

51421
12



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO

FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES ZARAGOZA

"LESIONES DE LA ARTICULACIÓN
TEMPOROMANDIBULAR POR TRAUMATISMOS EN
PRACTICANTES DE LUCHA OLÍMPICA EN LOS
ALUMNOS DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE MÉXICO, EN LOS TORNEOS UNAM:
TERCERA Y SEGUNDA FUERZA, DEL AÑO 2003"

T E S I S

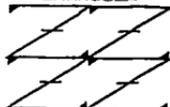
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE:

CIRUJANO DENTISTA

P R E S E N T A N:

GONZÁLEZ CAMPOS | GUSTAVO
GONZÁLEZ CAMPOS JORGE JOAQUÍN

UNAM
F.E.S.
ZARAGOZA



LO HUMANO ES JE
DE NUESTRA REFLEXIÓN

DIRECTOR DE TESIS:
C.D. MANUEL BUCIO BUCIO.

MÉXICO, D.F.

2003

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Autorizo a la Dirección General de Bibliotecas de la UNAM a difundir en formato electrónico e impreso el contenido de mi trabajo "XXXXXXXXXX"

NOMBRE: GONZALEZ Campos Jorge

JOSUIN

FECHA: 10 / NOVIEMBRE / 2003

FIRMA: [Firma]

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos infinitamente a nuestro asesor, el C.D Manuel Bucio Bucio. A nuestros sinodales, C.D José Manuel Sánchez Arreola, C.D. María del Socorro Noguez Corona, C.D Elvia Merchand Sandoval, C.D. Ana Lilia Camarena Olmedo; y en especial al C.D. Cosme Ortega Ávila, quienes con su apoyo, tolerancia y orientación, nos ayudaron a conseguir tan anhelado triunfo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Con amor y respeto a mis padres y a mis hermanos.

Gustavo González Campos

“ La luz del sol, tan hermosa y necesaria para la vida, no se compara con el resplandor de ustedes, que me ha iluminado todo mi camino.”

Con amor y respeto a mis padres y a mis amores: Mayra, Jazmín e Itzel.

Jorge Joaquín González Campos

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

| CONTENIDO | Página |
|---|--------|
| INTRODUCCIÓN..... | 4 |
| JUSTIFICACIÓN..... | 5 |
| PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA..... | 9 |
| MARCO TEÓRICO..... | 10 |
| <u>PRIMERA PARTE.</u> | |
| 1.1. Breve historia de la Lucha..... | 11 |
| 1.2. La Lucha Olímpica como deporte Federado..... | 17 |
| 1.3. La Lucha Olímpica en México..... | 18 |
| 1.4. La Lucha Olímpica en la UNAM..... | 20 |
| <u>SEGUNDA PARTE. DESCRIPCIÓN DE LAS REGIONES ANATÓMICAS INCLUIDAS EN LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (ATM).</u> | |
| 2.1. Tejido óseo..... | 22 |
| 2.2. Tejido neuromuscular..... | 24 |
| 2.3. Tipos de movimientos de ATM..... | 27 |
| <u>TERCERA PARTE. CLASIFICACIÓN Y ESTUDIO DE LOS DIFERENTES TIPOS DE LESIONES EN ATM.</u> | |
| 3 1. Descripción de las lesiones más frecuentes..... | 29 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ÍNDICE

| CONTENIDO | Página |
|--------------------------------------|--------|
| OBJETIVO GENERAL | 32 |
| OBJETIVOS ESPECÍFICOS | 32 |
| HIPÓTESIS. | 33 |
| METODOLOGÍA | 34 |
| RECURSOS | 37 |
| RESULTADOS | 38 |
| ANÁLISIS DE RESULTADOS | 63 |
| CONCLUSIONES | 66 |
| PROPUESTAS Y/O RECOMENDACIONES | 67 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 68 |
| ANEXOS | 71 |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INTRODUCCIÓN:

El tema de nuestra investigación: "Lesiones frecuentes de la articulación temporomandibular en practicantes de lucha olímpica en los alumnos de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), en los Torneos UNAM: tercera y segunda fuerza, del año 2003" surgió como una inquietud por descubrir cuales son las lesiones de la articulación temporomandibular (ATM), que se presentan con mayor frecuencia en la práctica de Lucha Olímpica, específicamente en las competencias.

La lucha Olímpica es un deporte de contacto físico en donde existen riesgos de sufrir lesiones.

A pesar de que se han realizado amplias investigaciones sobre las lesiones frecuentes en la ATM, no se ha realizado algún tipo de estudio relacionado, a las principales lesiones que aparecen en la ATM en competencias de Lucha Olímpica. De ahí, la importancia que tiene el investigar el tema.

Es interesante conocer la historia de la Lucha Olímpica y su conceptualización desde el punto de vista deportivo y por ello se hace mención en la primera parte del trabajo.

También, es necesario describir los elementos anátomo-funcionales que intervienen en la ATM, para entender mejor el mecanismo que lleva a la lesión, explicados en la segunda parte.

En la tercera parte, se describen las lesiones resultantes de la clasificación hecha con base a los Torneos Universitarios de Segunda y Tercera Fuerza.

Finalmente, se hace un análisis de los resultados de nuestras encuestas y las conclusiones que consideramos pertinentes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

JUSTIFICACIÓN.

La inquietud por desarrollar este tema se debe, a que durante la revisión bibliográfica, nos dimos cuenta que no existe literatura que hable específicamente sobre las lesiones más frecuentes de la ATM en la Lucha Olímpica; y también, por tratar de aportar a la Universidad Nacional Autónoma de México, una muestra de gratitud y de respeto.

El doctor Frohwalt Heiss en 1978 (en Alemania), realizó una clasificación sobre las lesiones corporales con mayor incidencia en el deporte de Lucha Olímpica, pero no menciona alguna en la ATM.⁽¹⁾

El doctor Naves Janer en 1986, realizó una clasificación sobre las lesiones del deporte con base a su frecuencia, en las diferentes regiones corporales y sistemas (muscular, óseo, articular, entre otros), haciendo una descripción bastante amplia y completa.⁽²⁾

Tanto el doctor Masson como el doctor Kulund, solo hacen mención y descripción de las lesiones más frecuentes en el deporte en general, sin hacer mención de datos estadísticos sobre las ocurridas específicamente en Lucha Olímpica.⁽³⁾

Con nuestra investigación se pretendió obtener una clasificación que nos mostrara cuales son las lesiones más frecuentes de ATM en Lucha Olímpica en alumnos que practican este deporte en la Universidad Nacional Autónoma de México en los torneos UNAM tercera y segunda fuerza en el año 2003.

También, pretendimos comprobar si la edad, el sexo, el estilo de Lucha (libre, greco o femenino), la experiencia de los practicantes (tiempo de practicar Lucha) y el lugar de la competencia (condiciones de las instalaciones), eran probables factores causales que determinaban riesgos de sufrir lesiones durante el transcurso de una competencia.

Existen amplias clasificaciones sobre las lesiones más frecuentes en la Articulación Temporomandibular (ATM). Una de las clasificaciones que consideramos bastante amplia, completa y reciente, se publicó en 1993. De Bont et.al. presentó el artículo "Computed Tomography in differential diagnosis of temporomandibular joint disorders" en la revista: Oral and maxillofacial surgery.⁽⁴⁾

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La clasificación fue publicada de la siguiente manera: ⁽⁴⁾

Y CLASIFICACIÓN DE LOS DESÓRDENES DE LA ATM NO INFLAMATORIOS:

1. Osteoartrosis (OA) primaria:

- 1.1. OA inicial.
- 1.2. Desplazamiento reducido anterior del disco.
- 1.3. Desplazamiento semipermanente del disco.
- 1.4. Desplazamiento permanente del disco.
- 1.5. Estado terminal de OA.

OA secundaria:

- 1.6. Trauma.
- 1.7. Hiper movilidad.
- 1.8. Hemartrosis.
- 1.9. Otras afecciones intracapsulares (necrosis avascular, osteocondrosis discante).

2. Alteraciones mecánicas de la A.T.M.:

- 2.1. Desplazamiento del disco articular (agudo, anterior, medial o posterior).
- 2.2. Movilidad condilar anormal (subluxación o luxación).
- 2.3. Trauma (fractura de la cabeza o cuello condilar).
- 2.4. Anquilosis (fibrosa u ósea)

3. Desórdenes de crecimiento y desarrollo y neoplásicos.

3.1. Congénitos y de desarrollo:

- 3.1.1. Agenesia condilar.
- 3.1.2. Displasia.
- 3.1.3. Hipoplasia.
- 3.1.4. Hiperplasia.

3.2. Neoplasias:

3.2.1. Benignas:

- 3.2.1.1. Condroma.
- 3.2.1.2. Condromatosis sinovial.

3.2.2. Malignas:

- 3.2.2.1. Primarias.
- 3.2.2.2. Metastásicas.

➤ **DESÓRDENES ARTICULARES INFLAMATORIOS:** (4)

1. **Primarios:**

- 1.1. Artritis reumatoide
- 1.2. Artritis juvenil crónica (enfermedad de Still's).
- 1.3. Otras formas de artritis.
 - 1.3.1. Espondilitis anquilosante (M. Bechterew).

