

Características clinicoepidemiológicas del trauma maxilofacial por violencia física contra la mujer

Clinical and epidemiological characteristics of the maxillofacial trauma due to physical violence against the woman

Dr. José Manuel Díaz Fernández y Al. Anyi Fernández Cardero

^I Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", Santiago de Cuba, Cuba.

^{II} Facultad de Medicina No. 1, Universidad de Ciencias Médicas, Santiago de Cuba, Cuba.

RESUMEN

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 576 mujeres con traumas bucofaciales por violencia física, atendidas en el Servicio de Urgencia de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Docente Clinicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde enero de 2007 hasta diciembre de 2010, con vistas a caracterizarles según variables clínicas y epidemiológicas de interés para la investigación. En la serie predominó el grupo de 15-34 años, los celos y la embriaguez como móviles para el maltrato, así como el esposo y el exesposo como principales agresores; asimismo, los incidentes se desarrollaron mayoritariamente en el domicilio y en la vía pública, donde se empleó como mecanismo lesional primario el puñetazo y los golpes con objeto. Entre las lesiones bucofaciales de tejido blando sobresalieron las formas cerradas (hematomas y escoriaciones) y abiertas (laceraciones faciales no complejas); entre los patrones lesionales de tejido duro, las fracturas nasales y dentoalveolares.

Palabras clave: maltrato a la mujer, violencia doméstica, traumatismo bucofacial, patrón lesional.

ABSTRACT

A descriptive and cross sectional study of 576 women with orofacial traumas due to physical violence, assisted in the Emergencies Service of Maxillofacial Surgery from "Saturnino Lora Torres" Teaching Provincial Clinical Surgical Hospital in Santiago de Cuba was carried out from January of 2007 to December, 2010, with the aim of characterizing them according to clinical and epidemiological variables of interest for the investigation. The 15-34 years group, the jealousies and the alcohol consumption as causes for the abuse, as well as the husband and the ex-husband as main aggressors prevailed in the series; also, the incidents took place mostly in the home and in the street, where the punch and the blows with objects were used as primary mechanism for the injury. Among the orofacial lesions of the soft tissue, the closed forms (hematomas and abrasions) and the open ones (non-complex facial lacerations) were relevant; among the injury patterns of hard tissue, the nasal and dentoalveolar fractures.

Key words: woman mistreatment, domestic violence, orofacial traumatism, injury pattern.

INTRODUCCIÓN

En sus múltiples manifestaciones, la violencia constituye un creciente problema de salud y sus efectos repercuten especialmente en los grupos más vulnerables de la sociedad: las mujeres, que en particular suelen ser víctimas de brutalidades de toda índole.¹

Según la declaración de las Naciones Unidas de 1993, la violencia contra la mujer incluye 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.²

Según informes de la Organización Mundial de la Salud y de la Organización Panamericana de la Salud, la prevalencia del maltrato a la mujer en Europa, oscila entre 18 y 58 % y entre 20 y 60 % en la población femenina de Latinoamérica, respectivamente.^{2,3}

Cuba no está exenta de esta problemática, de modo que es frecuente observar en la calle o en el hogar la ocurrencia de altercados por el más mínimo desacuerdo; sin embargo, los especialistas cubanos insisten en plantear que ello no es comparable con las desmedidas manifestaciones de crueldad que se producen a diario en otras naciones.⁴

Tratar el tema de la violencia doméstica en esta isla, ha sido un paso importante en el abierto reconocimiento de otro de los problemas sociales que golpean a la humanidad desde su misma existencia.^{4,5} Las investigaciones sobre el maltrato a las mujeres cubanas, comenzó a adquirir relevancia a partir de la década del 90 y se concentraron fundamentalmente en el Instituto de Medicina Legal, en el Centro Nacional de Educación Sexual, en el área de investigación y desarrollo de la Fiscalía General de la República, en algunas instituciones de salud y en la Universidad de la Habana.^{4,5}

Ya en los albores del siglo XXI, se inició en Cuba la descentralización del tema sobre el maltrato a la mujer, para ser tratado por esferas. Uno de los primeros signos de pertenencia, fue precisamente en 2004, cuando se concluyó en Guantánamo un estudio epidemiológico sobre traumatismo facial atribuible a la violencia contra las féminas (Santiago Silva D. Violencia física con enfoque de género en cirugía maxilofacial [trabajo para optar por el título de Especialista de I Grado en Cirugía Maxilofacial]. 2004, Guantánamo.

