injuries; for this purpose, the chi-square test or Fisher exact test was used as appropriate. A value $p < 0.05$ was considered statistically significant. **Results:** The ratio was 2.8 femininity physically abused women for every man. The prevalence of maxillofacial injuries was 55.4% taking into consideration 157 expert reports that physical abuse occurred in women aged 18 years or older. In 81 (93.1%) reports, the attacker was known and 47 (58%) of this was the husband. **Conclusions:** The prevalence of maxillofacial injuries in women who made the denouncement at the house of justice was 33.7% reviewing all expert reports for the period already established.

Key words: Spousal abused, prevalence, domestic violence.

**PREVALENCIA DE LESIONES MAXILOFACIALES EN MUJERES
QUE HAN SUFRIDO MALTRATO FÍSICO REPORTADO EN
LA CASA DE JUSTICIA DE FLORIDABLANCA (SANTANDER)
DESDE SEPTIEMBRE DE 2013 A MARZO 2015**

1. Introducción

La violencia afecta al ser humano en su integridad física y emocional. Hoy en día, numerosas entidades públicas del Estado como las casas de justicia, fiscalías, las comisarías de familias y las inspecciones de policía trabajan con el fin de romper el miedo y el silencio de las víctimas pues el hecho de denunciar permite un mejor manejo de los individuos que han sido agredidos; estas entidades no solo protegen a las mujeres sino también a niños, jóvenes, ancianos y hombres que sufren algún tipo de maltrato. Mediante diferentes estrategias realizadas en el ámbito mundial, se ha logrado el aumento de las denuncias en relación con la violencia y sus manifestaciones como lo son la violencia física, psicológica, sexual, económica, doméstica y laboral (1).

La literatura reporta una mayor frecuencia de maltrato en las mujeres que en los hombres; tan grave es la situación para el sexo femenino que la editorial *SAGE Journals* publica desde 1995 la revista científica “*Violence Against Women*” dedicada a cubrir investigaciones relacionadas con todos los aspectos sobre violencia ya mencionados, esclavitud sexual de la mujer, circuncisión femenina, infanticidio, incesto y ataques o asaltos, entre otros (2). En Colombia, según un artículo publicado en el 2010 por el diario “El Tiempo”, el porcentaje de mujeres que han sufrido maltrato físico fue 78% en contraste con el de los hombres (3). Debido a las condiciones socioculturales que enfrenta este país, las cifras de lesiones por causas violentas son elevadas; es así como un reporte emitido por el Instituto de Medicina Legal en Bogotá reportó que 6.269 mujeres fueron maltratadas por su pareja en el año 2015 (4).

Gran parte de estas lesiones se presentan en la región maxilofacial (5), por esto es de vital importancia que el profesional en odontología tenga conocimiento de ellas con el fin de tener la capacidad de identificar, tratar, diagnosticar y dar un tratamiento adecuado y oportuno en particular si las lesiones se presentan en la zona maxilofacial.

En este trabajo de grado se estudió la prevalencia de las lesiones maxilofaciales en mujeres que han denunciado maltrato físico para dar a conocer las cifras de violencia hacia las mujeres mayores de edad e identificar cuáles son las lesiones más frecuentes registradas en los informes periciales de la Casa de Justicia de Floridablanca (Santander).

1.1 Planteamiento del problema. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas definen la violencia contra la mujer como *"Todo acto de violencia de género que resulte, o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada"*. La violencia contra la mujer especialmente la ejercida por su pareja y la violencia sexual constituyen un grave problema de salud pública y una violación de los derechos humanos de las mujeres (6).

En el ámbito mundial, el maltrato en mujeres ha aumentado. La Organización de las Naciones Unidas (ONU) reporta que desde 1995 más de cien países muestran interés en el maltrato en mujeres, entre 1995 y 2004 se reportó que 44 naciones realizaron encuestas e iniciaron programas contra esta problemática, entre el 2005 y el 2014 aumentó con 89 países interesados en desarrollar planes de acción para la protección de todas las mujeres que han sufrido de maltrato (7). El primer estudio multicéntrico sobre violencia física ejercida por la pareja sobre la mujer reportó una prevalencia de vida que osciló entre el 13% (Japón) y el 61% (Perú). Este trabajo fue realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) e incluyó algunas provincias de diez países (Perú, Brasil, Bangladesh, Etiopía, Japón, Namibia, Serbia y Montenegro, Tailandia y la República Unida de Tanzania) (6).

Adicionalmente, si la mujer presenta problemas de salud o alguna discapacidad es objetivo vulnerable a sufrir maltrato físico; en la Unión Europea, el 34% de las mujeres con alguna discapacidad declararon haber sufrido violencia física, frente al 19% de las mujeres que no presentan discapacidad (7), pero en este grupo de mujeres prima el miedo, la vergüenza, la poca confianza en la justicia como sucede en México, país que ha encontrado que el 85% de los casos quedan impunes (8).

Aún no es posible establecer si esta situación se atribuye a la falta de valores provenientes del hogar o si es por falta de conocimiento sobre las consecuencias que se generan como lo ha reportado la Red de Mujeres Latinoamericanas y del Caribe en Gestión de Organizaciones. Esta entidad encontró que entre el 45% al 60% de los homicidios contra las mujeres ocurren en la casa y la mayoría de las veces lo realizan las personas que conviven con las mujeres. Además, es importante señalar que el maltrato no solo es físico sino también psicológico y el 30% de las mujeres separadas padecen de estos aún después de haber terminado su relación. Es así como la violencia se considera como la principal causa de muerte para mujeres entre 15 y 44 años de edad (9).

El periódico El Tiempo publicó en 2010 datos del Instituto de Medicina Legal en Colombia: se presentaron 84.436 casos de violencia intrafamiliar, en Bogotá el 75% de los casos del mismo año era violencia intrafamiliar hacia la mujer. A pesar de que la cifra es bastante alarmante se observó que las mujeres poco a poco se sensibilizan hacia la denuncia puesto que en 2005, tan solo el 22% denunciaba el acto violento, en el 2010 el 38% de las mujeres se animaron denunciar (3).

En julio de 2015, el diario El Espectador reportó los casos de violencia contra la mujer de cuatro municipios de Santander (Floridablanca, Piedecuesta, Girón, Lebrija) entre noviembre de 2014 y mayo de 2015, encontraron 115 casos; igualmente, el Observatorio de Asuntos de Género y la Secretaria de Desarrollo de Santander revelaron que en promedio, tres de cada diez mujeres

santandereanas son víctimas de algún tipo de violencia (10). No obstante, el gobierno colombiano continúa con campañas de sensibilización, asistencia técnica para la formulación de Política Pública de Género, creación de un marco normativo y jurisprudencial para favorecer a las mujeres (10).

A pesar de estos datos, en Colombia no se encuentran estudios publicados que especifiquen el tipo de lesión presentada y si estas se ubican en la lesión maxilofacial en mujeres que han sufrido maltrato físico. Un trabajo realizado por Mafla y colaboradores en 2015 encontró que un 49,9% de las lesiones maxilofaciales se debían a violencia pero no se especificó si se trataban de hombres o mujeres los que habían sido agredidos (11).

La Universidad Santo Tomás cuenta con un Convenio Interinstitucional con la Casa de Justicia, entidad encargada de registrar los casos de violencia de género y es por esto que surgió la pregunta de investigación ¿Cuál es la prevalencia de lesiones maxilofaciales en mujeres que han sufrido maltrato físico reportado en la Casa de Justicia de Floridablanca (Santander) entre septiembre de 2013 a marzo 2015?

1.2 Justificación. El uso del término violencia de género es reciente como lo es el reconocimiento de esta situación en la sociedad. Solo a partir de los años noventa, comenzó a consolidarse gracias a iniciativas de la Conferencia Mundial para los Derechos Humanos celebrada en Viena en 1993, la Declaración de Naciones Unidas, la Convención Interamericana para prevenir y erradicar la violencia contra la mujer y la Conferencia Mundial de Mujeres de Beijing en 1995. Las mujeres son personas prioritarias en la sociedad debido al papel que juegan como trabajadoras, novias, esposas y madres, entre otros. Por tal motivo, es justificable que se realicen trabajos que proporcionen su bienestar especialmente, si se tiene en cuenta que uno de los idearios culturales de la sociedad santandereana es el machismo que algunos consideran como normal (12).

Adicionalmente, para el profesional de la odontología es importante conocer esta problemática no solo para identificar las lesiones que involucran la boca y la región maxilofacial sino también para planear su manejo y la generación de estrategias que brinden apoyo a las personas que han resultado agredidas. Al no contar con estadísticas reales sobre este flagelo, no se podrán generar acciones dirigidas a prevenir esta situación de violencia y promover estilos de vida en paz dentro de las familias.

La información que se presenta en este trabajo sirve como línea base para determinar la frecuencia de las lesiones en la región maxilofacial debidas a maltrato físico en las mujeres que lo denuncian en la Casa de Justicia de Floridablanca. De esta manera, se podrán crear estrategias de educación para la población no solo sobre el maltrato en mujeres sino sobre el maltrato en general puesto que éste afecta a personas de todas las edades.

Un trabajo realizado por Nelms y colaboradores en 2009 resalta la importancia de que los profesionales en odontología reconozcan, reporten y manejen las lesiones producidas por maltrato físico hacia la mujer. Adicionalmente, sugiere que las facultades de odontología deben incluir información sobre cómo reconocer estas agresiones, cómo orientar la anamnesis para que la mujer se sienta cómoda al denunciar y cómo ofrecer apoyo en esta situación (13).

Como se mencionó, la Universidad Santo Tomás cuenta con un Convenio Interinstitucional con la Casa de Justicia de Floridablanca, el cual fue una oportunidad para fortalecer los vínculos con esta entidad y realizar este trabajo colaborativo orientado a mostrar las cifras de maltrato físico sobre la mujer que afecte la región maxilofacial.

2. Marco Teórico

2.1 Maltrato físico. Es definido como “Todo acto de violencia basado en el género que tiene como resultado, o es probable que resulte en daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de la libertad ya sea que ocurra en público o en la vida privada” (14). Se pueden observar e identificar lesiones que han sido causadas en la mayoría de los casos, por personas cercanas a la víctima; se dirigen hacia los niños, adolescentes, adultos mayores o mujeres, al ser esta última la más comúnmente reconocida jurídica y socialmente (15).

La violencia contra la mujer se define como cualquier acto o conducta basada en el género que ocasione a la mujer muerte, daño o sufrimiento físico, sexual o psicológico en la esfera pública o en la privada. Esta violencia puede ocurrir dentro de la familia o en cualquier otra relación interpersonal y comprende, entre otros, violación, maltrato y abuso sexual (15).

Los estudios sobre la violencia contra las mujeres en Colombia, se han enfocado en la caracterización de las víctimas y en la identificación de las consecuencias de los episodios violentos con el fin de propiciar la denuncia, para que la violencia haga tránsito al ámbito privado, público y el Estado dé respuesta a este fenómeno. Sin embargo no se ha reportado hasta el momento una disminución de los casos de este fenómeno, sino que al contrario, día a día van en aumento (15).