2. **Secundarios:**

2.1. Sinovitis.

- 2.1.1 Aguda (resultado de contusión).
- 2.1.2. Secundaria de irritación (química o mecánica).

2.2. Capsulitis:

- 2.2.1. Secundaria a torcedura de ligamentos.

2.3. Deposición de cristales.

- 2.3.1. Deposición de urato monosódico monohidratado (gota).
- 2.3.2. Deposición de pirofosfato de calcio dihidratado (pseudogota o condrocalcinosis).
- 2.3.3. Deposición básica de fosfato de calcio (hidroxiapatita).
- 2.3.4. Artritis psoriática.
- 2.3.5. Artritis infecciosa.
- 2.3.6. Síndrome de Reiter's.

➤ **DESÓRDENES NO ARTICULARES, NO INFLAMATORIOS.**

1. **Desórdenes musculares:**

- 1.1. Fibrosis muscular.
- 1.2. Inflamación muscular.

2. **Desórdenes del crecimiento:**

- 2.1. Síndrome invasivo coroide.
- 2.2. Neoplasia.

3. **Desórdenes misceláneos.**

➤ **DESÓRDENES NO ARTICULARES INFLAMATORIOS.**

- Incluyen los desórdenes musculares (tenositis, infección).

Para la aplicación de nuestras encuestas se elaboró un cuestionario que contempló las siguientes lesiones: ⁽⁴⁾

- **CLASIFICACIÓN DE LOS DESÓRDENES DE LA ATM NO INFLAMATORIOS:**
 - 1. Alteraciones mecánicas de la ATM:
 - 1.1. Desplazamiento del disco articular (agudo, anterior, medial o posterior).
 - 1.2. Movilidad condilar anormal (subluxación o luxación).
 - 1.3. Trauma (fractura de la cabeza o cuello condilar).
 - 1.4. Anquilosis (fibrosa u ósea)
- **DESÓRDENES ARTICULARES INFLAMATORIOS:**
 - 2. Secundarios:
 - 2.1. Sinovitis.
 - 2.1.1. Aguda (resultado de contusión).
 - 2.1.2. Secundaria de irritación (química o mecánica).
 - 2.2. Capsulitis:
 - 2.2.1. Secundaria a torcedura de ligamentos.
- **DESÓRDENES NO ARTICULARES, NO INFLAMATORIOS.**
 - 1. Desórdenes musculares:
 - 1.1. Fibrosis muscular.
 - 1.2. Inflamación muscular.

Esta clasificación de lesiones, fue tomada en cuenta debido a que las lesiones que se suponían encontrar, podrían ser de tipo traumático.

Tomando como base este parámetro, realizamos nuestra investigación, esperando conocer la frecuencia de las lesiones de ATM en competencias de Lucha Olímpica.

Se pretendió que la información fuera lo más completa posible por lo cual, se aplicaron las encuestas en alumnos que practican este deporte en las diferentes instalaciones universitarias, siendo éstas: el CCH Sur, ENEP Aragón, ENEP Acatlán, FES Zaragoza, ENEP Iztacala, FES Cuautitlán, PREPARATORIAS: 1, 2, 3, 4, 5, 7, 8 y 9, respectivamente; y por supuesto, en Ciudad Universitaria, y que participaron en los torneos universitarios de tercera y segunda fuerza en el año 2003.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.

¿ Cuales son las lesiones de la ATM más frecuentes en la práctica de la Lucha Olímpica, dentro de los torneos universitarios de tercera y segunda fuerza, en los alumnos en la Universidad Nacional Autónoma de México, en el año 2003?

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MARCO TEÓRICO.

PRIMERA PARTE.

- 1.1. Breve historia de la Lucha.
- 1.2. La Lucha Olímpica como deporte Federado.
- 1.3. La Lucha Olímpica en México.
- 1.4. La Lucha Olímpica en la UNAM.

SEGUNDA PARTE. DESCRIPCIÓN DE LAS REGIONES ANATÓMICAS INCLUIDAS EN LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (ATM).

- 2.1. Tejido óseo.
- 2.2. Tejido neuromuscular.
- 2.3. Tipos de movimientos de ATM.

TERCERA PARTE. CLASIFICACIÓN Y ESTUDIO DE LOS DIFERENTES TIPOS DE LESIONES EN ATM.

- 3.1. Descripción de las lesiones más frecuentes.

PRIMERA PARTE.

" La Lucha es un proceso sempiterno (perpetuo, eterno) en la naturaleza, y las pautas de comportamiento, así como las armas ofensivas y defensivas que les sirven están perfeccionadas y se han formado tan claramente obligadas por la presión selectiva de su función conservadora de la especie. "

Konrad Lorenz.

1.1. BREVE HISTORIA DE LA LUCHA.

¿Por qué luchan los seres vivos unos contra otros?

La lucha es una actividad tan antigua como el origen de la vida misma. Desde la aparición del primer testimonio de vida, se observó un tipo de desarrollo competitivo y de adaptación, "la ley del más fuerte".

El hombre no representa un continuo perfeccionamiento evolutivo dentro de los descendientes de los primates. En realidad desde un punto de vista evolutivo no sólo no adquirió mayor eficiencia biológica, sino que ha perdido varias destrezas animales; por ejemplo, corre, trepa, nada y cava menos eficientemente que otras especies, y desde luego no sobrevive bien en condiciones puramente animales. El gran desarrollo neocortical (nueva corteza cerebral) del hombre le permite, por primera vez en la historia de la Tierra, razonar, abstraer y deducir, y obligar al medio a adaptarse a él.⁽⁵⁾

LA LUCHA EN EL MUNDO ANTIGÜO.

Los orígenes de la Lucha como deporte son muy remotos y a menudo mezclados con mitos y leyendas. El surgimiento de la Lucha al igual que otros tipos de ejercicios, han tenido un proceso histórico-social creado y mantenido según las necesidades del hombre.

No existe un país que pueda ser considerado como el fundador de la lucha. La Lucha se inició en muchos pueblos con luchas folclóricas llenas de tradiciones y leyendas. Es indudable que las primeras formas de Lucha tuvieron aplicaciones militares, sobre todo en pueblos guerreros por excelencia, como los mongoles, turcos o tártaros, entre otros.

El testimonio más remoto que existe acerca del origen de la Lucha, es una pieza de bronce en la que aparecen dos luchadores en acción, esta escultura fue elaborada por los sumerios 5000 años a. C. y fue encontrada en las ruinas del templo de Kalfaje (Mesopotamia), cerca de Bagdad en 1938.⁽⁶⁾

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

EGIPTO.

La Lucha llegó a Egipto de otros pueblos de Asia, como China y Sumeria y alcanzó un gran desarrollo elaborando reglas específicas y técnicas perfeccionadas.

Los hallazgos encontrados en las tumbas del antiguo Egipto muestran que este deporte ya estaba perfectamente organizado y que alcanzó gran relieve. En una tumba de la Quinta Dinastía (2470-2329 a. C.) se encontraron dibujos de luchadores en acción. Otros frescos se descubrieron en las tumbas del Hipogeo de Khatoui en el poblado de Beni-Hassan, con 400 técnicas diversas de Lucha; 219 en las de Bathi III, 122 en las de Sethi y algunas otras, donde es posible observar técnicas que en la actualidad son todavía utilizadas.

GRECIA.

La Lucha floreció en la antigua Grecia con gran esplendor. Los griegos elevaron al nivel de ciencia y arte el enfrentamiento entre dos oponentes en la Lucha. Según la mitología griega, las reglas de este deporte fueron dadas al hombre por la diosa Atenea, por medio de la intervención del héroe Teseo. Otras leyendas relatan que la lucha fue inventada por Heracles, por Hermes y por Palestra, su hija. Los griegos consideraban a Hércules como el maestro de la Lucha y a Hermes como el dios de la Lucha.⁽⁶⁾

La mitología griega señala que Anteo y Gerción de Eleusis (luchadores) fueron admirados por poseer una fuerza excepcional, pero sucumbieron frente a Hércules y Teseo. Cuenta la tradición que el gigante Anteo, hijo de la diosa Tierra, cada vez que caía derribado por su oponente, recobraba nuevos bríos y fuerza al tocar el seno materno. Hércules sin embargo, lo levantó sujetándolo por el cuello y pudo vencerlo.

La palabra Lucha procede del término "Palé", concepto griego que dio origen a la lucha. El palé era una modalidad de combate en el que los luchadores peleaban en posición vertical, logrando el triunfo aquel que primero consiguiera derribar al adversario.

Para ganar se debía derribar o lanzar al oponente tres veces durante el combate. Una toma se consideraba buena cuando el luchador derribado tocaba el suelo con las manos, codos, pecho o espalda. Por otra parte, es un error vincular la Lucha estilo Grecorromana con la antigua Lucha de los griegos. Los ataques a las piernas no estaban prohibidos como lo demuestran trabajos arqueológicos y literarios, dibujos en cerámicas, frescos, bajo-relieves y esculturas.

La Lucha llegó a formar parte del programa olímpico (actividades deportivas que se llevaban a cabo en la ciudad de Olimpia cada cuatro años) como una disciplina independiente en 776 a. C. y llegó a ser parte central de los Juegos. En la Olimpiada de 708 a. C., la Lucha formó parte del Pentatlón.