Considerando que este tema constituye un problema de salud a escala mundial y que adquiere connotación especial en una sociedad como la nuestra, donde la mujer es asunto prioritario de atención, así como por la elevada frecuencia con que se presentan las víctimas de esta modalidad de violencia en los servicios de urgencia y como respuesta a la concepción de que este fenómeno sociocultural, constituye un problema de salud pública que requiere la interacción multidisciplinaria para poder actuar eficazmente en cuanto a su prevención o incremento, los autores decidieron realizar la presente investigación con el fin de caracterizar con mayor rigor los aspectos clínicos y epidemiológicos de este tipo de violencia.

MÉTODOS

Se realizó un estudio descriptivo y transversal de 576 mujeres con traumas bucofaciales por violencia física, atendidas en el Servicio de Urgencia de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, desde enero de 2007 hasta diciembre de 2010, con vistas a caracterizarles según variables clínicas y epidemiológicas de interés para la investigación.

Para la recolección de los datos primarios se confeccionó un cuestionario donde se registraron todas las variables de interés, según los objetivos trazados: edad, actividad que desarrollaba la víctima, grado de escolaridad, móvil de la agresión, vínculo con el agresor, lugar de los hechos, mecanismo lesional, número de lesiones por víctima, localización anatómica de la lesión y tipo de tejido afectado.

En el análisis de la información se utilizaron frecuencias absolutas y relativas como medidas de resumen para variables cualitativas y la prueba de Ji al cuadrado para muestras independientes, con un nivel de significación de $\alpha=0,05$. Las hipótesis estadísticas a testar fueron las siguientes:

Ho: Existe independencia poblacional entre los criterios de interés.

H1: Existe asociación poblacional entre los criterios de interés seleccionados.

El estadígrafo de prueba utilizado fue:

$$\chi^2 = (O_{ij} - E_{ij})^2 / E_{ij}$$

Se rechazó la hipótesis nula (H_0) cuando el valor del estadígrafo de prueba fue mayor que el valor de χ^2 teórico con $(r - 1) (c - 1)$ grados de libertad.

RESULTADOS

Entre las mujeres lesionadas (figura), primaron las más jóvenes, es decir, las de 15-24 años (31,4 %), seguidas por las de 25-34 (40,9 %).

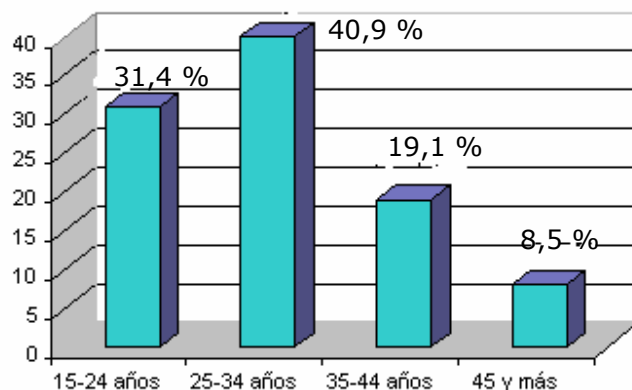


Fig. 1. Mujeres lesionadas según edad

El mecanismo lesional predominante fue el puñetazo en 333 pacientes (57,8 %), seguido por los golpes con objetos en 158 (27,4 %) y en orden decreciente por mordidas, puñaladas, quemaduras y otras modalidades de agresión.