Se ha reconocido un ciclo de la violencia de pareja que se desarrolla en tres fases, la primera llamada acumulación de la tensión, se da en el momento en el que empiezan los insultos y tratos fuertes como formas de corrección o educación; la segunda fase se refiere a la agresión concreta que es una manera de castigo por no acatar alguna orden dada por su pareja y la tercera fase, o “luna de miel”, es la fase de la manipulación afectiva, ya que la intención del agresor es minimizar los actos violentos para recuperar la confianza de la mujer; es por esto, que la violencia contra la mujer generada por su pareja se considera un círculo vicioso (15).

En Colombia, la conceptualización de la violencia en el campo legislativo tiene sus orígenes en la Constitución de 1991 Artículo 42, en el cual se declara que: *“cualquier forma de violencia en la familia se considera destructiva de su armonía y unidad, y será sancionada conforme a la ley”*. Antes no existían delitos autónomos ni medidas de protección, el camino era la denuncia por lesiones personales, raras veces adoptado por las mujeres (15).

Los primeros intentos por conceptualizar la violencia, tienen que ver con la forma en la que se nombra el fenómeno. Uno de los primeros títulos que se le da es el de “violencia en el hogar”,

enunciado que circunscribe la violencia a un espacio específico. En un segundo momento se le llamó "violencia intrafamiliar", para referirse no solo al espacio en el que se produce sino a las personas que participan de la misma. Hoy en día, se habla de la violencia de género, un concepto que se fundamenta en la relación entre sexo y la orientación sexual, no delimita la ocurrencia de los hechos violentos a un espacio en particular y hace evidente los diferentes tipos de violencia como la física (golpe, zarandeo, empujón, quemadura), psicológica (celos, acusaciones, limitación del contacto con la familia, manipulación), sexual (violación), económica (control de los gastos, amenazas económicas) (14).

La violencia genera la pérdida de los valores, las buenas costumbres y el respeto, entre otros. En algunos casos, el género no es tenido en cuenta como sucede en algunos establecimientos educativos en los que hay ataques con objetos cortopunzantes en los que se ocasionan cortadas en la cara de las mujeres, en el cuerpo de los hombres (16). Adicionalmente, se ha reportado que la prevalencia de violencia doméstica en las mujeres que trabajan en oficios varios oscila entre un 12% y 35% (17).

2.1.1 Lesiones maxilofaciales. Las lesiones maxilofaciales presentan características especiales y diferentes de los traumas o fracturas que pueden suceder en el cuerpo humano. La fractura de los huesos en la cara ocasiona problemas funcionales y estéticos que traen como consecuencia un desequilibrio físico y emocional (5). Podemos interpretar lo anterior como una secuela ya que está es una alteración orgánica, funcional, psíquica que afecta la forma y la función, además de esto persiste más allá del tiempo esperable para lograr la reparación de la alteración orgánica causada.

En el aparato estomatológico podemos encontrar secuelas importante que debemos conocer para tener claridad del diagnóstico y poder hacer un buen manejo del paciente entre ellas encontramos; deformidad física que afecta el rostro y perturbación del órgano. En la deformidad física se tiene en cuenta que no toda cicatriz en el espacio anatómico descrito constituye una deformidad física que afecta el rostro, se requiere que altere la estética del rostro y que además de ser visibles sea ostensible, en esta no solo podemos encontrar cicatrices, también podemos tomar como una secuela de deformidad física que afecta el rostro una fractura dental anterior, ya que se verá afectada su autoestima. En la perturbación del órgano ocurre una disminución o desmejoría considerable de la función de un órgano o miembro sin que se pierda o anule la función, o se haya limitado de manera significativa; entre los órganos afectados está el órgano-sistema de la masticación, órgano- sistema de la deglución y órgano-sistema de la fonación (18).

Los tipos de lesiones maxilofaciales pueden ocurrir por dos causas: la primera es por maltrato intrafamiliar y la segunda por un maltrato social (accidentes, deportes). Al consultar la literatura se encuentra que las lesiones intrafamiliares son muy comunes en mujeres y las lesiones en accidentes viales en los hombres (5). En un estudio realizado por Mafla y colaboradores se encontró que la violencia fue la causante de las lesiones maxilofaciales en 350 (49,9%) personas, en 104 (14,8%) individuos se debieron a accidentes en motocicletas y en 93 (13,3%) a accidentes automovilísticos. Los niños de 0 a 6 años se relacionaron con caídas, los jóvenes de 15 a 24 años

con violencia, accidentes en moto y automóvil que ocasionaron politraumatismos en cara, cráneo y cuello (19).

En cuanto a los deportes de contacto físico se ha observado que el karate es el que más presenta lesiones en la región maxilofacial, seguido del boxeo y el taekwondo. La lesión maxilofacial más común en estos deportes de contacto físico son las fracturas nasales (20). Los sitios más frecuentes de lesiones maxilofaciales son la órbita, la mandíbula, el maxilar, la parte posterior del cráneo, los alvéolos dentarios, el malar y la nariz. Usualmente, estas lesiones se diagnostican con radiografías o Tomografías Axiales Computarizadas (TAC) que indican la ubicación y el compromiso de la lesión; en gran cantidad de casos, éstas se tratan con cirugía.

Díaz y Jardón (2010) determinaron los niveles de “gravedad lesional” en 576 personas víctimas de lesiones bucocervicofaciales; observaron que las agresiones más prevalentes se encontraban en el tercio medio de la cara y reportaron casos de contusiones, fracturas, inflamación, dolor y hemorragia (21). Se ha señalado que es común encontrar fracturas mandibulares en personas que sufren agresiones físicas lo que trae como consecuencias alteraciones en la función (maloclusiones), en el área física (estética) y psicológica del paciente. (22).

Así cómo se observan lesiones superficiales o de tejidos blandos también se encuentra en gran cantidad e importancia las lesiones penetrantes de la región maxilofacial que *“son aquellas en las cuales un objeto penetra los tejidos blandos y/o duros y se mantienen alojados dentro de una o varias estructuras”*. Este tipo de lesión puede resultar por diferentes formas de traumatismos, entre las que están una lesión perforante (el objeto pasa a través del tejido duro y blando) y una penetrante (el objeto parece localizado dentro del tejido). Entre estos objetos se encuentran fragmentos de balas, pedazos de madera y cristal, hojas de cuchillos y materiales industriales (23).

Este tipo de lesiones se observan en grupos vulnerables como lo son las mujeres. La declaración de la ONU (1993) menciona que la violencia contra la mujer es *“todo acto violento por razón de género que produce o puede causar daño físico, sexual, psicológico o algún tipo de sufrimiento mediante amenazas, coerción o privaciones arbitrarias de su libertad, independientemente de si ocurre en la vía pública o en algún lugar privado”* (7). Por esta razón, cuando se habla de la violencia contra la mujer se observa que tiene un alto impacto en el mundo debido a que diariamente se presentan manifestaciones en contra de la integridad física y mental de las mujeres pero también se debe tener en cuenta que este tema forma parte de un problema de salud que requiere una atención prioritaria (24).

2.2 Situación de violencia contra la mujer en el mundo. La violencia contra la mujer ocurre en todas las naciones y sociedades. En un estudio realizado en Cuba se encontró que el maltrato hacía la mujer tenía relación con los celos y la embriaguez, el mecanismo más frecuente eran los “puñetazos”, mordidas, puñaladas o quemaduras y generalmente, el agresor fue el esposo o el exesposo. El grupo de edad que primó osciló entre 15 y 34 años con un 40,9% de mujeres agredidas. Las lesiones más usuales fueron los hematomas, laceraciones, fracturas nasales y dentoalveolares (25).

Campbell y colaboradores (2002) realizaron un estudio de casos y controles para estimar las consecuencias que genera el maltrato hacia la mujer; observaron que las mujeres lesionadas tienen entre un 50% a 70% mayores enfermedades ginecológicas y del sistema nervioso central (26). De otro lado, un estudio realizado con 223 mujeres que se presentaron a dos hospitales en Hong Kong entre enero de 2010 y diciembre de 2011 encontraron que el 77,6% de las lesiones se presentaban en la cabeza, cuello o cara y que la causa más frecuente (60,2%) fue ser golpeadas con el puño (27). Las mujeres separadas eran más propensas a tener múltiple lesiones puesto que se encontró que más de la mitad de las mujeres maltratadas reportaron múltiples episodios de abuso los cuales podrían empeorar su estado físico (27).

Datos similares fueron hallados por Saddki y colaboradores al revisar 242 registros hospitalarios en una institución de Kelantan (Malasia). Las lesiones maxilofaciales fueron las más frecuentes (50,4%) seguidas por traumatismo en las caderas (47,9%). En 83,5% de los casos, el agresor fue el esposo y 85,1% de las mujeres registradas estaban casadas (28). En este estudio se comprobó que las parejas prefieren agredir a sus mujeres en la región maxilofacial puesto que es un área que no es fácil de ocultar y, así las mujeres se sienten avergonzadas y no salen a denunciar; de esta manera, se ve claramente que la violencia es física y psicológica. El tercio medio de la cara fue el más afectado (60,6%) y el método de agresión más común fue el puño (56,2%) seguido de patada (38,4%). El tipo de lesión más usual ocurrió en los tejidos blandos como contusiones, abrasiones y laceraciones (87,7%) (28).

En Teherán (Irán), Hashemi y Beshkar realizaron un estudio sobre las fracturas maxilofaciales relacionadas con la violencia doméstica desde junio 2004 a junio de 2006. La causa más común de fractura maxilofacial fue por accidentes automovilísticos (55,3%) seguido de caídas (19,5%). La violencia doméstica generó 3,5% de las fracturas y el promedio de edad de estas mujeres fue 33,8 años (rango entre 22 a 50 años). La fractura más común en estas mujeres fue la fractura de mandíbula (38%) seguida por fractura dental (29%) (29). Adjah y Agbernafle (2016) entrevistaron a 1524 mujeres casadas en Ghana y encontraron que 33,6% habían sufrido violencia doméstica, 30,0% violencia emocional, 17,0% violencia física y 4,0% sexual. Entre los factores de riesgo que llevan a este comportamiento observaron el lugar de residencia urbano [OR: 1,35 IC 95% 1,08 - 1,70], el consumo de alcohol por parte de su pareja [OR: 2,52 IC 95% 2,04 - 3,12] y la historia de violencia familiar ya sea que el padre golpeaba a la madre [OR: 1,41 IC 95% 1,02 - 1,96] o al contrario [OR: 3,04 IC 95% 1,61 - 5,76] (30).

Recientemente, un estudio evaluó la relación entre la violencia doméstica y algunos factores de riesgo en una comunidad de inmigrantes colombianos “ilegales” residentes en la ciudad de Elda (Alicante, España). Los autores evaluaron el 40,4% de la población inmigrante y encontraron una asociación entre la violencia y el consumo de alcohol de la pareja [OR: 3,50 IC 95% 1,58 - 7,16] ajustado por el nivel educativo de las mujeres (31).

En relación a la enfermedad, tiempo y espacio las fracturas faciales presentan una gran morbilidad para una paciente que haya sufrido maltrato físico, debido al antecedente presentado por la mujer es muy difícil no solo recuperar su forma sino que también su función pues no solo influyen los factores sociales sino también los sistémicos. Es importante resaltar que los pacientes deben reportar una buena historia con el fin de diagnosticar y dar un tratamiento adecuado (32).