Hay muchos luchadores famosos de la antigüedad en los juegos olímpicos. Entre ellos destacan:

Astianax de Mileto, (consiguió 3 coronas en las olimpiadas 376, 368 y 362 a. c.), **Amesinas de Varki de Cirenaica**. Pastor famoso por su extraño y anecdótico sistema de entrenamiento (luchaba con el más poderoso toro de su ganado), **Milón de Crotona**. Considerado como el mejor luchador de todos los tiempos, obtuvo varias victorias en Juegos Olímpicos. Una de ellas en la categoría infantil (532 a. c.). Es el único luchador de esa época que nunca fue vencido. **Hipotenés de Esparta**. Famoso luchador que fue campeón olímpico en los años 38, 40, 41, 42 y 43 a. c. Los espartanos lo adoraron como dios y erigieron un templo en su honor.

ROMA.

Los combates de gladiadores se comenzaron a celebrar en Roma en el año 264 a.c., como un rito en las ceremonias sagradas; representaban ante todo un "deber" para con los muertos. La sangre de los gladiadores era derramada en memoria de los muertos, tenía por objeto, "apaciguar sus espíritus".

El divino Tiresias formula la ley implacable que rige al mundo subterráneo: "sólo las almas que beban la sangre de los sacrificios, volverán a encontrar algo parecido a la vida y la facultad de hablar; los demás se hundirán en el olvido tan pronto como queden alejados de aquella sangre".

Muy pronto, incluso antes del fin de la República, perdieron casi por completo su valor de rito.

El interés por ver estos espectáculos radicaba en la diferencia de las armas entre los dos oponentes. Uno más cubierto con piezas de metal y cuero, llevaba únicamente en la mano izquierda un escudo de reducidas dimensiones y en la mano derecha un sable bastante corto denominado *sica*, curvado como una hoz. El otro aparecía casi desnudo pero balanceaba ante el un escudo oblongo y convexo que sólo dejaba al descubierto la parte inferior de las piernas del combatiente y su cabeza.

Después de combatir el gladiador vencido observaba al emperador, que era quien decidía si era devuelto sano y salvo o muerto allí mismo.

En otro tipo de combates (*sine missione*), no se perdonaba jamás la vida: siempre quedaba un cadáver en la arena y la repetición de muertes durante una tarde hacia del *munus* una auténtica carnicería.

Las *naumaquias*, era otro tipo de combate que tenía lugar en el agua y participaban en ellas verdaderos ejércitos.

Los *venatio*, consistía en hacer luchar con bestias salvajes a unos hombres provistos con armas ofensivas, especialmente entrenados para este tipo de lucha, generalmente denominados venatores. Sin embargo, no sólo los gladiadores se enfrentaban a las bestias; también, fueron condenados los cristianos a sufrir el martirio de las fieras. ⁽⁷⁾

JAPON.

En Japón la lucha se remonta también a tiempos inmemorables. En el año 23 de nuestra era se celebró el primer encuentro. El emperador japonés Suinin (29-40 d.c.) era un gran aficionado a la lucha y todos sus nobles eran luchadores. Para el año 858 la sucesión del trono imperial se resolvió mediante un combate de lucha entre BuntoKu y KoresHito, quien logró el triunfo, ocupando el trono y reinando con el nombre de Seŵiba.

En Japón, la lucha se practica ampliamente. El sumo es el estilo tradicional de Lucha y es actualmente el deporte nacional. ⁽⁸⁾

PERSIA.

En la antigua Persia (hoy Irán), la Lucha se desarrolló y alcanzó gran relieve. Recibió influencia de varios países como la India, China, Sumeria y otros, pero la influencia principal la recibieron de la invasión mongola al mando de Gengis Khan, quienes llevaron su estilo tradicional de Lucha.

Los persas tenían gimnasios a los que llamaban "Casas de Fuerza", donde se practicaba una serie de ejercicios paramilitares con clavos muy pesadas de hasta 40 libras, ejercicios especiales para el manejo del arco y la espada, pero el ejercicio fundamental era la Lucha. Había dos estilos, el "Koshti" y el "Mazenderani". En la actualidad, estos estilos se practican con regularidad. ⁽⁸⁾

TURQUIA.

Una gran tradición en Lucha tiene Turquía, que como Irán, desarrollo diversos estilos, siendo el más famoso su "Lucha en Aceite", por la que existe una gran afición hoy en día. Había escuelas en donde entrenaban con una metodología impresionante hasta 300 luchadores. Estas escuelas se llamaban "Tekes" y su esplendor empezó a declinar con la desaparición de los Sultanes.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

MONGOLIA.

La Lucha mongola ha tenido una gran influencia sobre los demás estilos practicados en los otros países, pues durante las invasiones mongolas sus técnicas de lucha influyeron notablemente en la práctica de este deporte. No sólo es famosa su lucha tradicional "Barilda", sino también otro estilo de lucha a caballo, el "Bokh", que se practica actualmente por estos atletas. La Lucha, junto con la arquería y la equitación, son los deportes nacionales.

RUSIA.

En la antigua Rusia, la Lucha tuvo un gran desarrollo hacia la Décima Centuria. El príncipe Mtlislav Tchiornij, en el año 1002, sostuvo un combate de Lucha contra el príncipe de los Kassogs, el gigante Rededya.

A fines de 1800, se creó en Rusia un "Círculo Amateur de Deportes" y la Lucha tuvo un gran desarrollo. Entre los luchadores más famosos de ese tiempo figuran Alex Aberg y George Hakenschmidt, que después fueron luchadores famosos en Europa y América.

En Rusia ya existían estilos de Lucha tradicional muy famosos, como el "Chidaoba" (practicado en la región de Georgia), el "Kokh" (Lucha de Armenia), la lucha tártara, etc., y que tuvieron una influencia decisiva para que la Unión de Repúblicas Socialistas Soviéticas (URSS) —hoy en día desaparecida— fuese en ese tiempo, la potencia número uno de la lucha en sus dos estilos en el mundo.

MÉXICO.

En algunos países de América Latina también existen testimonios que evidencian la práctica de la lucha desde épocas antiguas. En México, algunas esculturas y manifestaciones plásticas de origen prehispánico, nos dan la certeza de que la lucha se practicaba en los pueblos indígenas de mesoamérica.

En el año 767 d. c., en la provincia de Huitzcuahuc reinaba una mujer, la princesa Chimalman. Esta era según tradición, valerosa amazona que combatía desnuda a la cabeza de un cuerpo escogido de mujeres no menos denodadas; varias veces rebasó al enemigo en sangrientos combates, pero al fin cayó prisionera, y Totepeuch no solo la perdonó, sino que la hizo su esposa. De este enlace nació el ser más extraordinario de América, el hombre que en el nuevo mundo representó el papel análogo al de su contemporáneo, Carlomagno, Acatl Quetzalcoatl.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En la época de los Aztecas, por los años 1500, los prisioneros de guerra eran inhumanamente sacrificados ante los altares de los dioses, ofrecidos en espectáculos al público en luchas de gladiadores, semejantes a los romanos, bárbara costumbre que formaba contraste con el conjunto de hábitos peculiares a los pueblos Aztecas, hábitos por lo común apacibles y suaves, y aún mas con sus máximas morales.

Uno de los ejemplares más extraordinarios que se han encontrado es la famosa escultura en piedra del "luchador" elaborada por los Olmecas. Esta figura procedente del estado de Tabasco representa a un atleta, en postura muy parecida a la posición de guardia que se adopta en la lucha moderna. A esta estatua se le dio el nombre de "Luchador de Santa María", probablemente no represente un luchador, pero si es probable que en el estado se practicara un tipo de lucha folclórica. La Federación de Lucha Mexicana a tomado el "Luchador de Santa María", como el máximo trofeo otorgado a los afiliados. ⁽⁸⁾

1.2. ÉPOCA CONTEMPORÁNEA. LA LUCHA OLÍMPICA COMO DEPORTE FEDERADO.

La lucha olímpica, ya como deporte federado tuvo sus antecedentes. Sin embargo hay que reconocer a la lucha como una actividad humana.

Durante los Juegos Olímpicos de la Era Moderna, la Lucha se ha desarrollado en tres direcciones: variedades de luchas tradicionales o folclóricas, lucha amateur y lucha profesional.

Durante los Juegos Olímpicos de Atenas en 1896, participaron solamente 5 competidores en estilo grecorromana y sólo hubo una categoría. En los Juegos Olímpicos de París, 1900, no hubo Lucha. ⁽⁶⁾

En 1904, en los Juegos Olímpicos de San Luis Missouri, se incluyó el estilo libre y ya hubo 7 categorías de peso.

Posteriormente se iniciaron los primeros campeonatos del mundo, aunque sólo en estilo grecorromana: Viena 1910, Viena 1920, Helsinki 1921, Estocolmo 1922, y reanudándose hasta 1950 en Estocolmo.

Durante los Juegos Olímpicos de 1912, en Estocolmo, se vió la necesidad de crear un organismo reconocido que se encargara de la elaboración de los reglamentos y control general de la Lucha amateur en el mundo.

Antes de esta reunión, los especialistas de Suecia y Hungría fueron los que por varios años se encargaron de la elaboración de los reglamentos y estatutos que regían la Lucha de aquella época.