Por otra parte, se observó una marcada preponderancia de las afectadas con nivel escolar de preuniversitario (376 pacientes, para 66,0 %), seguidas por las de secundaria básica (126, para 20,0 %). En relación con el móvil que ocasionó la agresión primaron los celos (273, para 47,7 %) y la embriaguez (179, para 31,0 %); también se destacan, aunque en menor proporción, los conflictos familiares y las riñas callejeras, entre otros.

Los principales agresores resultaron ser los esposos (162, para 28,1 %) y los exesposos (137, para 23,8 %), pero también las parejas acompañantes y las exparejas se comportaron de forma prácticamente análoga (12,8 y 13,0 %, respectivamente).

En cuanto a las acciones violentas contra la mujer, cabe destacar que ocurrieron preferentemente en el domicilio (261, para 45,3 %) y en la vía pública (123 para 21,3 %); sin embargo, también las hubo en centros de recreación y educacionales con (15,1 y 13,7 %, en ese orden).

Como se muestra en la tabla 1, prevalecieron las lesiones en el tercio medio (59,2 %), seguidas en orden decreciente por las del tercio inferior (33,7 %). Al relacionar el mecanismo lesional y la localización anatómica, se observó que el puñetazo generó 60,7 y 60,3 % de las lesiones orofaciales en los tercios medio e inferior de la cara, respectivamente; mientras que los golpes con objetos dañaron igualmente esas regiones pero en sentido inverso, es decir, 25,7 y 25,5 %, para los tercios inferior y medio, en ese orden, así como 51,3 % del tercio superior. Estas diferencias mostraron alto valor significativo ($p < 0,01$).

Tabla 1. Víctimas según mecanismo lesional y localización anatómica de la lesión

Mecanismo fundamental de la lesión	Localización anatómica de la lesión							
	Tercio superior		Tercio medio		Tercio inferior		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Puñetazo	9	21,9	207	60,7	117	60,3	333	57,8
Golpe con objeto	21	51,3	87	25,5	50	25,7	158	27,4
Otros	11	26,8	47	13,8	31	14,0	85	14,8
Total	41	7,1	341	59,2	194	33,7	578	100,0

χ^2 de Pearson = 23,29 $p < 0,05$

En la casuística (tabla 2a), prevalecieron las lesiones en tejidos blandos (80,2 %) y en cuanto al número de estas, sobresalieron las féminas que presentaron una y 2 afectaciones (62,6 y 25,5 % en cada caso).

En la combinación de tejidos blandos y duros (tabla 2b), predominaron 2 lesiones por víctimas (63,1 %), en estrecha relación con el mecanismo lesional fundamental más comúnmente observado que fue el puñetazo (57,8 %); asimismo, este último resultó ser el que más lesiones en los tejidos blandos y duros ocasionó (76,3 %) y el causante del mayor daño en ambos, con presencia de una sola lesión en el primero (51,6 %) y de 2 en el segundo (88,9 %), aunque estas cifras carecieron de significación ($p > 0,05$).

Tabla 2a. Víctimas según mecanismo de lesión, tipo de tejido afectado y número de lesiones

Mecanismo de lesión	Lesiones en tejidos blandos							
	1		2		3		Subtotal	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Puñetazo	149	51,6	67	56,8	30	54,6	246	53,2
Golpe con objeto	85	29,4	30	25,4	16	29,1	131	28,4
Otros	55	19,0	21	17,8	9	16,4	85	18,4
Total	289	62,6	118	25,5	55	11,9	462	80,2

Tabla 2b. Víctimas según mecanismo de lesión, tipo de tejido afectado y número de lesiones

Mecanismo de lesión	Combinación de lesiones de tejidos blando y duro							
	2		3		Subtotal		Total*	
	No.	%	No.	%	No.	%	No.	%
Puñetazo	64	88,9	23	54,8	87	76,3	333	57,8
Golpe con objeto	8	11,1	19	45,2	27	23,7	158	27,4
Otros							85	14,8
Total	72	63,1	42	36,9	114	19,8	576	100,0

* Total general de lesiones de tejidos blandos y de la combinación de tejidos blandos y duros

Según la localización anatómica de las lesiones, tipo de tejidos afectados y relación lesión/víctima (tabla 3), hubo mayor incidencia en los tercios tercio medio facial (511 féminas, para 56,8 %), seguida en orden descendente por el inferior (33,8 %) y en menor cuantía por el superior (9,4 %).