Cuando una mujer reporta alguna lesión maxilofacial se debe clasificar las partes que han sido tratadas por consecuencia al maltrato físico; el estudio realizado reviso 152 casos de fracturas maxilofaciales y agrupo a nivel facial la mandíbula, el maxilar, el cigomático, el complejo naso-orbitotomoides y excluyó las fracturas nasales. De acuerdo con esto se evaluó 35 casos que correspondían al sexo femenino, siendo más común las fracturas mandibulares y cigomáticas con un factor etiológico alto de accidentes de tránsito seguido de caídas y violencia física (32).

El propósito de un estudio realizado en China fue evaluar y comparar las características demográficas con las fracturas maxilofaciales que presentaban las mujeres, dando a conocer que la época del año donde es mayormente maltratada es en verano. Además de esto se encontró que la zona con mayor afectación a nivel maxilofacial en las mujeres es la fractura del cóndilo con promedios de edades entre los 20 y 30 años pero además de esto se comprobó que edades entre los 11 y 20 años las niñas y jóvenes empiezan a tener un papel activo temprano en la sociedad pues también presentaron complicaciones a nivel maxilofacial (33).

De 250 mujeres evaluadas se encontró que la violencia domestica tuvo un reporte entre 35 y 40 casos seguido de caídas o accidentes en bicicleta, con esto el trabajo tuvo como objetivo diseñar programas guiados a la promoción, prevención y tratamiento contra el maltrato físico hacia las mujeres. Las mujeres que participaron en el estudio fueron evaluadas con una buena historia clínica, exámenes clínicos y radiografías con el fin de darles un tratamiento adecuado como la remisión de los casos severos que no fueron tratados o no han sido tratados a hospitales locales con el objetivo de brindar un apoyo a la comunidad de China (33).

Las fracturas mandibulares fueron clasificadas en cóndilo, sínfisis, cuerpo, ángulo, rama, coronoides y región dentoalveolar; las fracturas de la cara media se clasificaron como fractura compleja cigomática, arco cigomático, lesiones de Lefort I, II, III, sagital, nasal-orbital-etmoides, maxilar y fracturas alveolares; las lesiones dentales se clasificaron como mandibular o maxilar (izquierdo o derecho) además los dientes anterosuperiores, anteroinferiores (incisivos y caninos), posterosuperiores o posteroinferiores (premolares y molares) (33).

En Seúl Corea durante 4 años se analizaron fracturas en 1.284 pacientes a quienes se les diagnosticó fracturas óseas faciales, las áreas se limitaban a la zona media facial del hueso nasal, la pared orbital, el arco cigomático, la pared maxilar y el área facial inferior del mandíbula. Se excluyó el área facial superior del hueso frontal, la pared supra orbital y el cráneo, también se estudió la edad en la que se presentaban fracturas, el resultado demostró que la edad promedio era a los 35 años de edad. De los 1.284 pacientes estudiados, 695 pacientes presentaron fracturas simples en el hueso nasal 65,0% siendo el más común como fractura única; esto fue seguido por fracturas en la pared orbital 29,2%, pared maxilar 15,3% y arco zigomático 13,2%. Las fracturas de complejo cigomático tuvo una incidencia del 9,8%, seguida de la sínfisis mandibular 6,5%, el ángulo mandibular 5,9%, el cóndilo mandibular 4,9% y cuerpo 1,9% (34).

Se encontró que la parte facial más afectada por fracturas fue la parte media de la cara el 86,2%, respecto a la mandibular 12,2%, las simultaneas fuera todavía más escasas 1,6% teniendo en cuenta que se excluyó el área facial superior. En este estudio la causa que más tuvo prevalencia fueron las caídas en adultos mayores con fractura de cóndilo 71,4%; seguido de accidente de tráfico con fracturas del arco cigomático 31,8%, la pared maxilar 28,1%, fractura del arco cigomática

complicada 34.9% y el cuerpo 20,0%; el asalto causo mayor porcentajes en fracturas del ángulo mandibular 31,6%, seguido de las fracturas de la pared orbitaria 30,4% y de hueso nasal 27,8% (34).

En la incidencia específica de las fracturas, en la parte media de la facial se encontró la fractura de hueso nasal 65.0% como la más común y en la mandíbula se encontró que la fractura en la sínfisis fue la más frecuente 33,9%, seguida del ángulo 30,6%, cóndilo 25,4% y del cuerpo 10,1% . En Los tratamientos postoperatorios se presentaron 17 alteraciones en los cuales las infecciones fueron las más comunes en 10 casos, se presentaron 3 casos de la fractura de la pared maxilar y el restante de los casos en la mandíbula (34).

Evaluando los factores más importantes a nivel mundial tales como género, edad y enfermedades asociadas al alcohol o drogas, se comprobó que estos factores influían en las lesiones a nivel maxilofacial. Respecto a la edad se encontró predominio masculino entre 65% y 96% que en las mujeres, siendo la edad promedio menores de 35 años, aunque en Nigeria, un aumento significativo de la incidencia de lesiones maxilofaciales la sufrieron los adultos mayores de 60 años, esta se le atribuye a la falta de apoyo social, comprensión en la familia y los frecuentes accidentes que sufren como caídas, accidentes de tráfico o accidentes laborales en los adultos mayores que aun trabajan. También en la edad se encontró que los niños sufren de caídas y como resultado se observó que las fracturas condilares es la más frecuente. El segundo factor estudiado fue el género y se encontró que la mayoría de las fracturas se presentaban en los hombres probablemente debido a una mayor actividad física de los hombres, ya que las mujeres se dedican a la vida doméstica o son más delicadas para conducir (35).

En el factor económico, el punto que más se observó fue la independización de la mujer y el machismo del hombre, ya que la mujer busca sus propias comodidades y satisfacciones personales que veces el hombre no comparte por esto se llega a la violencia intrafamiliar y es allí donde aparecen las lesiones maxilofaciales, adicional a esto la vida nocturna activa y la creciente número de clubes resulta en un aumento tráfico durante la noche, otro dato curioso encontrado fue que autores también afirmaron que es extraño que la gente en Chennai piensa que usar Cascos causa pérdida de cabello, sin darse cuenta de que tal mito podría costarles la vida aproximadamente 1,3 millones de personas mueren cada año en las carreteras del mundo y entre 20 y 50 millones pueden sufrir lesiones no mortales. Los resultados demuestran que las lesiones por accidentes de tráfico siguen siendo un problema de salud pública especialmente para los países de ingresos medios (35).

En el trauma maxilofacial también se encontró como factor la influencia temporal y climática entre la hora, el día de la semana y la estación, respecto a la hora del día tenemos que una cuarta parte de los pacientes sufren trauma facial entre las 2:00 pm y 7:00 PM. En la estación tenemos un aumento de casos especialmente en los meses de invierno ya que cuando se conduce la luz del día disminuye y aumentan los problemas en las carreteras; aquí estuvieron presentes las fracturas faciales con mayor incidencia los fines de semana, sábado y domingo porque son los días de descanso en la mayor parte de la población y deciden viajar o bailar. Aquí se observa el contacto con el alcohol y las drogas siendo este otro factor que influye en estas lesiones maxilofaciales (35).

Los estudios muestran que la cara está muy relacionada con la violencia física, el alcohol y las drogas (40-58%) de Lesiones maxilofaciales. Esta asociación ha sido reportada en Alemania

(40%), en Suecia (56%), en Noruega (54%), Groenlandia (90%), Nairobi (74%), Finlandia (44%) y Kenia (69%). Un estudio Suizo con un 23% presentó que el alcohol es un factor que produce una lesión; este problema desencadena otro factor importante y es el de la violencia doméstica ya que este se encuentra asociado con al menos un tercio de la población de violencia doméstica y más de la mitad de los pacientes tenían antecedentes de consumo ilícito de drogas (35).

Otro factor importante cotidiano que encontramos es la falta de cumplimiento de las leyes de tráfico ya que no tiene prevención los peatones en los cruces no permitidos, gran número de vehículos antiguos en mal estado en carretera, buses sobrecargados, carreteras defectuosas, la mala iluminación de las carreteras y falta de reductores de velocidad aumentando así los riesgos de que las personas presenten un traumatismo maxilofacial (35). Entre las enfermedades más comunes pueden causar lesiones maxilofaciales se encontró la osteoporosis; el primer estudio que ha intentado aclarar la Asociación entre la osteoporosis y las fracturas de Maxilofacial se realizó en el 2004 el cual mostró que el empeoramiento de la osteoporosis es significativamente asociados con un mayor número de lesiones maxilofaciales. También indicó que la osteoporosis predispone a los pacientes de edad avanzada a estas lesiones faciales en situaciones de alto impacto y siendo las mujeres son más propensas a fracturas de mandíbula que los hombres (35).

La etiología de las lesiones maxilofaciales varían mucho pues pueden ser desde un accidente automovilístico, una caída en deporte o tal vez la violencia intrafamiliar; en este factor se puede observar la gravedad de las lesiones como por ejemplo estudios que se han realizado en los Estados Unidos e Inglaterra se ha encontrado que los accidentes de tráfico son la causa más común de las lesiones maxilofaciales en pacientes que tienen múltiples lesiones. Los deportes son responsables de una proporción de las lesiones craneofaciales en jóvenes y adultos. Zachariades y Papavassiliou en su estudio anotó que las mujeres con lesiones maxilofaciales fueron en su mayoría víctimas de asalto con el 67% de las lesiones; además las lesiones faciales causadas por actos de violencia desde un puñetazo o patada comúnmente dirigida a la cara (83%) como la mejilla o el ángulo de la mandíbula. De todos los traumatismos inducidos por violencia intrafamiliar con la mayoría de lesiones tienen una consecuencia de una lesión desarmada y no penetrante (35).

2.2.1 Situación de violencia contra la mujer en Colombia. La Encuesta Nacional de Salud (ENS) de 2007 indagó sobre la creencia de que el hombre debe castigar a las mujeres si ellas lo merecen y encontró que el 52,0% de los hombres encuestados en el Vaupés así lo pensaban, el 40,0% en Nariño, el 39,7% en Vichada y en los departamentos de Sucre, Córdoba y Bolívar, la proporción fue cercana al 38,0%. Llama la atención que en algunos departamentos (Vaupés y Nariño) esta creencia tiene la aceptación de las mujeres. Se estimó que casi tres y medio millones de personas mayores de 18 años (13,2%) habían sido víctimas de alguna agresión en el último año al ser mayor en los hombres (14,6%) en relación con las mujeres (11,9%) (36).

Respecto al parentesco con los agresores, se observó que generalmente para el hombre la persona que lo agrede es desconocida mientras que en las mujeres, el 69,3% de agresores pertenece al grupo familiar dentro de los cuales el principal es su esposo o pareja así como ex esposos o ex parejas. El 13,3% mencionó haber denunciado a su agresor y quienes más lo hicieron fueron las mujeres (15,5%); los que no denunciaron, no lo hicieron porque no lo consideraban necesario (28,7%), sentían que los daños no fueron fuertes (21,3%), lo podían resolver por si solos (13,8%),

era parte de la vida (10,0%), no querían perjudicar al agresor (7,6%), miedo a nuevas agresiones (5,9%) y porque no creían en la justicia “*no pasa nada*” (4,2%) (36).