No fue sino hasta 1912 en los V Juegos Olímpicos, que se fundó la Federación Internacional de Lucha Amateur (FILA), comenzando una nueva era para la Lucha Amateur ya controlada y dirigida por un organismo internacional, siendo su primer presidente el señor Eimar Ramberg. ⁽⁶⁾

1.3. LA LUCHA OLÍMPICA EN MÉXICO.

En los años 1919 y 1920 se dieron a conocer en la Ciudad de México, hombres muy fuertes de origen alemán, turco, griego y algunos mexicanos, dando exhibiciones de fuerza en teatros, circos y otros escenarios. Entre los mexicanos se destacaron Enrique Ugartechea, el profesor Rosendo Arnaiz y el profesor Fernando Marin, quienes además, hacían demostraciones de lucha grecorromana. Por estos antecedentes y los que siguen, pueden considerarse como los precursores de la lucha deportiva en México.⁽⁹⁾

El profesor Fernando Marin impartió clases en la Escuela Normal para Maestros y en el Colegio Militar. El profesor Rosendo Arnaiz fundó en la Ciudad de México el club deportivo internacional, en el que siguió promoviendo y enseñando la lucha. Enrique Ugartechea impartió sus enseñanzas en Acción Deportiva del Departamento Central y en otros clubes.

Otro de los iniciadores de la lucha, quien además de practicar la gimnasia en aparatos, se dice que practicaba lucha con sus alumnos, fue el profesor Domy Betancourt, y fue el primer luchador que compitió en Cuba a fines de 1919, y en 1923, fue contratado por la Universidad Nacional como entrenador de lucha.

En los años 1924 y 1925, tomó incremento la lucha estudiantil y empezaron a destacar luchadores universitarios, de la escuela normal, de la escuela militar, de la GUAY (YMCA) y de la Acción Deportiva de Distrito Federal, participando en los encuentros estudiantiles que se realizaban en el Club Deportivo Internacional de las calles de Tacuba.

En 1927, se creó la Escuela de Educación Física de la Universidad, y en la clase de lucha se nombró al profesor Domy Betancourt como catedrático. Dentro del grupo de sus alumnos destacó uno que al terminar su carrera presentó un examen profesional con una tesis sobre box y lucha, siendo felicitado por sus sinodales.

La dirección de la escuela, en premio a su excelente trabajo lo designó maestro de box y lucha en el primer año de la siguiente generación de alumnos.

En la década de los 30's, tal vez por la cercanía al Distrito Federal, empezó a desarrollarse la lucha en los estados de Puebla, Querétaro, Jalisco, Nuevo León y Oaxaca.

Hay que hacer mención al profesor Agustín Briseño Islas, quien desde 1933, fue designado jefe de Lucha en la Universidad Nacional. Con gran cariño y entusiasmo desarrollo este deporte entre los alumnos universitarios, convirtiéndolos en campeones durante muchos años. Fue entrenador nacional de 1951 a 1961, y con él entrenaron los luchadores que asistieron a los Juegos Olímpicos desde 1932 en los Angeles hasta 1964 en Tokio, Japón.

A mediados de 1962, fue contratado por la Confederación Deportiva Mexicana, como entrenador nacional el profesor Husein Herkmen, quien comenzó a trabajar con los seleccionados olímpicos en 1963, en Ciudad Universitaria y con él, entrenaron también los atletas mexicanos de lucha que participaron en los Juegos Olímpicos desde 1964 en Tokio hasta 1976 en Montreal.

En el Instituto Politécnico Nacional la lucha empezó en 1936 con el profesor Roberto Jaramillo; continuó con el profesor Raúl Faz Villareal de 1942 a 1964. Entre tanto fueron sobresaliendo otros luchadores que engrasaron el grupo politécnico. Entre ellos destacaron dos Enrique Jimenez (homónimos), Alfredo Olvera, Jorge Olvera y familia, y como dirigente Manuel Andrade, quien posteriormente, en 1954 sería presidente de la Federación. En la actualidad varias escuelas cuentan con profesores de Educación Física y ex-luchadores, quienes una vez terminados sus estudios continuaron actuando como entrenadores de lucha.

Otra institución que formó entrenadores de lucha fue el instituto de capacitación deportiva, fundada en 1962 por el general José de Jesús Clark Flores, entonces presidente de la Confederación Deportiva Mexicana.

Desde que la Federación Mexicana de Lucha quedó debidamente constituida en 1969, se acrecentaron esas asociaciones, contando con Distrito Federal, Estado de México, Instituto Politécnico Nacional, Universidad Nacional Autónoma de México, Jalisco, Nuevo León y Oaxaca, Puebla, Querétaro, San Luis Potosí, Veracruz, Yucatán, Zacatecas, Tabasco y Tamaulipas.

La lucha ha formado parte de las delegaciones mexicanas que han participado en Juegos Deportivos Centroamericanos y del Caribe, Juegos Deportivos Panamericanos y Juegos Olímpicos.

La primera participación de un equipo de lucha de México en Juegos Deportivos Centroamericanos y del Caribe, fue en la tercera edición que se realizó en San Salvador en 1934, donde este deporte fue considerado por primera vez en el programa. Entre los luchadores más destacados (porque han ganado en más de una ocasión) en estos Juegos, figuran los nombres de Eduardo Assam Rabay (1er lugar en 1946, 1950, 1954 y 2º lugar en 1959), Mario Tovar Jr. (1er lugar en 1954, 1959, 1962 y 1966), ambos representantes universitarios, y Roberto Vallejo (1er lugar en 1959 y 1962).

La primera edición de los Juegos Deportivos Panamericanos, fue en Buenos Aires, Argentina en 1951, en donde se incluyó el deporte de lucha olímpica en el estilo libre y en donde México participó. En 1975, se incluye el estilo grecorromano y por supuesto, también participa México. Finalmente en 1999, tiene inicio la participación femenil en donde México, tiene unas excelentes representantes y obtiene varias medallas.

El único luchador que ha obtenido medalla de plata en los Juegos Olímpicos en los Angeles en 1984, fue Daniel Aceves, luchador egresado del gimnasio Guelatao, del Distrito Federal.⁽¹⁵⁾

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

1.4. LA LUCHA EN LA UNAM.

En 1916 y 1917, se organizaron los juegos interescolares, torneos entre escuelas universitarias y técnicas y en 1917, cuando se funda el Departamento de Educación Física de la Escuela Nacional Preparatoria.⁽⁸⁾

Otro de los iniciadores de la lucha, además de los profesores Ugartechea y Marín, quien además de practicar la gimnasia en aparatos, se dice que practicaba lucha con sus alumnos, fue el profesor Domy Betancourt; y fue el primer luchador que compitió en Cuba a fines de 1919, y en 1923, fue contratado por la Universidad Nacional como entrenador de lucha. Después, le seguirían los profesores Rosendo Arnaiz y el profesor Agustín Briseño Islas, uno de los más grandes entrenadores y dirigentes de la lucha universitaria y formador de la generación más brillante de luchadores y entrenadores universitarios en la generación de los años cincuenta.⁽⁹⁾

El profesor Agustín Briseño Islas desde 1933 fue designado jefe de la rama de la Lucha en la Universidad Nacional. Con gran cariño y entusiasmo desarrolló este deporte entre los alumnos universitarios, convirtiéndolos en campeones durante muchos años.

En los años cuarenta se practicó la Lucha, principalmente en el gimnasio de la antigua Facultad de Derecho de San Idelfonso, posteriormente en las preparatorias 1 y 2.

Es a partir de 1954 cuando se practica en el gimnasio al aire libre de Ciudad Universitaria, así como en las preparatoria 4 y 5, en los años siguientes, se integran las preparatorias 3, 6 y 8. Así como en las E.N.E.P. Cuautitlán, Aragón y Zaragoza.

En 1955, siendo jefes de la rama de lucha de la UNAM, los profesores Agustín Briseño y el doctor Amado Félix Torres, se iniciaron en Ciudad Universitaria, los torneos de lucha interfacultades.

Posteriormente vinieron varios entrenadores. Uno de los más destacados fue el profesor Alfonso Loarca, y mucho tiempo después uno de sus grandes discípulos y también gran entrenador, Raúl García Méndez Quintero. Ambos entrenadores en distintas épocas aportaron un gran número de elementos a la selección nacional de Lucha.

La siguiente es una larga lista de algunos luchadores surgidos de la escuela puma y que alguna vez formaron parte de la selección, ganadora de innumerables torneos, tanto locales, como panamericanos y centroamericanos. Esperamos ser respetuosos y hacer mención de la mayor parte posible de nuestro orgullo de la escuela universitaria:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

José Manuel Borrego, Raúl Delgado, Gustavo Delgado, Romer Martínez, Ricardo Espriella, Moisés Lara, Pablo Gómez, Fausto García, José Luis Gaytán, Raúl García Méndez, Rogelio Leños, Javier Serrano, Enrique Camacho, Rodolfo Anda, Vicente González, Leopoldo Ulloa, Gastón Maubert, Jorge Muñoz, Elmer Martínez, Adrián Ponce, Oscar Cardenas, Guillermo Díaz, Víctor Cruz, Julián Flores, Alfonso Gessel, José Luis Rocha, Armando Rocha, Luis Méndez, Felipe Sánchez, Marco A. Sanchez, Mario Gonzalez, Ulises Nazarini, Gustavo González, Ernesto Salazar, Angeles Barraza, José Jiménez, entre muchos otros más.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

SEGUNDA PARTE.