El total de lesiones resultó ser de 898 en 576 mujeres, para una razón de lesión anatómica/víctima de 1,56:1 como promedio general; individualmente, pareció predominar en el tercio superior con 2,04:1, pero en verdad, la incidencia de lesionadas en dicha localización fue baja, en relación con las agredidas en las otras regiones faciales, por lo cual no se consideraron estadísticamente representativas. Esta categoría comprendió la relación lesión/víctima en el tercio inferior: 1,51:1 (303 lesiones en 194 pacientes).

Por otra parte cabe acentuar la primacía de las lesiones que afectaron los tejidos blandos orofaciales (7 841 para 87,3 %) en contraste con las que dañaron los tejidos duros (17,7 %), de donde se derivó una relación de 6,87 lesiones en las primeras por cada lesión producida en las segundas, en ambos casos localizadas con preferencia en el tercio medio de la cara (55,0 y 70,1 %, respectivamente); hallazgos que fueron significativos.

Tabla 3. Lesiones según localización anatómica, tejido afectado y relación lesión/víctima

Localización anatómica	Tejido afectado, número de lesiones y relación lesión/víctima							
	Blando		Duro		Total		Relación lesión / víctima	
	No.	%	No.	%	No.	%		
Tercio superior	81	10,3	3	2,8	84	9,4	84/41	2,04:1
Tercio medio	431	55,0	80	70,1	511	56,8	511/341	1,49:1
Tercio inferior	272	34,7	31	27,1	303	33,8	303/194	1,50:1
Total	784	87,3	114	12,7	898	100,0	898/576	1,56:1

DISCUSIÓN

Durante el período de estudio fueron atendidas en el Departamento de Urgencias del Servicio de Cirugía Maxilofacial, 576 mujeres lesionadas por acciones violentas, para una tasa específica de 44,6 en relación con las 1 391 afectadas en total por esas y otras causas, lo cual indica que el fenómeno investigado constituye un problema sanitario que debe ser objeto de intervención por parte del Ministerio de Salud Pública.

La mayoría de las víctimas tenían entre 15 y 34 años de edad, similar a lo obtenido en Grecia,⁶ y Japón,⁷ donde se informó 45 % de víctimas entre los 27 y 37 años de edad y 33,5 años como promedio de edad, respectivamente. Por su parte, Arias⁸ notificó en su serie una media de edad de 34 años, en tanto otros autores refieren que 42 % de las féminas examinadas estaban ubicadas en el grupo de 30-39 y de 25-34 años.^{9,10} Al respecto, en un estudio efectuado en Guantánamo, ya citado por el autor, se dio a conocer que 54,8 % de las afectadas tenían entre 21 y 30 años.

De esas estadísticas se infiere que la violencia contra la mujer es mucho más común en la población femenina de 21 a 34 años de edad, cifra que se asemeja grandemente a la hallada en el presente estudio.

En cuanto al mecanismo lesional, los resultados de esta casuística coinciden con los de Kenneth N *et al*,⁶ quienes encontraron que el puñetazo lesionó a 53 % de las integrantes de su serie y los golpes con objetos a 25,7 %; valores similares a los obtenidos en este estudio así como también a los de otros autores,^{10,11} según los cuales 65,3 % de las lesiones fueron causadas por manos y pies y 16,9 % por golpes con objetos, en ese orden. En México, el puñetazo devino el mecanismo lesional más empleado contra las féminas, al estar presente en 44,5 % de los actos de violencia contra ellas durante el 2000, seguido por el uso de otros objetos, solo en 19,6 %.¹²

Los resultados alcanzados en cuanto al grado de escolaridad de las mujeres lesionadas, no se diferencian mucho de los referidos en investigaciones sobre el tema, por ejemplo, en un estudio efectuado en otras provincias del país, primaron las mujeres con secundaria básica y preuniversitario, con resultados que oscilaron entre 62,0 y 69,0 %.⁹ Por el contrario, otros autores hallaron en sus respectivas series que 45,0 y 49,0 % de las víctimas habían cursado el preuniversitario, menos de la mitad de su universo.