Por otra parte, la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (ENDS) en 2010 encontró una prevalencia de vida de violencia física del 14% en las mujeres colombianas en edad fértil. El 37% de las mujeres que alguna vez han estado casadas, reportaron agresiones físicas. Se presenta en menor grado en las mujeres que han cursado al menos educación secundaria y tienen estabilidad económica. Los departamentos con niveles más altos de violencia física por parte de los esposos o compañeros fueron chocó, Meta, Amazonas, Boyacá, Caquetá, Cauca, Tolima y Cundinamarca (37).

Además de las anteriores encuestas, hay pocos estudios que han evaluado la violencia contra la mujer en Colombia, entre estos se destaca el de Ariza quien mostró la relación entre el maltrato de las parejas y las representaciones sociales en Medellín. Este estudio involucró los contextos históricos, socioculturales, políticos y económicos de la ciudad de Medellín en la primera década del siglo XXI y determinó que cuando se habla de violencia de pareja se observa la inequidad de género, la división sexual y la dominación masculina lo cual logró posicionar la violencia de pareja como un problema social en el dominio público (38).

En 2003, Tuesca y Borda realizaron un trabajo para determinar la prevalencia de maltrato físico marital en la ciudad de Barranquilla. Encontraron una prevalencia de 22,9% al ser el grupo más afectado el de 25 a 29 años y los factores asociados fue el consumo de alcohol en el cónyuge [OR: 11,01 IC 95% 4,2 – 29,5] e ingresos menores a los 300.000 pesos [OR: 16,9 IC 95% 4,8 – 59,0] (39).

Un estudio realizado por Friedemann-Sánchez y Lovatón sobre los datos de la Encuesta Nacional de Demografía y Salud en 2005 encontraron que existe una mayor probabilidad de violencia doméstica si la pareja de la mujer ha sido maltratada en su niñez como ya se había señalado. Además, destacan la posibilidad de menor violencia cuando se presentó migración a zonas en que se libra el conflicto armado en el país (40).

El Instituto Colombiano de Bienestar Familiar y el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses realizan un seguimiento año tras año de la tasa de maltrato intrafamiliar por violencia hacia la pareja, y ha establecido que el 65,6% de las peritaciones realizadas en 2013 correspondió a la violencia de pareja, siendo un porcentaje muy similar al registrado en el año 2012 (64,8%) (41). La violencia de pareja es ejercida tanto por la persona con quien la víctima comparte un vínculo, como por aquellos que alguna vez lo compartieron; los municipios con el mayor número de casos de violencia de pareja fueron en orden descendente Bogotá (Cundinamarca), Medellín (Antioquia), Cali (Valle del Cauca), Villavicencio (Meta) y Neiva (Huila). Las tasas más altas de violencia de pareja se ubicaron en los municipios de El Rosal (Cundinamarca), Sabanalarga (Casanare), Orocué (Casanare), La Palma (Cundinamarca) y Viracachá (Boyacá) (41).

El maltrato hacia la mujer en Colombia es un tema que requiere mayor interés puesto que estas situaciones se van agravando y son consideradas como un problema de Salud Pública que atentan

contra los derechos de la vida de la víctima y la familia ya que las secuelas con las que quedan pueden afectar en nuevas oportunidades de trabajo y en una mejor calidad de vida (41,42).

2.2.2 Situación de violencia contra la mujer en Santander. En el departamento se presenta un gran problema de violencia que va de la mano con la impunidad; se encuentran casos en los que los funcionarios no cumplen un buen desempeño según la información obtenida por corporaciones como Sisma Mujer y la Red Nacional de Mujeres en la que afirman que a pesar de las medidas legales persiste una gran distancia entre las normas y la realidad puesto que en Colombia cada quince segundos una mujer es víctima de violencia (43).

La violencia contra la mujer en Santander aumenta con cifras alarmantes sin conocer la totalidad de los casos, otro aspecto importante de esta problemática es el hecho de que la mujer no denuncia debido a que de cierta manera la violencia doméstica o intrafamiliar se ha convertido en una forma de violencia aceptada por constituir un elemento cultural de subordinación (43).

De acuerdo con los datos publicados por la ENDS (2010), en el departamento se reportó una prevalencia de violencia física por parte del esposo o compañero de 33,3%. Así mismo, entre los departamentos en que las mujeres más se defienden de estas agresiones se encuentra Santander (37).

3. Objetivos

3.1 Objetivo general. Determinar la prevalencia de lesiones maxilofaciales ocasionadas por el maltrato físico, en mujeres que lo han denunciado en la Casa de Justicia del municipio de Floridablanca (Santander) desde septiembre de 2013 a marzo de 2015.

3.2 Objetivos específicos.

- Estimar la razón de feminidad en los informes periciales evaluados.
- Determinar el tipo de relación entre el agresor y las mujeres que presenten lesiones maxilofaciales debido a maltrato físico.

4. Materiales y métodos

4.1 Tipo de estudio. Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal debido a que se indagó sobre la presencia de la exposición y la ocurrencia del evento en los Informes Periciales de la Casa de Justicia de Floridablanca en un momento del tiempo determinado (septiembre de 2013 a marzo de 2015) (44).

4.2 Población. Se tuvieron en cuenta 87 informes periciales que habían denunciado maltrato físico en mujeres en la Casa de Justicia del municipio de Floridablanca durante el período de tiempo ya mencionado.

4.3 Criterios de selección

4.3.1 Criterios de inclusión

- Informes Periciales pertenecientes a la Casa de Justicia de Floridablanca realizados desde septiembre de 2013 a marzo de 2015.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Informes Periciales que no estuvieran diligenciados en su totalidad.

4.4 Variables (Apéndice A)

4.4.1 Variable dependiente o de salida. La variable dependiente fue la presencia de lesiones maxilofaciales.

4.4.2 Variables independientes o explicatorias. Se evaluaron las sociodemográficas (lugar de reporte, mes de la agresión, año de presentación, edad, procedencia, sexo, huella, régimen de salud, nivel de educación, ocupación), las relacionadas con el agresor, las relacionadas con el lugar y tipo de la agresión y el número de lesiones (Apéndice A).

4.5 Metodología. Además del procedimiento, esta sección describe el instrumento y la prueba piloto.

4.5.1 Instrumento. El instrumento fue diseñado con base en el Reglamento Técnico para el Abordaje Integral de Lesiones en Clínica Forense del Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (45). Las variables fueron ordenadas de acuerdo con el registro de datos en el Informe Pericial (Apéndice B).

4.5.2 Prueba piloto. La prueba piloto se realizó durante la mañana del 16 de febrero de 2015. Para tal fin, la Médico Legista de la Casa de Justicia facilitó los informes periciales del periodo comprendido entre julio y octubre de 2015. Se revisaron 114 informes y se encontró que 26 de ellos pertenecían a mujeres con lesiones maxilofaciales; la prueba piloto demoró cuatro horas y se determinó que era necesario incluir nuevas variables como “ocupación”, “abrasión” y “equimosis”. Además, se eliminó la variable “contusión” debido a que no es una lesión sino más bien la naturaleza de la lesión.

4.5.3 Procedimiento. Inicialmente, se solicitó el permiso para ingresar, trabajar y revisar los Informes Periciales en la Casa de Justicia de Floridablanca (Santander) mediante la entrega de una carta. Cabe señalar que la Universidad Santo Tomás tiene convenio con esta entidad, por tanto, el acceso fue más fácil.

El 29, 30 y 31 de marzo se realizó el trabajo documental en la Casa de Justicia en horas de la tarde. En todo momento se contó con el apoyo de la Doctora Cielo Díaz Amado (Médico Legista) y la recolección de la información se hizo en su oficina (Figura 1). La información fue recolectada de manera conjunta entre dos investigadores (IC y MP) quienes diligenciaron todos los instrumentos. Si algún dato no se encontraba, la Dra. Cielo lo buscaba en el sistema para registrarlo en el instrumento. De esta manera, se completaron 258 instrumentos correspondientes a 258 informes periciales reportados en el periodo de tiempo que ya se ha descrito.



Figura 1. Trabajo documental en la oficina de la Médico Legista en la Casa de Justicia.

4.6 Procesamiento de la información. Se creó una base de datos en Excel y los datos fueron digitados dos veces por dos personas de manera independiente. Posteriormente, estas bases fueron validadas en el software Epidata y los errores encontrados se modificaron de acuerdo con los instrumentos. La base completamente depurada fue exportada al paquete estadístico Stata I/C versión 12 con licencia a nombre de Juliana Rodríguez G (46-48). Es importante mencionar que no hubo datos faltantes debido a que la información que no estuviera registrada en el informe pericial fue indagada a través del sistema por parte de la Médica Legista que siempre acompañó al equipo investigador.

4.7 Análisis estadístico. El análisis univariado se realizó según la naturaleza y distribución de las variables mediante el cálculo de medidas de tendencia central y dispersión para variables cuantitativas, frecuencias y proporciones para las cualitativas.

El análisis bivariado incluyó algunas variables entre el grupo de personas sin lesiones maxilofaciales y el de las mujeres que sí presentó este tipo de lesiones. Se utilizaron la prueba Chi cuadrado o Text Exacto de Fisher según fuera apropiado. Un valor de $p < 0,05$ fue considerado como estadísticamente significativo.

4.8 Consideraciones éticas. Según la resolución 008430 de 1993, esta investigación se clasificó como una “investigación sin riesgo”. En todo momento, se respetó y se protegió la identidad de las personas que reportaron los casos de maltrato en la Casa de Justicia, para asegurar así su privacidad y su integridad personal.

Se cumplió a cabalidad los principios éticos como son la autonomía, justicia, beneficencia y no maleficencia; no se vulneró el derecho de las mujeres que hayan reportado el maltrato en la Casa de Justicia. Adicionalmente y como ya se mencionó, se solicitó el permiso para acceder a la información.

5. Resultados

Se revisaron 258 informes periciales de los cuales 157 (73,6%) correspondían a mujeres; la razón de feminidad fue 2,8 mujeres maltratadas físicamente por cada hombre. El promedio de edad de las personas que reportaron maltrato físico fue $28,8 \pm 14,2$ años [IC 95% 27,1 - 30,6] con un rango entre uno y 81 años (mediana = 26,5 años).

Cincuenta y tres personas eran menores de edad y de ellos, 33 (62,3%) eran mujeres. El promedio de edad de estos menores fue $11,6 \pm 4,5$ años [IC 95% 10,3 - 12,8]. De las 157 mujeres mayores de edad, 87 (55,4%) sufrieron lesiones en la región maxilofacial al ser maltratadas (Figura 2).