DESCRIPCIÓN DE LAS REGIONES ANATÓMICAS INCLUIDAS EN LA ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (ATM).^{(10) (11) (12) (13)}

ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR (ATM). Articulación bicondílea que une al maxilar inferior (mandíbula) con la base del cráneo. En esta articulación tienen efecto todos los movimientos propios de la masticación.

2.1. TEJIDO ÓSEO.

La ATM presenta dos superficies articulares:

- Superficie maxilar (perteneciente al maxilar inferior).
- Superficie temporal (perteneciente al hueso temporal).

Superficie maxilar: Los dos cóndilos de la mandíbula.

Superficie temporal: a) El cóndilo del temporal y b) La cavidad glenoidea.

Superficie maxilar.

Los cóndilos son dos eminencias elipsoides que ocupan la porción posterior y superior de las ramas ascendentes. El cóndilo está sostenido por una porción larga llamada cuello. El cóndilo con su cuello está sumamente inclinado hacia adentro. En estado fresco el cóndilo está cubierto por una delgada capa de tejido fibroso.

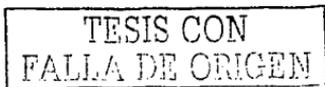
Superficie temporal.

- a) El cóndilo del temporal.

Eminencia transversal, constituida por la raíz transversal de la apófisis cigomática. Es en extremo convexa de delante atrás y ligeramente cóncava de fuera a dentro.

- b) La cavidad glenoidea.

Es una depresión profunda de forma elipsoidea, cuyo eje mayor lleva exactamente la misma dirección que el cóndilo de maxilar inferior.



Está limitada:

1º. Por delante por el tubérculo cigomático y por la raíz transversa del arco cigomático o cóndilo del temporal.

2º. Por detrás, por la apófisis vaginal y la cresta petrosa.

3º. Por dentro, por la espina del esfenoides.

4º. Por fuera, por la raíz longitudinal de la apófisis cigomática, la rama de bifurcación inferior de esta raíz y la pared anterior del conducto auditivo externo.

La cisura de Glaser, divide la cavidad glenoidea en dos partes desiguales: una anterior más pequeña, constituye la cavidad glenoidea propiamente dicha y una parte posterior más grande, formada en gran parte, por la pared anterior del conducto auditivo.

De estas dos partes, la primera, más regularmente excavada y más lisa, forma parte de la articulación. La parte posterior, que esta situada detrás de la cisura de Glaser, es extra articular y únicamente está en relación con el tejido celuloadiposo.

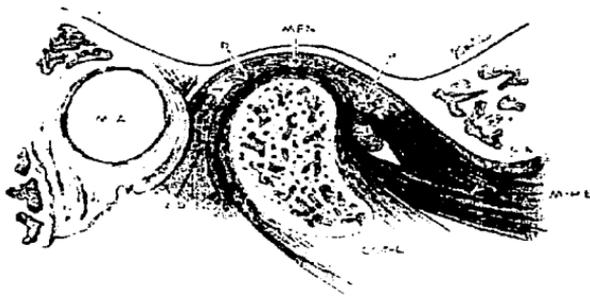


Figura 1. Vista superior de la articulación temporomandibular. M.C. = Cóndilo del temporal; G.C. = Cavidad glenoidea; C.G. = Cisura de Glaser; M.E. = Meatus acústico externo.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

2.2. Tejido neuromuscular.

1. Menisco interarticular.
2. Ligamentos: un ligamento capsular y dos ligamentos laterales (verdaderos).
Ligamentos: esfenomaxilar, estilomaxilar y pterigomaxilar (accesorios).
3. Sinoviales: sinovial superior o suprameniscal y sinovial inferior o submeniscal.
4. Arterias: temporal superficial, timpánica, auricular posterior, palatina ascendente y faríngea superior.
5. Nervios: ramos del maxilar inferior (maseterino y auriculotemporal).
6. Músculos: depresores, elevadores, proyectores hacia delante, proyectores hacia atrás y diductores.

Menisco interarticular.

Disco fibroso de forma elíptica que establece la armonía entre las superficies articulares del cóndilo del maxilar y la cavidad glenoidea. Es cóncavo a la vez por su cara superior y por su cara inferior, y por consiguiente, más delgado en el centro que en la periferia.

Ligamentos: un ligamento capsular y dos ligamentos laterales (verdaderos).
Ligamentos: esfenomaxilar, estilomaxilar y pterigomaxilar (accesorios).

LIGAMENTO CAPSULAR. Tiene la forma de un verdadero manguito alrededor de la articulación. Posee dos circunferencias, una superior, más extensa, y que se inserta en el borde de la apófisis cigomática y la base de la espina del esfenoides; y una circunferencia inferior, menos extensa y que se fija en el contorno del cuello del cóndilo. También posee dos caras, una interior y una exterior. La cara exterior está en relación con los diferentes órganos que rodean la articulación. La cara interior mira la cavidad articular y la circunscribe.

LIGAMENTO LATERAL EXTERNO. Refuerza por fuera la cápsula articular, constituye el principal medio de unión de la ATM.

LIGAMENTO LATERAL INTERNO. Ocupa el lado interno de la cápsula articular. Se difiere del ligamento lateral externo por ser mucho más delgado y por lo tanto, mucho menos resistente.

LIGAMENTO ESFENOMAXILAR. Se inserta por arriba, por una parte en el lado externo de la espina del esfenoides y por otra parte en la porción más interna de la cisura de Glaser.

LIGAMENTO ESTILOMAXILAR. Es una cintilla fibrosa más ancha por abajo que por arriba, que se inserta, por una parte, en la apófisis estiloides cerca de su vértice, y por otra, en el borde parotídeo del maxilar, un poco por encima del ángulo inferior o en este mismo ángulo.

LIGAMENTO PTERIGOMAXILAR. Llamado también aponeurosis bucinatofaríngea, es una lámina fibrosa que se extiende desde el gancho de la ala interna de la apófisis pterigoides a la extremidad posterior del borde alveolar del maxilar inferior.

Sinoviales: sinovial superior o suprameniscal y sinovial inferior o submeniscal.

Sinovial suprameniscal. Situada entre el menisco y el temporal. Es mucho más extensa y más laxa que la inferior. Tapiza interiormente la porción de la cápsula fibrosa comprendida entre la base del cráneo y el borde superior del menisco intraarticular.

Sinovial submeniscal. Está situada por debajo del menisco entre éste y el cóndilo.

Arterias: temporal superficial, timpánica, auricular posterior, palatina ascendente y faríngea superior.

Nervios: ramas del maxilar inferior (maseterino y auriculotemporal).

Músculos: depresores, elevadores, proyectores hacia delante, proyectores hacia atrás y diductores.

Depresores. Vientre anterior del digástrico y, accesoriamente, el milohioideo, el genihióideo y el cutáneo del cuello.

Elevadores. El temporal, el masetero y el pterigoideo interno.

Proyectores hacia delante. Los dos pterigoideos externos, contrayéndose simultáneamente.

Proyectores hacia atrás. El digástrico y el temporal.

Diductores. Los pterigoideos internos y sobre todo los pterigoideos externos, contrayéndose alternativamente de un solo lado, izquierdo derecho.

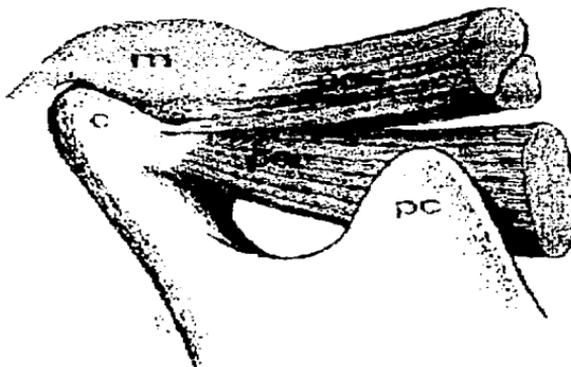
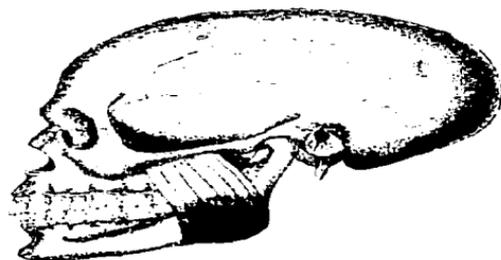


Figura 1. Vista lateral de la articulación de la rodilla, mostrando el hueso femoral (m), el hueso tibial (c) y el ligamento cruzado posterior (pc).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN



Figura 2.3.1. Vista superior de la articulación temporomandibular. Se observan los condilos de la mandíbula inferior en la cavidad glenoidea de la articulación temporomandibular. Se observan también los ligamentos que rodean a la articulación y el arco cigomático.

2.3. Tipos de movimientos de ATM.

Movimiento de descenso. El mentón se dirige hacia abajo y atrás, describiendo un arco de círculo de concavidad posterosuperior, al paso que el cóndilo se desliza de atrás a adelante, abandonando la cavidad glenoidea y viniendo a colocarse debajo de la raíz transversa del arco cigomático.