Con respecto al móvil de la agresión, en la bibliografía consultada se registra que la embriaguez ocupa el primer lugar entre las condiciones que desencadenan situaciones violentas, por ejemplo, Le *et al*¹¹ la encontraron en 56 % y aunque Kenneth⁷ no aportó

cifras al respecto, sí le confirió gran importancia a ese hecho como principal motivo de agresión.

Sobre la base de lo observado en el ejercicio de su profesión, Murphy¹³ sostiene que en las personas expuestas a los efectos del alcohol, la inclinación a la violencia se triplica; otros han encontrado predominio del nivel pasional para actuar de forma tan censurable (59,2 %), cifra que aunque es superior a la del presente estudio, de todas formas resulta la más elevada en ambas casuísticas.

Obviamente, los móviles de la agresión varían en dependencia de diversos factores, entre los cuales figuran, por citar algunos: las costumbres o tradiciones, el nivel sociocultural, las posibilidades económicas y el entorno familiar, de manera que las causas prevaletes en algunas sociedades, ocupan un lugar periférico.

En esta serie, la elevada proporción de esposos que incurrieron en situaciones violentas son muy similares a lo descrito en múltiples investigaciones desarrolladas en todo el orbe: en Grecia, se identificó al esposo como el común maltratador de su pareja (51 %); en España, Arias⁸ y Hernán¹⁴ comprobaron que 42 y 53 % de los esposos, respectivamente, habían agredido a sus cónyuges.

Como se ha venido planteando, en esta investigación primó la violencia en el domicilio al igual que en otros estudios, donde se destacó también la vía pública, pero en menor cuantía (12,5 %).⁶ A pesar de lo descrito, en Cuba existen opiniones divergentes, pues si bien Santiago, en la mencionada tesis, concuerda con el autor griego en cuanto al mayor y menor número de lesionadas en uno y otro escenario (69,8 y 20,6 % respectivamente), Culay *et al*⁹ encontraron una relación inversa entre la vía pública y el hogar, al informar como más frecuente el primero de estos espacios (33 %) en relación con el segundo (28 %).

Los hallazgos en cuanto al principal mecanismo lesional empleado se corresponden con los expuestos por Le *et al*,¹¹ quienes señalaron que el puñetazo fue la forma principal de agresión (67 %) y el causante de más lesiones en el tercio medio facial (69 %); datos similares corroboraron otros autores.¹⁴⁻¹⁶

Tales resultados parecen estar relacionados con la mayor accesibilidad y prominencias estructurales propias de la región del tercio medio de la cara, lo cual favorece la condición de que sea dañada cuando se emplea la mano en su forma cerrada (puño) como mecanismo lesional.

Cabe agregar que en esta modalidad de violencia, las víctimas se caracterizaron por presentar lesiones orofaciales de los tejidos blandos, con prevalencia de una sola lesión (62,6 %). Por su parte, en quienes presentaron las combinadas (tejidos duro y blando), prevalecieron 2 lesiones por víctima, en correspondencia con el mecanismo lesional más observado que fue el puñetazo.

En cuanto a otros mecanismos de lesión más generales como los accidentes de ciclos, los resultados concuerdan plenamente con la prevalencia de afectación del tejido blando y las lesiones únicas y dobles, según lo observado en un estudio efectuado en Santiago de Cuba (Velázquez Blez C, Díaz Fernández JM. Lesiones de tejidos blandos por accidentes de bicicletas [trabajo para optar por el título de Máster en Urgencia Estomatológica]. 2007, Santiago de Cuba.