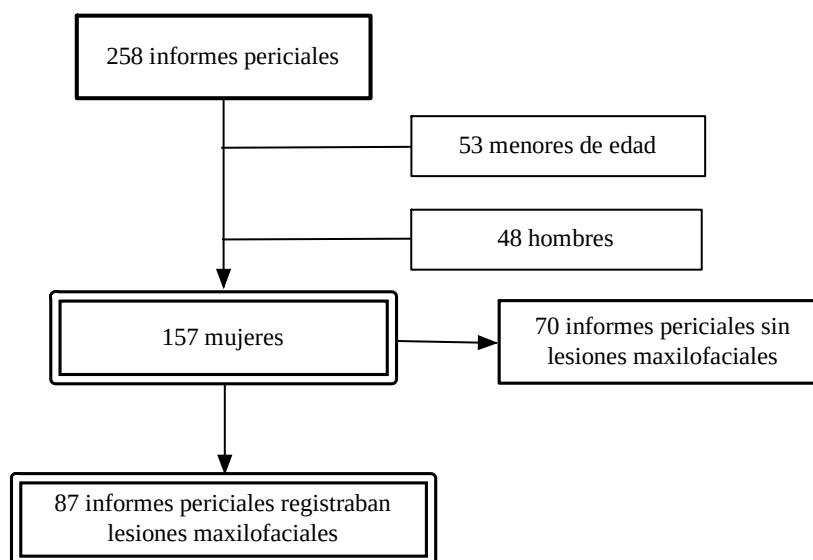


Figura 2. Diagrama de flujo de los Informes Periciales revisados (septiembre de 2013 a marzo de 2015).

5.1 Descripción general de las mujeres que reportaron maltrato físico. El promedio de edad de las 157 que reportaron maltrato físico en la Casa de Justicia de Floridablanca fue $32,9 \pm 12,6$ años [IC 95% 30,9 - 34,9] con un rango que osciló entre 19 y 81 años (mediana = 28). Estos

valores fueron similares a los encontrados en el grupo de mujeres agredidas con lesiones maxilofaciales cuyo promedio de edad fue $32,3 \pm 13,0$ años [IC 95% 29,6 - 35,1], un rango igual y una mediana de 28. No se encontró una diferencia estadísticamente significativa al comparar la edad de las 70 mujeres que no presentaron lesiones maxilofaciales con las 87 que sí ($p=0,3646$).

En la Tabla 1, se observa la distribución de algunas de las características sociodemográficas en la población de mujeres maltratadas. Se encontró que una mayor proporción de mujeres con lesiones maxilofaciales reportan la agresión en la Inspección de Policía. Así mismo, 58 (36,9%) de las mujeres fueron lesionadas en el primer trimestre del año (enero, febrero y marzo) y 24 (15,3%) presentaron maltrato en el cuarto trimestre (octubre, noviembre, diciembre). Solo tres (1,9%) mujeres no presentaron huellas, es decir, evidencia en la piel que indicara maltrato. Aunque no se muestran los datos en la tabla, también es importante mencionar que 156 (99,4%) mujeres procedían de Floridablanca y una (0,6%) de Girón ($p=0,554$); esta mujer presentaba lesiones en la región maxilofacial.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres que sufrieron maltrato físico y cuyo informe pericial se encuentra en la Casa de Justicia de Floridablanca (septiembre de 2013 a marzo de 2015) (n = 157).

Variable	Global n (%)	Sin lesiones maxilofaciales n (%)	Con lesiones maxilofaciales n (%)	P
Lugar del reporte				0,245 ^a
Fiscalía	37 (23,6)	21 (13,4)	16 (10,2)	
Comisaria 1	36 (22,9)	15 (9,6)	21 (13,4)	
Comisaria 4	31 (19,8)	15 (9,6)	16 (10,2)	
Inspección de policía	53 (33,8)	19 (12,1)	34 (21,7)	
Año				0,940 ^a
2013	20 (12,7)	9 (5,7)	11 (7,0)	
2014	114 (72,6)	50 (31,9)	64 (40,8)	
2015	23 (14,7)	11 (7,0)	12 (7,7)	
Trimestre del año				0,789 ^a
Primer	58 (36,9)	23 (14,7)	35 (22,3)	
Segundo	39 (24,8)	18 (11,5)	21 (13,4)	
Tercero	36 (22,9)	18 (11,5)	18 (11,5)	
Cuarto	24 (15,3)	11 (7,0)	13 (8,3)	
Presencia de huella				0,087 ^b
No	3 (1,9)	3 (100,0)	0 (0,0)	
Si	154 (98,1)	67 (42,7)	87 (55,4)	

a: Chi cuadrado; b: Test Exacto de Fisher.

5.2 Descripción de las mujeres que reportaron lesiones maxilofaciales. De los 157 informes periciales en los que se registró maltrato físico en las mujeres mayores de 18 años, 87 (55,4%) evidenciaron lesiones en la región maxilofacial (cara, cráneo o cuello).

En la tabla 2 se observan las características sociodemográficas de esta población. La mayor cantidad de informes fueron reportados en la Inspección de Policía, 50 (57,5%) mujeres pertenecían al estrato 2, 54 (62,1%) habían cursado hasta la secundaria y 36 (41,4%) eran amas de casa. Además, en 81 (93,1%) informes periciales se encontró que el agresor era conocido y en 71 (81,6%) el sexo de este fue masculino.

Tabla 2. Características sociodemográficas de las mujeres que sufrieron lesiones en la región maxilofacial y cuyo informe pericial se encuentra en la Casa de Justicia de Floridablanca (septiembre de 2013 a marzo de 2015) (n = 87).

Variable	n (%)
Lugar del reporte	
Fiscalía	16 (18,4)
Comisaria 1	21 (24,1)
Comisaria 4	16 (18,4)
Inspección de policía	34 (39,1)
Estrato socioeconómico	
1	7 (8,1)
2	50 (57,5)
3	30 (34,5)
Régimen subsidiado	
Ninguno	4 (4,6)
Contributivo	36 (41,4)
Subsidiado	47 (54,0)
Nivel de educación	
Primaria	12 (13,8)
Secundaria	54 (62,1)
Tecnología	15 (17,2)
Universitario	6 (6,90)
Ocupación	
Ninguno	3 (3,5)
Ama de casa	36 (41,4)
Empleada	27 (31,0)
Independiente	16 (18,4)
Otro	5 (5,8)
Año	
2013	11 (12,6)
2014	64 (73,6)
2015	12 (13,8)
Trimestre del año	
Primer	35 (40,2)
Segundo	21 (24,1)
Tercero	18 (20,7)
Cuarto	13 (14,9)

Tabla 2.a. Características sociodemográficas de las mujeres que sufrieron lesiones en la región maxilofacial y cuyo informe pericial se encuentra en la Casa de Justicia de Floridablanca (septiembre de 2013 a marzo de 2015) (n = 87).

Agresor	
Conocido	81 (93,1)
Desconocido	6 (6,9)
Sexo del agresor	
Femenino	16 (18,4)
Masculino	71 (81,6)

El número promedio de lesiones en la región maxilofacial fue $2,3 \pm 1,0$ [IC 95% 2,0 - 2,5] con un rango que osciló entre una y cinco lesiones. La Tabla 3 muestra el lugar anatómico en que ocurrieron las lesiones.

Entre las lesiones maxilofaciales, 47 (54,0%) informes periciales reportaron que el lugar afectado fue la cara seguido de 14 (16,1%) tanto en el cráneo como en la cara y el cráneo (Tabla 3). La Figura 3 muestra que el tipo de lesión más frecuente fue el hematoma y la equimosis que se reportaron en 49 informes periciales mientras que las fracturas fue la que menos se observó (tres informes periciales) (Figura 3).

En las Figura 4 se muestra la relación que el agresor tenía con la mujer maltratada; se destaca que en 47 (58,0%) informes periciales se reportó que el agresor fue el esposo seguido por los hermanos(as) y la expareja. Al analizar el lugar anatómico en la cara, cráneo o cuello, se encontró que en 24 (27,6%) informes periciales se afectaron los párpados seguidos de la órbita y el hueso malar (Figura 5).

Tabla 3. Lugar anatómico en el que se presentaron las lesiones maxilofaciales en las mujeres que reportaron maltrato físico en la Casa de Justicia de Floridablanca (septiembre de 2013 a marzo de 2015).

Lugar anatómico de la lesión	n (%)
Cara	47 (54,0)
Cuello	4 (4,6)
Cráneo	14 (16,1)
Cara y cuello	5 (5,8)
Cara y cráneo	14 (16,1)
Cara, cuello y cráneo	3 (3,5)

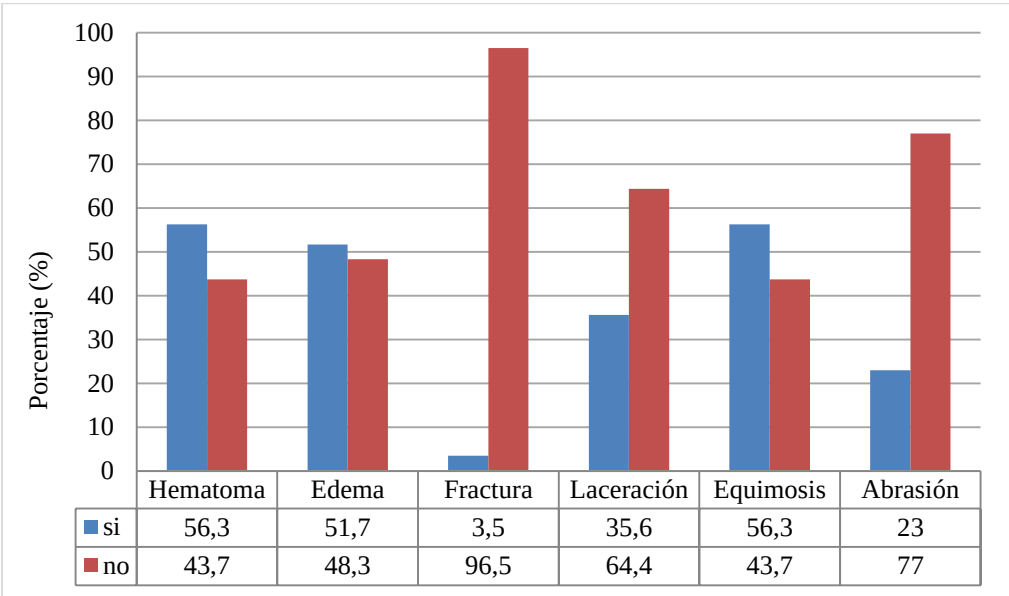


Figura 3. Distribución del tipo de lesión presentado en las mujeres con maltrato físico que reportaron lesiones maxilofaciales.