Movimientos de elevación. Se efectúa por el mismo mecanismo, pero en sentido inverso.

Movimiento de proyección hacia delante. Es un movimiento por el cual el maxilar inferior se dirige hacia delante pero conservando el contacto con la mandíbula superior. En este movimiento los dos cóndilos abandonan la cavidad glenoidea y viene a colocarse por debajo de la raíz transversa.

Movimiento de proyección hacia atrás. Es un movimiento por el cual el maxilar inferior, corriendo en sentido inverso, vuelve a su punto de partida.

Movimiento de lateralidad o de diducción. Son movimientos por los cuales el mentón se inclina alternativamente a derecha e izquierda. Uno de los cóndilos, alternativamente el derecho y el izquierdo se corre hacia delante para venir a colocarse debajo de la raíz transversa correspondiente, al paso que el otro queda casi inmóvil le sirve de eje del movimiento.

TERCERA PARTE.

CLASIFICACIÓN Y ESTUDIO DE LOS DIFERENTES TIPOS DE LESIONES EN ATM.

1. **CLASIFICACIÓN DE LOS DESÓRDENES DE LA ATM NO INFLAMATORIOS:** ⁽⁴⁾
 - 1.1. Alteraciones mecánicas de la ATM:
 - 1.1.1. Desplazamiento del disco articular (agudo, anterior, medial o posterior).
 - 1.1.2. Movilidad condilar anormal (subluxación o luxación).
 - 1.1.3. Trauma (fractura de la cabeza o cuello condilar).
 - 1.1.4. Anquilosis (fibrosa u ósea)
2. **DESÓRDENES ARTICULARES INFLAMATORIOS:**
 - 2.1. Secundarios:
 - 2.1.1. Sinovitis.
 - 2.1.1.1. Aguda (resultado de contusión).
 - 2.1.1.2. Secundaria de irritación (química o mecánica).
 - 2.1.2. Capsulitis:
 - 2.1.2.1. Secundaria a torcedura de ligamentos.
3. **DESÓRDENES NO ARTICULARES, NO INFLAMATORIOS.**
 - 3.1. Desórdenes musculares:
 - 3.1.1. Fibrosis muscular.
 - 3.1.2. Inflamación muscular.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

CLASIFICACIÓN DE LESIONES FRECUENTES EN ATM EN LOS TORNEOS UNIVERSITARIOS DE LUCHA OLÍMPICA DE TERCERA Y SEGUNDA FUERZA DEL AÑO 2003.

3.1. Descripción de las lesiones más frecuentes. ^{(4) (11) (14) (15)}

Desplazamiento del disco articular (agudo, anterior, medial o posterior).

A) Desplazamiento del disco con reducción.

Criterios de diagnóstico:

- Dolor
- Presente en los movimientos de la articulación causados por la inflamación.
- Ruidos de la articulación en diferentes posiciones durante los movimientos mandibulares de apertura y cierre; el ruido al cerrar (click) se localiza generalmente al cerrar en posición intercuspidea.
- Los tejidos suaves revelan desplazamiento del disco y se reduce por lo general a la apertura.
- No hay crepitaciones bruscas.
- El rango de movimiento es usualmente normal.

B) Desplazamiento del disco sin reducción.

La relación estructural, disco-cóndilo esta alterada y se mantiene durante la traslación; puede ser aguda o crónica.

Criterios de diagnóstico (aguda).

- Dolor extremo exacerbado en la función, causado por la inflamación.
- Apertura mandibular limitada (muy marcada).
- No hay dolor en la articulación.
- Desviación de la línea media a la apertura en el lado afectado.
- Laterotrusión limitada (muy marcada) en el lado opuesto.
- Los tejidos suaves revelan desplazamiento del disco sin reducción.

Criterios de diagnóstico (crónica):

- Es menos doloroso que la forma aguda.
- Hay historias de ruidos en la articulación y/o limitación de la apertura mandibular
- No hay otros ruidos de la articulación que posibles crepitaciones.
- Hay una pequeña limitación a la apertura mandibular.
- Pequeña limitación en los movimientos de laterotrusión en el lado opuesto.
- Los tejidos suaves revelan desplazamiento del disco sin reducción.

Movilidad condilar anormal: subluxación o luxación (dislocación).

Es la condición en la cuál el cóndilo esta en posición anterior a la eminencia articular y/o el disco, y es incapaz de regresar a la posición de cierre.

Criterios de diagnóstico.

- Y Excesivo rango de movimiento.
- Y Incapacidad de cerrar la mandíbula.
- Y Dolor, si se presenta aparece el momento de la dislocación, con dolor residual después del término de este episodio.
- Y Si la dislocación es total (luxación), el paciente no puede reducir esta dislocación de la mandíbula sin la ayuda de un especialista. Si la dislocación es parcial (subluxación), el paciente puede reducir la dislocación después de un breve período de tiempo.

Trauma (fractura de la cabeza o cuello condilar.

Criterios de diagnóstico:

- Y Dolor exacerbado en los movimientos de palpación.
- Y Hinchazón resultado de la hemorragia y el edema.
- Y Crepitaciones y movilidad interfragmentaria.
- Y Espasmos en los grupos musculares involucrados.
- Y Pérdida de la función por el espasmo muscular y la movilidad interfragmentaria.
- Y Hinchazón preauricular y dolor.
- Y La mandíbula puede estar desviada en el lado de la lesión, produciendo laterognatia y retrognatia.
- Y Desviación exagerada en protrusión, observada en el lado de la lesión.
- Y Existe contacto prematuro en las cúspides de trabajo del segundo molar superior (palatinas), ya que se encuentra disminuido o ausente el lado de trabajo.
- Y Rara vez se presenta hematrosis; aparece mas frecuente en fracturas intracapsulares.
- Y Las excursiones laterales y protrusiones mandibulares están ausentes.

Anquilosis (fibrosa u ósea)

En la anquilosis fibrosa los movimientos mandibulares están restringidos con desviación a la apertura en el lado afectado.

Criterios de diagnóstico:

- Y No esta asociada con el dolor.
- Y Rango de movimiento limitado a la apertura.
- Y Desviación hacia el lado afectado.
- Y Laterotrusión afectada hacia el lado opuesto.
- Y No hay otros hallazgos radiográficos que la ausencia de traslación condilar ipsilateral a la apertura.

En la anquilosis ósea la unión de los huesos de la ATM por proliferación de células óseas da como resultado una inmovilidad completa de la articulación.

Criterios de diagnóstico:

- Y No hay dolor asociado.
- Y Rango de movimiento limitado a la apertura.
- Y Desviación marcada del lado afectado.
- Y Laterotrusión limitada muy marcada en el lado opuesto.
- Y Evidencias radiográficas de proliferación ósea.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Sinovitis.

Es una inflamación en la línea sinovial de la ATM.

Criterios de diagnóstico:

- Dolor localizado exacerbado por la función, especialmente con las cargas de la articulación superior y/o posterior.
- Rango de movimiento limitado secundario al dolor.
- Hinchazón causada por efusión y oclusión de dientes posteriores ipsilaterales.
- No hay evidencias radiográficas de cambios estructurales sin acompañamiento de artrosis.

Capsulitis:

Inflamación de la cápsula articular; incluye usualmente una inflamación de la sinovial.

Criterios de diagnóstico:

- Puntos delicados (tiernos) en la palpación de la ATM.
- Dolor exacerbado por la función especialmente con el ensanchamiento de la cápsula.
- Rango de movimiento limitado por el dolor.
- No hay evidencias radiográficas de cambios estructurales óseos.

Nota: Este problema puede ser secundario a un trauma de la ATM, si embargo, la diferencia entre sinovitis y capsulitis es casi imposible de detectar clínicamente.

Fibrosis muscular.

Esta contractura muscular es una resistencia crónica de un músculo al estiramiento pasivo, como resultado de la fibrosis.

Criterios de diagnóstico:

- Generalmente no es doloroso.
- Rango limitado de movimiento, no es causado por desordenes de la articulación.
- Firmeza relativa en estiramiento pasivo.

Inflamación muscular.

También usado el término myositis. Es la inflamación muscular generalizada, la cual es dolorosa al realizar movimientos de estiramiento muscular. También puede ocurrir en la unión del tendón de músculo.

Criterios de diagnóstico:

- El dolor es normalmente agudo en un músculo.
- La región del músculo totalmente sensible.
- El músculo se encuentra posiblemente hinchado.
- Movimiento limitado a causa del dolor e hinchazón.
- Asociado con traumatismo o infección muscular.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

OBJETIVO GENERAL.

Identificar, a través de la aplicación de un cuestionario, las lesiones más frecuentes de la ATM en Lucha olímpica, en alumnos de la UNAM que practican este deporte y que asistan a los Torneos Universitarios de Tercera y Segunda Fuerza del año 2003.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Realizar una clasificación de las principales lesiones y aportar datos estadísticos para investigaciones futuras.
2. Determinar si la edad es un factor predisponente que determina un mayor o menor número de lesiones de la ATM.
3. Determinar si el sexo es un factor predisponente que determina un mayor o menor número de lesiones de la ATM.
4. Determinar si el estilo de lucha (libre, grecorromano o femenino) es un factor predisponente que determina un mayor o menor número de lesiones de la ATM.
5. Determinar si el lugar de las competencias (condiciones de las instalaciones) es un factor predisponente que determina un mayor o menor número de lesiones de la ATM.
6. Determinar si la experiencia de los alumnos que practican este deporte (tiempo de practicar la lucha) es un factor predisponente que determina un mayor o menor número de lesiones de la ATM.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

HIPÓTESIS.