En esto último también concuerdan Blitchtein *et al*¹⁷ y Devries *et al*;¹⁸ no obstante, cuando se analizan los accidentes del tránsito con participación de vehículos motorizados, nuestros

hallazgos difieren de otros al efecto, pues si bien los tejidos blandos siguen siendo los más dañados, esta modalidad genera traumatismos faciales múltiples, con predominio de 2, 3 o más lesiones como patrón característico de ese mecanismo de lesión.¹⁶

Finalmente, cabe destacar como estadísticas de interés que se constató una razón de lesión anatómica/víctima de 1,56:1 como promedio general y la relación lesión/víctima predominó individualmente en el tercio inferior de la cara, dada por 1,51:1.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Valleyne G. La violencia en las América. Washington, DC: OPS; 2009.p.15-20.
2. Rodríguez AM. Lesiones a los derechos humanos: la agresión y violencia hacia la mujer Colección Derechos Humanos; 1993;1:5-6.
3. González JC. Mujeres Cubanas en inicio de la republica: ¿Súbditas o ciudadanas?. La Habana: Editorial Ciencias sociales; 2003.
4. Nicarty G. Libérate. Como terminar con el maltrato y empezar una nueva vida. Barcelona: Paidós; 2005.
5. Calzón A. La Violencia ha llegado. Una verdadera psicopedagogía sobre el ser, el hacer y el aprender. Publicación trimestral de distribución gratuita. Buenos Aires: Psignos; 2003.
6. Kenneth N, Dolynchuk MD. Fractures of the facial skeleton. Can J Surg. 2001; 44(4):304.
7. Yoshihama M, Sorenson SB. Physical, sexual and emotional abuse by male intimates: experience of women in Japan. Violence Vict.1994;9(1):63-7.
8. Arias J. Maltrato infantil, negligencia, violencia familiar y su relación con la odontología. Gaceta Odontol. 2008;9(5):321-6.
9. Culay Pérez A, Santana Suárez F, Rodríguez Ferrera R, Pérez Alonso C. Mujer y violencia ¿un problema de salud comunitario? Rev Cubana Med Gen Integr. 2000 [citado 16 Ene 2013];16(5):450-4.
10. Ventura Aliello L, Cervera Estrada L, Díaz Brito L, Marrero Molina L, Pérez Rivero J, Violencia conyugal en la mujer. Rev Arch Med Camagüey. 2005 [citado 16 Ene 2013];9(5):38-44.
11. Le BJ, Dierks EJ, Ueek BA, Homer LD, Potter BF. Maxillofacial injuries associated with domestic violence. J Oral Maxillofac Surg 2001; 59(11):1277-83.
12. Valdés Santiago R. Violencia doméstica contra las mujeres. Bol. Epidemiol (Mex) 2009;124(1).
13. Murphy CM. Treating perpetrators of adult domestic violence. Md Med J. 1994;43(10):877-83.
14. Herman L. Trauma recuperación. Cómo superar las consecuencias de la violencia. Barcelona: ESPASA; 2004.

15. Ottoni Carvalho TA, Londero Cancian LR, Marques CG, Belentani Piatte V, Maniglia JV. Six years of facial trauma care: an epidemiological analysis of 355 cases. Braz J Otorhinolaryngol. 2010;76(5):565-74.
16. Boule A, Todd C. Incidence and prevalence of domestic violence in a UK emergency department. Emerg Med. 2010;20:438-42.
17. Blitchtein Winicki D, Reyes Solary E. Factores asociados a violencia física reciente de pareja hacia la mujer en el Perú, 2004-2007. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2012 [citado 16 Ene 2013];29(1).
18. Devries KM, Kishon S, Johanson H. Intimate partner during pregnancy: analysis of prevalence data from 19 countries. Reprod Health Matters. 2010;18(36):158-70.

Recibido: 12 de noviembre de 2013.

Aprobado: 12 de diciembre de 2013.

José Manuel Díaz Fernández. Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico "Saturnino Lora Torres", avenida de los Libertadores s/n, entre calles 4ta y 6ta, reparto Sueño, Santiago de Cuba, Cuba. Correo electrónico: josediaz@medired.scu.sld.cu