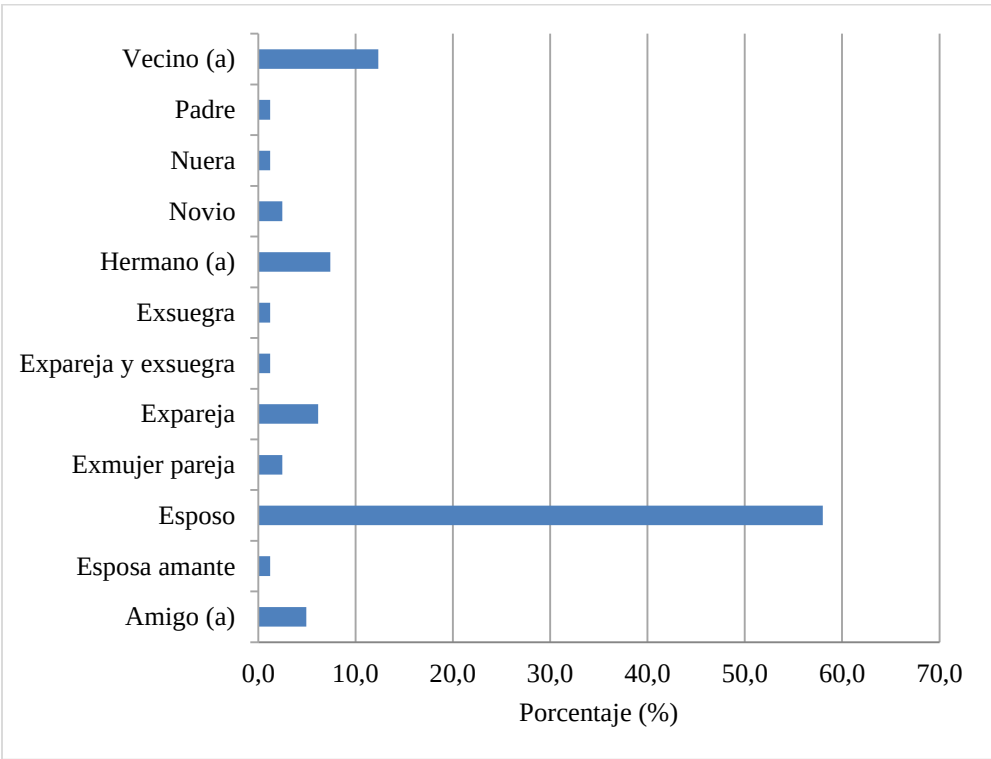


Figura 4. Relación que el agresor tenía con la mujer que reportó el maltrato físico y presentaba lesiones maxilofaciales.

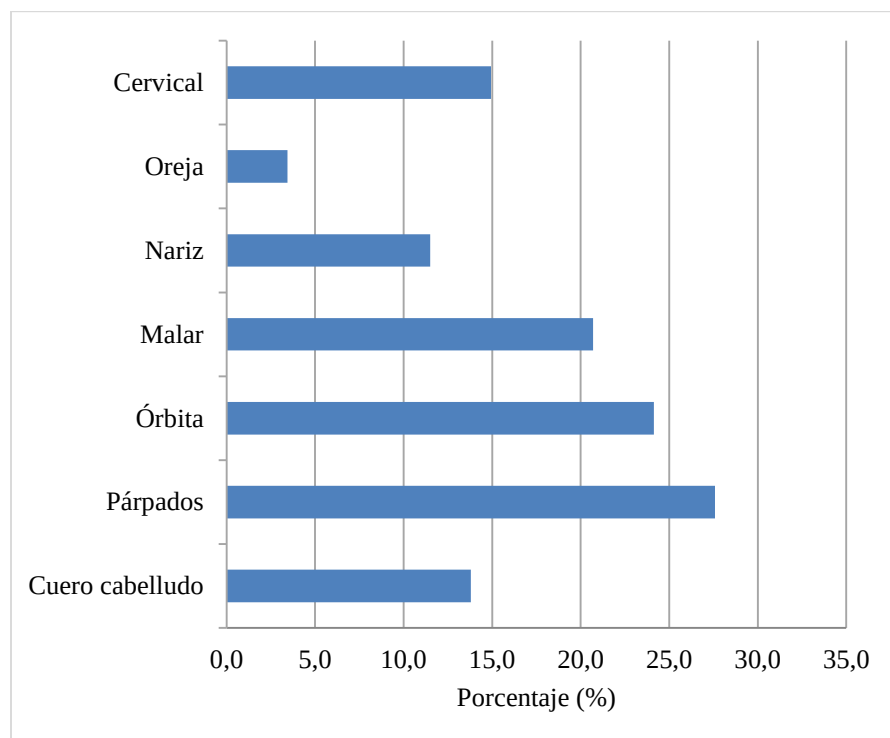


Figura 5. Lugar anatómico de la región maxilofacial en el que las mujeres presentaron la lesión.

6. Discusión

De la totalidad de Informes Periciales revisados, se observó una prevalencia de lesiones maxilofaciales de 33,7% en mujeres que sufrieron maltrato físico y que lo reportaron en la Casa de Justicia de Floridablanca. No obstante, al tener en cuenta solamente los datos correspondientes a las mujeres mayores de edad que presentaron lesiones maxilofaciales (cara, cráneo y cuello), esta prevalencia fue del 55,4%.

La región que fue agredida en mayor proporción fue la cara (54%). Saddki y colaboradores (2010) mencionaron que esta región es de fácil acceso para el agresor y también, sugirieron que es posible que la persona dirija el golpe hacia la cara porque así se disminuye la autoestima y se afecta la imagen de la víctima (28). Cabe señalar que en este estudio, no se presentaron lesiones en las estructuras dentales como en otros estudios tampoco se han encontrado (5,28). Sin embargo, Hashemi y Beshkar reportaron que el 4,3% de los registros reportaban fracturas dentales aunque no todos los registros reportaron como causa la violencia física (29).

En Colombia, Mafla y colaboradores publicaron un trabajo sobre la prevalencia de lesiones maxilofaciales en personas que habían sufrido trauma maxilofacial de 2001 a 2006 en la ciudad de Pasto. Encontraron que la lesión más frecuente fue la fractura de huesos propios de la nariz, ocasionada por violencia hacia la mujer (19). Eso mismo, lo observaron Campbell en el estudio realizado en Cuba, puesto que las fracturas nasales también fueron las más representativas seguidas de las dentoalveolares, mandibulares y cigomáticas (26). En este estudio, solo el 3,4% de las

mujeres mayores de edad que denunciaron maltrato físico presentaron fracturas en la región maxilofacial.

El nivel educativo reportado en los Informes Periciales evaluados fue la educación secundaria en 62,0% de ellos, el 57,0% de las mujeres pertenecían a un estrato socioeconómico 2 y 41,0% de los datos sugirieron que la ocupación de la mujer agredida fue “ama de casa”. Se ha sugerido que las necesidades económicas llevan a discusiones y se ha observado que en los estratos bajos comúnmente ocurren tales discrepancias, ocasionados muchas veces por efectos de alcohol, sustancias psicoactivas o celos (29).

En varios estudios se ha encontrado que el mecanismo más común para producir las lesiones maxilofaciales es el golpe con el puño; generalmente, con un golpe fuerte la mujer cae al piso por lo que no se evidenciarían fracturas a no ser que la mujer sea víctima de varios golpes (20,27). En el presente trabajo, no fue posible identificar el mecanismo que ocasionó la lesión debido a que esta información no se reportó en el Informe Pericial.

La Encuesta Nacional de Salud (2007) mencionó que la denuncia sobre maltrato físico se instaura principalmente en la Policía (51,0%), Fiscalía (36,0%) en las Comisarias de Familia (16,0%), en los Juzgados (3,0%) y en Medicina Legal (1,0%) (37). Los datos arrojados por este trabajo coinciden en que las denuncias se realizarán con más frecuencia en las Comisarias de Familia (42,5%), en la Policía (39,1%) y en la Fiscalía (18,4%).

Un aspecto muy importante a tener en cuenta es el parentesco del agresor con la víctima. La información obtenida en este trabajo coincide con varios estudios que concluyen que el agresor es usualmente, el esposo o la pareja de la mujer agredida (28,49).

Entre las limitaciones de este estudio se podría mencionar el corto periodo de tiempo evaluado debido a una sugerencia realizada por la Médico Legista de la Casa de Justicia de Floridablanca quien disponía de estos Informes Periciales. Adicionalmente, se trabajó con datos secundarios y por tal motivo fue imposible indagar aspectos diferentes a los que el informe presentaba como el sitio en que ocurrió la agresión, la presencia de testigos y la evolución de las lesiones, entre otros. Otro aspecto a tener en cuenta es que en muchos casos, las mujeres no denuncian y por lo tanto, el dato sobre la prevalencia de maltrato físico puede ser subestimado.

No obstante, esta investigación presenta varias fortalezas como fue ser la primera en reportar la prevalencia de lesiones en la región maxilofacial presentadas en mujeres mayores de edad que han sufrido maltrato físico. Se trabajó en convenio con la Casa de Justicia de Floridablanca y podría considerar que este trabajo es un punto de partida para futuros estudios.

7. Conclusiones

- La prevalencia de lesiones maxilofaciales en mujeres mayores de edad que han sido maltratadas físicamente y que lo han denunciado en la Casa de Justicia de Floridablanca fue del 55,4% en el periodo entre septiembre de 2013 a marzo de 2015.

- La razón de feminidad fue 2,8 mujeres maltratadas físicamente por cada hombre al revisar todos los informes periciales reportados en el periodo evaluado.
- El esposo fue el agresor que más fue reportado en los informes periciales al encontrarse en 47 (58%) de ellos.

8. Recomendaciones

- Evaluar la prevalencia de lesiones maxilofaciales en todos los informes periciales encontrados en las diferentes entidades que prestan el servicio de denuncia.
- Seleccionar un periodo de tiempo más amplio e indagar sobre posibles factores asociados como el lugar en que sucede la agresión, el mes en que es más frecuente el reporte, entre otros.
- Involucrar a la comunidad estudiantil y social en las campañas educativas sobre violencia intrafamiliar ofrecidas por la Casa de Justicia de Floridablanca.
- Evaluar el instrumento de valoración y clasificación de las lesiones maxilofaciales elegida por la Casa de justicia en casos de lesiones maxilofaciales.
- Evaluar el manejo completo, tanto clínico como psicológico que le dan los profesionales de odontología en su consulta cuando reciben un casos de lesión maxilofacial.

9. Referencias bibliográficas

- (1) Ministerio de justicia y derechos humanos. Violencia de Genero TIPOS Y MODALIDADES DE VIOLENCIA. <http://www.jus.gob.ar/areas-tematicas/violencia-de-genero/tipos-y-modalidades-de-violencia.aspx> .
- (2) SAGE Journals. Violence Against Women <http://vaw.sagepub.com> 2016.
- (3) El Tiempo. La violencia de puertas para adentro. <http://www.eltiempo.com/archivo/documento/CMS-10847425> 2011.
- (4) Direccion General Subdireccion de Servicios Forenses Centro de Referencia Nacional sobre Violencia. Cifras estadisticas de violencia contra la mujer en 2015. http://www.medicinalegal.gov.co/el-instituto/-/asset_publisher/4Of1Zx8ChtVP/content/cifras-estadisticas-de-violencia-contra-la-mujer-en-2015 2015:1-26.
- (5) Arosarena OA, Fritsch TA, Hsueh Y, Aynehchi B, Haug R. Maxillofacial injuries and violence against women. Archives of Facial Plastic Surgery 2009;11(1):48-52.
- (6) Garcia Moreno C, Jansen H, Ellsberg M, Heise L, Watts C. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multi-country study on women's health and domestic violence. Lancet 2006:1260 – 1269.
- (7) Mujeres O. Hechos y cifras: Acabar con la violencia contra mujeres y niñas. Recuperado de <http://www.unwomen.org/es/what-we-do/ending-violenceagainst-women/facts-and-figures> 2014.
- (8) Fundacion Nunca Mas. ¿Sabias que? <http://fundacionnuncamas.org/sabias.asp> 2014.
- (9) Violetas A. Estadisticas mundiales sobre violencia de genero. <http://www.wim-network.org/2011/11/estadisticas-mundiales-sobre-violencia-de-genero/> 2011.
- (10) Tres de cada 10 mujeres en Santander son víctimas de maltrato. El Espectador 2015 July 9,.
- (11) Mafla A, Lopez E, Guerrero K, Rubiano S, Insuasty A, Bolaños E. Estudio retrospectivo de causas de trauma maxilofacial en Pasto, Colombia de 2001 a 2006. Salud UIS 2009:142-148.
- (12) Moreno S. Políticas de equidad para las mujeres victimas de violencia en Santander. Revista Al Derecho & al Revs 2012;8(8):11-21.
- (13) Nelms AP, Gutmann ME, Solomon ES, Dewald JP, Campbell PR. What victims of domestic violence need from dental profession. J Dent Educ 2009:490-498.