Las lesiones de ATM son más frecuentes en los luchadores de la UNAM que participan en el torneo universitario de tercera fuerza, que en los luchadores que participan en el torneo universitario de segunda fuerza.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

METODOLOGÍA.

El tipo de estudio es de carácter descriptivo, observacional, prolectivo y transversal.

El tipo de investigación a realizar es de carácter descriptivo, ya que nos describe, cómo es o cómo está la situación de las variables que estudiamos en nuestra población (alumnos que practican el deporte de Lucha Olímpica de la Universidad Nacional Autónoma de México).

También, es de carácter observacional, ya que en este estudio el investigador puede observar y recoger datos mediante su propia observación (Galtung)⁽¹⁶⁾

Fue de carácter prolectivo ya que la información se registró según ocurrieron los fenómenos, y de carácter transversal, porque se estudiaron las variables simultáneamente en determinado momento, haciendo un corte en el tiempo; en este, el tiempo no es importante en relación con la forma en que se dan los fenómenos.

El método de muestreo a utilizar, fué el método de "muestreo no probabilístico", ya que la elección de los elementos no depende de la probabilidad, sino de causas relacionadas con las características del investigador o del que hace la muestra.⁽¹⁷⁾

El método para la recolección de datos fue a través de la encuesta. Este método consiste en obtener información de los sujetos de estudio proporcionada por ellos mismos sobre opiniones, actitudes o sugerencias. Hay dos maneras de obtener información: la entrevista y el cuestionario. Para los fines de nuestra investigación aplicamos la entrevista (es la comunicación interpersonal establecida entre el investigador y el sujeto de estudio a fin de obtener respuestas verbales a las interrogantes planteadas sobre el problema propuesto. Puede ser estructurada o no estructurada; en nuestra investigación utilizamos la encuesta estructurada). Anexos 1, 2 y 3.

VARIABLES.

Según el tipo de investigación a realizar, Tamayo y Tamayo propone 9 tipos de variables (según su capacidad o nivel en que permita medir los objetos):⁽¹⁶⁾

Las variables a utilizar fueron las siguientes:

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

VARIABLES INDEPENDIENTES (Es la variable que antecede a una variable dependiente, la que se presenta como causa y condición de la variable dependiente, es decir, son las condiciones manipuladas por el investigador a fin de producir cierto efecto).

- Factores causales de las lesiones:
- Lesiones encontradas antes y después de los torneos universitarios de tercera y segunda fuerza en el año 2003.

Definición nominal: Factores causales de las lesiones:

Definición operacional:

- Edad,
- El sexo,
- El estilo de Lucha (libre, greco o femenino).
- La experiencia de los practicantes (tiempo de practicar Lucha)
- El lugar de la competencia (condiciones de las instalaciones).

VARIABLES DEPENDIENTES (Es la variable que se presenta como consecuencia de una variable antecedente. Es decir, que es el efecto producido por la variable que se considera independiente, la cual es manejada por el investigador).

- Lesiones en la Articulación Temporomandibular.

Definición nominal: Lesiones en la Articulación Temporomandibular.

Definición operacional:

Lesiones inflamatorias en la Articulación Temporomandibular.

- Sinovitis.
- Capsulitis:

Lesiones no inflamatorias en la Articulación Temporomandibular.

- Alteraciones mecánicas de la ATM:
- Desórdenes musculares:

La investigación se planeó a realizarse en el año 2003, aplicando la encuesta a nuestra población (alumnos practicantes de Lucha Olímpica de la UNAM), que reunieron las características requeridas para nuestra investigación (que participarían en los Torneos Universitarios de Lucha de tercera y de segunda fuerza).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Se elaboraron dos tipos de "Encuesta". En la primera se realizó un diagnóstico de la ATM pre-competencia, para conocer sus antecedentes traumáticos e indagar si existe algún factor predisponente de sufrir alguna lesión y que de alguna manera no confundiera las lesiones pre-competencia con lesiones ocurridas durante la competencia.

La segunda encuesta, se aplicó a los luchadores que hubieran sufrido alguna lesión durante el transcurso de alguna de las dos competencias antes mencionadas. En dicha encuesta, se incluyeron las variables edad, sexo, estilo de Lucha (libre, grecorromana o femenino), lugar de la competencia (condiciones de las instalaciones) y experiencia de los practicantes (tiempo de practicar la Lucha). Las lesiones resultantes contemplaron los siguientes puntos: región anatómica de la lesión, mecanismo de lesión, signos clínicos (si hay presencia de hematomas, si existe o no limitación del movimiento, rictus de dolor) y sintomatología clínica (tipo de dolor, dolor al movimiento de apertura y cierre y/o movimientos de lateralidad).

Posteriormente, se hizo la recolección de datos y con ellos se realizó una clasificación de las lesiones más frecuentes con sus respectivas gráficas y conclusiones.

RECURSOS.

RECURSOS HUMANOS.

Un director de tesis.
Dos pasantes de Odontología.

RECURSOS MATERIALES.

- ◆ Computadora
- ◆ hojas blancas
- ◆ bolígrafos
- ◆ lápices
- ◆ máquina de escribir
- ◆ cuadernos
- ◆ copias
- ◆ revistas
- ◆ diccionarios
- ◆ libros
- ◆ cuestionarios
- ◆ abatelenguas
- ◆ guantes
- ◆ estetoscopio
- ◆ vernier.

RECURSOS FÍSICOS.

Gimnasio de Lucha Olímpica de la Preparatoria No. 8 "Miguel E. Schulz". Sede del Torneo universitario de Lucha Olímpica de la UNAM de tercera fuerza del año 2003.

Gimnasio de Lucha Olímpica de la Preparatoria No. 1 "Gabino Barreda". Sede del Torneo universitario de Lucha Olímpica de la UNAM de segunda fuerza del año 2003.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

RESULTADOS.

DESCRIPCIÓN GENERAL DE PARTICIPACIÓN.

Se aplicaron encuestas a los practicantes de Lucha Olímpica de la Universidad Nacional Autónoma de México (U.N.A.M.) en los torneos universitarios de tercera y segunda fuerza celebrados en los meses de marzo y abril, respectivamente, del año 2003.

En el torneo de Tercera Fuerza, realizado el viernes 14 de Marzo del 2003, en el gimnasio de Lucha de la ENP 8 "Miguel E. Schulz" participaron las Preparatorias No. 1, 4, 7 y 8, la ENEP Aragón, y el equipo representativo de Ciudad Universitaria.

En el torneo de Segunda Fuerza, realizado el viernes 04 de Abril del 2003, en el gimnasio de Lucha de la ENP 1 "Gabino Barreda" participaron las Preparatorias No. 1, 4, 7 y 8; el CCH Sur, la ENEP Aragón, y el equipo representativo de Ciudad Universitaria.

Cabe resaltar, que no se logró contar con la participación de las Preparatorias, 2, 3, 5, 6 y 9 (en la ENP 6, no hay actividad de lucha), ni con la FES Zaragoza

En el torneo de Tercera Fuerza se lograron encuestar a 51 alumnos de las escuelas participantes de un total de 57.

En el torneo de Segunda Fuerza se lograron encuestar a 48 alumnos de las escuelas participantes de un total de 51.

En el cuadro No. 1, se muestra el total de participantes en el Torneo Universitario de Tercera Fuerza, separado en los estilos Libre, Greco-romano y femenil.

El cuadro No. 2, nos muestra el total de participantes en el Torneo Universitario de Segunda Fuerza, separado en los estilos Libre, Greco-romano y femenil.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Cuadro 1. TORNEO UNIVERSITARIO DE TERCERA FUERZA. PREPARATORIA 8 "Miguel E. Schulz". 14 DE MARZO DEL 2003.

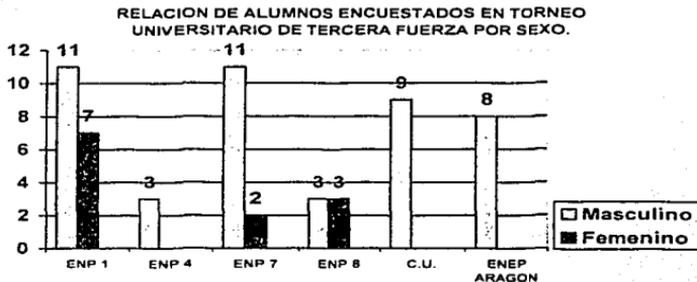
| EQUIPO | LIBRE | GRECO | FEMENIL | TOTAL |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Preparatoria No. 1 | 9 | 2 | 7 | 18 |
| Preparatoria No. 4 | 3 | - | - | 3 |
| Preparatoria No. 7 | 9 | 2 | 2 | 13 |
| Preparatoria No. 8 | 3 | - | 3 | 6 |
| ENEP Aragón | 3 | 5 | - | 8 |
| Ciudad Universitaria | 8 | 1 | - | 9 |
| TOTAL | 35 | 10 | 12 | 57 |

Cuadro 2. TORNEO UNIVERSITARIO DE SEGUNDA FUERZA. PREPARATORIA 1 "Gabino Barreda". 04 DE ABRIL DEL 2003.