- (14) Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. The Lancet 2002;360(9339):1083-1088.
- (15) Gomez C, Murad R, Calderon M. Historias de violencia, roles, practicas y discursos legitimadores. Violencia contra las mujeres en Colombia 2000-2010. 2013.
- (16) Blazquez G. De cara a la violencia. Agresiones físicas y formas de clasificacion social entre mujeres jóvenes de sectores populares en Argentina. Sexualidad, Salud y Sociedad-Revista Latinoamericana 2010(6):10-40.
- (17) Sanchez S, Salvador L, Rivas M. Abordaje de la violencia domestica (VD) en los servicios de urgencias (SUH). Revista clinica electronica en atencion primaria 2007(12):1.
- (18) Guia practica para el examen odontologico forense Medicina Legal y Ciencias Forenses 2011:1-83.
- (19) Mafla A, Lopez E, Guerrero K, Rubiano S, Insuasty A, Bolaos E, et al. A retrospective study of maxillofacial trauma causes in Pasto, Colombia from 2001 to 2006. Revista de la Universidad Industrial de Santander.Salud 2009;41(2):142-148.
- (20) Quintana J, Giralt B. Analisis de las fracturas maxilofaciales en deportes de combate. Revista Cubana de Ortopedia y Traumatologia 1998;12(1-2):66-68.
- (21) Diaz J, Jardon J. Perfil lesional bucocervicofacial por agresión contra la mujer. Medisan 2011;15(1):33-42.
- (22) Gbenou Y, Ivarez F, Guerra O. Fracturas mandibulares en el hospital universitario" General Calixto Garcia" 2010-2011. Revista Habanera de Ciencias Medicas 2013;12:57-64.
- (23) Diaz J, Jardon J, Quintero Y, Pea L. Lesiones penetrantes maxilofaciales: Presentación de 4 casos. Revista Cubana de Estomatologia 2006;43(3):1-10.
- (24) Lopez R, Pelaez S. Protocolo comun para la actuacion sanitaria ante la Violencia de Genero 2012. 2012:1-120.
- (25) Diaz J, Fernandez A. Clinical and epidemiological characteristics of the maxillofacial trauma due to physical violence against the woman. Medisan 2014(18):353-374.
- (26) Campbell J, Jones AS, Dienemann J, Kub J, Schollenberger J, O'Campo P, et al. Intimate partner violence and physical health consequences. Arch Intern Med 2002;162(10):1157-1163.

- (27) Wong JY, Choi AW, Fong DY, Wong JK, Lau C, Kam C. Patterns, aetiology and risk factors of intimate partner violence-related injuries to head, neck and face in Chinese women. *BMC Womens Health* 2014;14(1):1.
- (28) Saddki N, Suhaimi A, Daud R. Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. *BMC Public Health* 2010;10(1):268.
- (29) Hashemi H, Beshkar M. The prevalence of maxillofacial fractures due to domestic violence—a retrospective study in a hospital in Tehran, Iran. *Dental traumatology* 2011;27(5):385-388.
- (30) Owusu Adjah E, Agbemaflle I. Determinants of domestic violence against women in Ghana. *BMC Public Health* 2016.
- (31) Colorado S, Agudelo S, Huerta J, Torres A. Intimate partner violence and its associated factors in a sample of colombian immigrant population in Spain. *J Immigr Minor Health* 2015.
- (32) Aydin O, Tan O, Algan S, Kuduban S, Barin E, Cinal H, et al. Maxillofacial fracture experiences: a review of 152 cases. *The Eurasian journal of medicine* 2012;44(3):141-143.
- (33) Zbou H, Liu Q, Yang R, Li Z, Bing Z. Maxillofacial fractures in women and men: A 10 year retrospective study. 2016:2181-2188.
- (34) Park K, Lim S, Kim J, Chun W, Shin D, Lee H. Fracture patterns in the maxillofacial region: a four-year retrospective study 2015:306-316.
- (35) Chrcanovic B. Factors influencing the incidence of maxillofacial fractures. 2011:3-17.
- (36) Ministerio de la Proteccion Social. Republica de Colombia. Encuesta Nacional de Salud, 2007
<https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ENCUESTA%20NACIONAL.pdf> 2016.
- (37) Asociacion Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia. Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Violencia contra la mujer y los hijos e hijas; Bogotá, 2010. 2010.
- (38) Ariza G. Social representations of Intimate partner violence in Medellin in XXI century. *CES Psicol* 2013(6):134-158.
- (39) Tuesca R, Borda M. Violencia fisica marital en Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Gac Sanit* 2003(13):302-328.
- (40) Friedemann G, Lovaton R. Intimate partner violence in Colombia: who is at risk? Social forces 2012:663-688.

- (41) Velasco V, Lozano N. Comportamiento de la violencia intrafamiliar, Colombia, 2012. 2012.
- (42) Almenares Aleaga M, Louro Bernal I, Ortiz Gmez MT. Comportamiento de la violencia intrafamiliar. Revista cubana de Medicina general Integral 1999;15:285-292.
- (43) Kersjes EA. Local Media Representations of the Colombian Women's Peace Movement La Ruta Pacífica De Las Mujeres. 2013.
- (44) Hernandez M, Garrido F, Lpez S. Diseño de estudios epidemiológicos. Salud Publica de Mexico 2000;42(2):144-154.
- (45) Reglamento Tecnico para el Abordaje Integral de Lesiones en Clinica Forense. Instituto nacional de medicina legal y ciencias forenses 2010:1-176.
- (46) Microsoft Corporation Excel. United States; 2010.
- (47) Epidata Association. Epidata Software 3,1. 2004; Dinamarca.
- (48) Stata Statistical Software. Release 12. College Station, TX. Stata Corporation. 2011; United States.
- (49) Owusu Adjah ES, Agbemaflle I. Determinants of domestic violence against women in Ghana. BMC Public Health 2016(26):368.

Apéndice A. Cuadro de Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operativa	Naturaleza	Escala de medición	Valores que asumió
Presencia de lesión maxilofacial	Agresión que compromete a la boca, cara, piel, mucosa, hueso, maxilares y dientes.	Lesión caracterizada en alguna región de cabeza, cara o cuello causada por un agresor a una mujer mayor de 18 años que reportó el evento en la Casa de Justicia de Floridablanca.	Cualitativa, dicotómica	Nominal	No (0), si (1)
Lugar del reporte	Entidades que protegen al ciudadano en materia de seguridad, salubridad, moralidad y convivencia ciudadana.	Entidad pública del Estado en la que la mujer maltratada hizo el reporte de maltrato.	Cualitativa, politómica	Nominal	Fiscalía (0), Comisaria de familia 1 (1), Comisaria de familia 4.(2), Inspección de policía (3)
Mes de la agresión	Periodo específico de los doce intervalos en que está dividido un año.	Mes en que la mujer maltratada reporta o denuncia el hecho y queda registrado en el Informe Pericial.	Cualitativa, politómica	Nominal	Enero (1), febrero (2), marzo (3), abril (4), mayo (5), junio (6), julio (7), agosto (8), septiembre (9), octubre (10), noviembre (11), diciembre (12)
Año de presentación	Tiempo en el cual se presenta se impone o se da a conocer algo.	Periodo de tiempo donde reportan los casos de maltrato.	Cualitativa, politómica	Nominal	2013, 2014, 2015
Edad	Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo desde su nacimiento.	Edad de la participante (mayor o igual a 18 años).	Cuantitativa	Razón	Número registrado en el Informe Pericial.

Procedencia	Es el origen de algo o el principio de donde nace o deriva.	Lugar donde proviene la mujer que ha reportado el hecho en la Casa de Justicia.	Cualitativa, politómica	Nominal	Lugar registrado en el Informe Pericial
Sexo	Es el conjunto de las peculiaridades que caracterizan los individuos de una especie dividiéndolos en masculinos y femeninos.	Característica fisiológica que diferencia al ser humano en los participantes.	Cualitativa, dicotómica	Nominal	Femenino (0), masculino (1)
Huella	Señal o rastro que queda de una cosa o de un suceso.	Secuelas de las lesiones que quedan en el cuerpo de la persona que ha sido agredida.	Cualitativa, dicotómica	Nominal	No (0), si (1)
Estrato socioeconómico	Conjunto de elementos que comparten ciertos caracteres comunes y que se integra con otros conjuntos para la formación de una entidad.	Nivel socioeconómico de la mujer que ha sido agredida según el informe pericial.	Cualitativa, politómica	Nominal	Estrato registrado en el Informe Pericial
Régimen de salud	Régimen que consiste en presentar los servicios de salud a las personas brindando un mejoramiento para su condición y calidad de vida.	Régimen de salud al que pertenecían las mujeres que habían sido agredidas.	Cualitativa, politómica	Nominal	Ninguno (0), contributivo (1), subsidiado (2), régimen especial (3)
Nivel de educación	Periodo de tiempo que un niño o un joven asiste a la escuela para estudiar y aprender especialmente el tiempo que dura la enseñanza obligatoria.	Nivel de educación que presenta la mujer vinculada en el Informe Pericial.	Cualitativa, politómica	Ordinal	Ninguno (0), primaria (1), secundaria (2), tecnología (3) y universitario (4).

Ocupación	Trabajo asalariado al servicio de un empleado.	Empleo o desempeño que tienen la mujer que ha denunciado el maltrato en el Informe Pericial.	Cualitativa, politómica	Nominal	Ninguno (0), ama de casa (1), empleado (2), independiente (3), otro (4)
Sexo del agresor	Condición de tipo orgánica que diferencia al hombre de la mujer.	Condición de hombre o mujer de la persona que agrede o maltrata a la mujer registrada en el Informe Pericial.	Cualitativa, dicotómica	Nominal	Femenino (0), masculino (1)
Agresor	Persona que agrede o ataca con violencia, en especial causando un daño físico.	Persona que violenta a la mujer que ha denunciado el maltrato .	Cualitativa, dicotómica	Nominal	Desconocido (1), conocido (2)
Relación del agresor con la víctima	Paréntesco de una persona con otra ya sea sanguíneo o no.	Paréntesco de la persona que ha agredido a la mujer que denuncia en la Casa de Justicia de Floridablanca.	Cualitativa, politómica	Nominal	Descrito en el Informe Pericial
Sitio de la agresión	Ataque provocado producto de la práctica o del hábito de ser agresivo la cual deja huellas.	Lugar a nivel maxilofacial donde la mujer presenta la agresión	Cualitativa, politómica	Nominal	Cara (0), cuello (1), cráneo (2), cara-cuello (3), cara-cráneo (4), cráneo-cuello (5), cara-cuello-cráneo (6).
Número de lesiones	Cantidad de lesiones maxilofaciales presentes.	Cantidad de lesiones maxilofaciales presentes en el Informe Pericial de una participante.	Cuantitativa	Razón	Número reportado en el Informe Pericial
Hematoma	Mancha de la piel, de color azul amoratado, que se produce por la acumulación de sangre u otro líquido corporal, como consecuencia de un golpe	Lesión en la piel de la persona que denuncia como consecuencia del golpe ocasionada por el agresor.	Cualitativa, dicotómica	Nominal	No (0), si (1)

Edema	Inflamación causada por la acumulación de líquido en los tejidos del cuerpo.	Inflamación en los tejidos blandos causado por el golpe del agresor	Cualitativa, dicotómica	Nominal	No (0), si (1)
Fractura	Fractura es la pérdida de continuidad normal de la sustancia ósea a consecuencia de golpes, fuerzas cuyas intensidades superen la elasticidad del hueso.	Ruptura de algún hueso ocasionado por el golpe del agresor y denunciado por la mujer.	Cualitativa, dicotómica	Nominal	No (0), si (1)
Laceración	Herida que se presenta en la piel y en el tejido blando que hay debajo de ella.	Lesión en la piel al recibir un corte o un golpe con un objeto por el agresor.	Cualitativa, dicotómica	Nominal	No (0), si (1)
Equimosis	Lesión subcutánea caracterizada por depósitos de sangre extravasada debajo de la piel intacta	Mancha en la piel ocasionada por un golpe y registrada en el Informe Pericial.	Cualitativa, dicotómica	Nominal	No (0), si (1)
Abrasión	Una abrasión es una herida abierta de la piel causada por una rozadura.	Herida ocasionada por el agresor a la mujer que ha denunciado en la Casa de Justicia.	Cualitativa, dicotómica	Nominal	No (0), si (1)
Cuero cabelludo	Piel que reviste el cráneo del ser humano y que posee cabello	Lesión en el cuero cabelludo ocasionada por el agresor y registrada en el Informe Pericial.	Cualitativa, dicotómica	Nominal	No (0), si (1)

Cráneo	Conjunto de huesos que forman la parte superior de la cabeza y que encierran y protegen el cerebro, el cerebelo y el bulbo raquídeo.	Lesión en el cráneo reportado en el Informe Pericial de la mujer agredida	Cualitativa, dicotómica	Nominal	No (0), si (1)
Orbital	Cavidades situadas a ambos lados de la línea de la cara destinadas a alojar los globos oculares y sus anexos. Las estructuras óseas que las delimitan se denominan órbitas.	Lesión en el orbital reportado en el Informe Pericial de la mujer agredida	Cualitativa, dicotómica	Nominal	No (0), si (1)
Malar	Hueso saliente de la cara situado bajo los ojos y ambos lados de la nariz, tiene forma cuadrilátera, constituye la parte esquelética de la mejilla.	Lesión o fractura del pómulo reportado en el Informe Pericial de la mujer agredida.	Cualitativa, dicotómica	Nominal	No (0), si (1)
Nariz	Estructura que sobresale en la cara y que está situada entre la frente y la boca. Tiene dos orificios que comunican con el aparato respiratorio y que son vía de paso del aire a los pulmones.	Lesión en la nariz reportada en el Informe Pericial de la mujer que ha sido golpeada.	Cualitativa, dicotómica	Nominal	No (0), si (1)

Maxilar	Situado por arriba de la cavidad bucal, por debajo de la cavidad orbitaria y hacia afuera de las fosas nasales se articulan con el del lado opuesto para formar la mayor parte de la mandíbula superior.	Lesión o fractura del maxilar reportado en la denuncia que ha realizado la mujer en la Casa de Justicia.	Cualitativa, dicotómica	Nominal	No (0), si (1)
Mandíbula	Hueso irregular situado en la parte inferior de la cara, participa activamente durante la masticación	Lesión o fractura de la mandíbula reportado en los informes periciales de la mujer agredida	Cualitativa, dicotómica	Nominal	No (0), si (1)
Mucosa oral	Tejidos suaves y húmedos (como el del interior de la boca) que revisten el interior de los órganos digestivos.	Lesión ocasionada en la mucosa oral por el agresor a la mujer que ha denunciado.	Cualitativa, dicotómica	Nominal	No (0), si (1)
Mentón	Parte de la cara situada debajo de la zona labial y por encima de la zona suprahioidea, donde comienza el cuello, llamada así por ser donde empieza la barba.	Lesión ocasionada en el mentón por un golpe del agresor a la mujer que ha reportado el hecho en la Casa de Justicia.	Cualitativa, dicotómica	Nominal	No (0), si (1)
Oreja	Estructura externa del oído, formada por piel y cartílagos.	Lesión ocasionada en la oreja por un golpe del agresor.	Cualitativa, dicotómica	Nominal	No (0), si (1)
Dientes	Órgano anatómico duro, enclavado en los procesos alveolares de los huesos maxilares y mandíbula.	Lesión o fractura de los dientes ocasionada por un golpe del agresor a la mujer que lo ha denunciado.	Cualitativa, dicotómica	Nominal	No (0), si (1)

Cervical	Parte del cuerpo que une la cabeza con el tronco.	Parte anterior y posterior del cuello que ha sido agredida y que se registra en el Informe Pericial.	Cualitativa, politómica	Nominal	Anterior (0), posterior (1), ambas (2)
Labios	Es la puerta de entrada del aparato digestivo y la apertura anterior de la boca. Presentan una porción muscular central, recubierta por fuera por piel y por dentro por una mucosa.	Lesión ocasionada en el labio por un golpe del agresor a la mujer que lo ha denunciado en la Casa de Justicia.	Cualitativa, politómica	Nominal	Superior (0), inferior (1), ambos (2)

Apéndice B. Instrumento para la recolección de datos.

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (NO PARTICIPANTES)

ID

1. **(lugano) Lugar:**

- | | | |
|------------------------|--------------------------|---|
| Fiscalia | ☐ | 0 |
| Comisaria de Familia 1 | ☐ | 1 |
| Comisaria de Familia 4 | ☐ | 2 |
| Inspección de policia | ☐ | 3 |

2. **(mesno) Mes en que sucedió el hecho:** _____ **que corresponde al número** _____.3. **(anono) Año en que sucedió el hecho:** 2013 ☐ 2014 ☐ 2015 ☐4. **(edadno) Edad:** _____ (años cumplidos).5. **(proceno) Procedencia:** _____6. **(sexono) Sexo:** _____

- | | | |
|-----------|--------------------------|---|
| Femenino | ☐ | 0 |
| Masculino | ☐ | 1 |

7. **(huelno) Huellas:** _____

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| No | ☐ | 0 |
| Si | ☐ | 1 |

INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS (**PARTICIPANTES**)

ID

1. **(luga) Lugar:**

- | | | |
|------------------------|--------------------------|---|
| Fiscalía | ☐ | 0 |
| Comisaria de Familia 1 | ☐ | 1 |
| Comisaria de Familia 4 | ☐ | 2 |
| Inspección de policía | ☐ | 3 |

2. **(mes) Mes en que sucedió el hecho:** _____ **que corresponde al número** _____.3. **(ano) Año en que sucedió el hecho:** 2013 ☐ 2014 ☐ 2015 ☐4. **(edad) Edad:** _____ (años cumplidos).5. **(proce) Procedencia:** _____6. **(sexono) Sexo:** _____

- | | | |
|-----------|--------------------------|---|
| Femenino | ☐ | 0 |
| Masculino | ☐ | 1 |

7. **(huelno) Huellas:** _____

- | | | |
|----|--------------------------|---|
| No | ☐ | 0 |
| Si | ☐ | 1 |

8. **(estra) Estrato socioeconómico:** _____

- | | | |
|--------|--------------------------|---|
| Uno | ☐ | 1 |
| Dos | ☐ | 2 |
| Tres | ☐ | 3 |
| Cuatro | ☐ | 4 |
| Cinco | ☐ | 5 |
| Seis | ☐ | 6 |

9. **(subsi) Régimen de salud al que pertenece:** _____

- | | | |
|------------------|--------------------------|---|
| Ninguno | ☐ | 0 |
| Contributivo | ☐ | 1 |
| Subsidiado | ☐ | 2 |
| Regimen especial | ☐ | 3 |

10. **(educa) Nivel de educación:** _____

- | | | |
|------------|--------------------------|---|
| Ninguno | ☐ | 0 |
| Primaria | ☐ | 1 |
| Secundaria | ☐ | 2 |

Tecnología ☐ 3
 Universitario ☐ 4

11. (ocupa) Ocupación: _____

Ninguno ☐ 0
 Ama de casa ☐ 1
 Empleado ☐ 2
 Independiente ☐ 3
 Otro ☐ 4

12. (segre) Sexo del agresor: _____

Femenino ☐ 0
 Masculino ☐ 1

13. (agreso) Agresor: _____

Desconocido ☐ 0
 Conocido ☐ 1 ¿Quién fue? _____

14. (sitio) Sitio de la agresión:

Cara ☐ 0
 Cuello ☐ 1
 Cráneo ☐ 2
 Cara-cuello ☐ 3
 Cara-cráneo ☐ 4
 Cuello-cráneo ☐ 5
 Cara-cuello-cráneo ☐ 6

15. (nume) Número de lesiones: _____

16. Tipo de la agresión:

(hema)	Hematoma	No	☐ 0	Si	☐ 1
(edem)	Edema	No	☐ 0	Si	☐ 1
(fract)	Fractura	No	☐ 0	Si	☐ 1
(lace)	Laceración	No	☐ 0	Si	☐ 1
(equi)	Equimosis	No	☐ 0	Si	☐ 1
(abra)	Abrasión	No	☐ 0	Si	☐ 1
(otro)	Otro	No	☐ 0	Si	☐ 1

17. Región específica de la lesión:

(cuer)	Cuero cabelludo	No	☐ 0	Si	☐ 1
(cran)	Cráneo	No	☐ 0	Si	☐ 1
(parpa)	Párpado	No	☐ 0	Si	☐ 1
(orbi)	Orbital	No	☐ 0	Si	☐ 1
(mala)	Malar	No	☐ 0	Si	☐ 1
(nari)	Nariz	No	☐ 0	Si	☐ 1

(maxi)	Maxilar	No	☐ 0	Si	☐ 1		
(mand)	Mandibula	No	☐ 0	Si	☐ 1		
(muco)	Mucosa oral	No	☐ 0	Si	☐ 1		
(mento)	Mentón	No	☐ 0	Si	☐ 1		
(oreja)	Oreja	No	☐ 0	Si	☐ 1		
(diente)	Dientes	No	☐ 0	Si	☐ 1		
(cervi)	Cervical	Anterior	☐ 0	Posterior	☐ 1	Ambos	☐ 2
(labi)	Labio	Superior	☐ 0	Inferior	☐ 1	Ambos	☐ 2