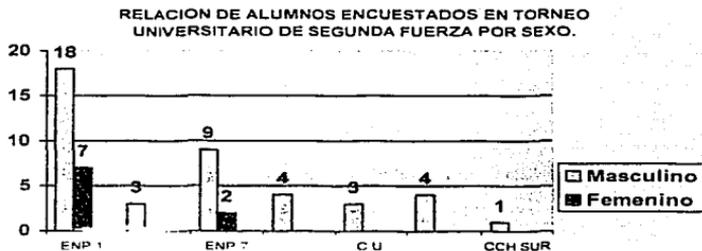
| EQUIPO | LIBRE | GRECO | FEMENIL | TOTAL |
|----------------------|-----------|-----------|-----------|-----------|
| Preparatoria No. 1 | 13 | 5 | 7 | 25 |
| Preparatoria No. 4 | 3 | - | - | 3 |
| Preparatoria No. 7 | 8 | 1 | 2 | 11 |
| Preparatoria No. 8 | - | - | 4 | 4 |
| ENEP Aragón | 1 | 3 | - | 4 |
| CCH Sur | - | 1 | - | 1 |
| Ciudad Universitaria | 3 | - | - | 3 |
| TOTAL | 28 | 10 | 13 | 51 |

Como podemos observar, en el Torneo de Tercera Fuerza, la escuela que más elementos inscribió, fue la Preparatoria No. 1 con 18 participantes, seguida por la preparatoria No. 7 con 13. El equipo de Ciudad Universitaria (C.U.) registró a 9, mientras que el equipo de la ENEP Aragón registró a 8. Finalmente, la Preparatoria No. 8 inscribió a 6 y la Preparatoria No. 4 solamente a 3 participantes. (Ver gráfica 1)

En el Torneo de Segunda Fuerza, la escuela que más elementos inscribió, fue la Preparatoria No. 1 con 25 participantes, seguida por la preparatoria No. 7 con 11. La Preparatoria No. 8 y la ENEP Aragón registraron a 4 alumnos; mientras que el equipo de Ciudad Universitaria (C.U.) y la Preparatoria No. 4 registró a 3. Finalmente el CCH Sur inscribió a 1 participante solamente. (Ver gráfica 2)



Gráfica No. 1 Alumnos que participaron en el Torneo Universitario de Tercera Fuerza celebrado en la ENP No. 8.



Gráfica No. 2 Alumnos que participaron en el Torneo Universitario de Segunda Fuerza celebrado en la ENP No. 1.

Realizaremos la descripción de resultados de los dos Torneos de manera independiente.

**TORNEO UNIVERSITARIO DE TERCERA FUERZA. PREPARATORIA 8
"Miguel E. Schulz". 14 DE MARZO DEL 2003.**

EDAD, SEXO Y ESTILO.

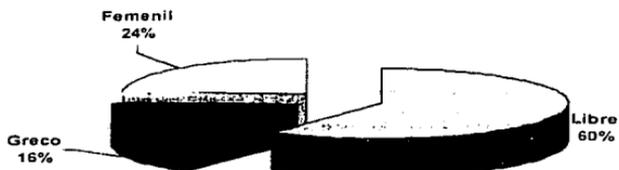
En la tabla 1, presentamos los 50 alumnos participantes en nuestra encuesta en el Torneo de Tercera Fuerza de un total de 57, tanto del sexo femenino como del sexo masculino, así como del estilo de Lucha en el que participaron. Cabe señalar que los varones pueden participar tanto en el estilo libre como en el estilo Greco-romano, mientras que las mujeres, sólo participan en el estilo femenino; de las diversas instituciones de la UNAM, según el rango de edad en la que se encuentran.

| Edad: | sexo femenino: | sexo masculino: | | Total No. Casos |
|-------|----------------|-----------------|-------|-----------------|
| | Femenil | Libre | Greco | |
| 15 | 4 | -- | -- | 4 |
| 16 | 3 | 10 | -- | 13 |
| 17 | 4 | 7 | 1 | 12 |
| 18 | 1 | 5 | 3 | 9 |
| 20 | -- | 4 | -- | 4 |
| 21 | -- | -- | 2 | 2 |
| 22 | -- | 1 | 1 | 2 |
| 23 | -- | 3 | 1 | 4 |
| Total | 12 | 30 | 8 | 50 |

Tabla 1. Alumnos participantes en el Torneo Universitario de Tercera Fuerza, según los diferentes rangos de edad, tanto del sexo femenino, como del sexo masculino.

Como podemos ver, el rango de mayor edad de los participantes es de 16 años (13 participantes), seguido por los de 17 años (12 participantes) y los de 18 años (9 participantes). Con 4 participantes en cada rango de edad estuvieron los de 15, 20 y 23 años, mientras que los de 21 y 22 años tuvieron 2 participantes cada rango.

ALUMNOS PARTICIPANTES SEGÚN EL ESTILO DE LUCHA



Gráfica No. 3 Relación de alumnos participantes en las encuestas en el Torneo de Tercera Fuerza según el estilo de lucha que practican.

ANTECEDENTES LESIONES POR EDAD Y ESTILO.

Se elaboraron dos tipos de "Encuesta". En la primera se realizó un diagnóstico de la ATM pre-competencia, para conocer sus antecedentes traumáticos e indagar si existe algún factor predisponente de sufrir alguna lesión y que de alguna manera no confundiera las lesiones que tenían antes de la competencia con lesiones ocurridas durante la competencia.

Los resultados de nuestras encuestas arrojaron los siguientes datos:

| | |
|---------------------------------|----------|
| Chasquido | 11 casos |
| Desviación mandibular | 8 casos |
| Dificultad de apertura máxima | 7 casos |
| Dificultad al cierre mandibular | 2 casos |
| Masticación unilateral | 2 casos |
| Contusión | 2 casos |
| Cansancio muscular | 2 casos |
| Dolor | 2 casos |
| Bruxismo | 2 casos |

Chasquido. Los casos de chasquido se encontraron en los siguientes rangos de edad y se especifican según el estilo de lucha (libre y greco para varones y femenino para mujeres) y la experiencia de cada uno de los luchadores que presentaron este caso.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|
| 1 | 15 | femenil | 4 meses |
| 1 | 16 | femenil | 7 meses |
| 1 | 16 | libre | 6 meses |
| 1 | 16 | libre | 9 meses |
| 1 | 16 | libre | 12 meses |
| 1 | 17 | libre | 20 meses |
| 1 | 17 | libre | 18 meses |
| 1 | 18 | femenil | 5 meses |
| 1 | 18 | libre | 12 meses |
| 1 | 20 | libre | 24 meses |
| 1 | 23 | libre | 20 meses |

Desviación mandibular. Los casos de desviación mandibular, tanto hacia la derecha como hacia la izquierda, se encontraron en los siguientes rangos de edad y se especifican según el estilo de lucha (libre y greco para varones y femenino para mujeres) y la experiencia de cada uno de los luchadores que presentaron este caso.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> | <u>Desviación hacia la:</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|-----------------------------|
| 1 | 17 | libre | 20 meses | izquierda |
| 1 | 23 | libre | 20 meses | izquierda |
| 1 | 16 | femenil | 7 meses | derecha |
| 1 | 16 | libre | 9 meses | derecha |
| 1 | 17 | libre | 6 meses | derecha |
| 1 | 17 | libre | 6 meses | derecha |
| 1 | 18 | greco | 7 meses | derecha |
| 1 | 20 | libre | 24 meses | derecha |

Dificultad de apertura máxima. Los casos de dificultad de apertura máxima que se encontraron en los siguientes rangos de edad, se especifican según el estilo de lucha (libre y greco para varones y femenino para mujeres) y la experiencia de cada uno de los luchadores que presentaron este caso.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|
| 1 | 15 | femenil | 5 meses |
| 1 | 16 | femenil | 7 meses |
| 1 | 16 | libre | 12 meses |
| 1 | 16 | libre | 6 meses |
| 1 | 16 | libre | 9 meses |
| 1 | 17 | femenil | 8 meses |
| 1 | 23 | libre | 20 meses |

Dificultad al cierre mandibular. Los casos de dificultad al cierre mandibular, se encontraron en los siguientes rangos de edad y se especifican según el estilo de lucha (libre y greco para varones y femenino para mujeres) y la experiencia de cada uno de los luchadores que presentaron este caso.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|
| 1 | 16 | femenil | 7 meses |
| 1 | 17 | femenil | 8 meses |

Masticación unilateral. Los casos de masticación unilateral, tanto hacia la derecha como hacia la izquierda, se encontraron en los siguientes rangos de edad y se especifican según el estilo de lucha (libre y greco para varones y femenino para mujeres) y la experiencia de cada uno de los luchadores que presentaron este caso.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> | <u>Desviación hacia la:</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|-----------------------------|
| 1 | 16 | libre | 12 meses | izquierda |
| 1 | 18 | greco | 13 meses | izquierda |

Contusión. Los casos de contusión, se encontraron en los siguientes rangos de edad y se especifican según el estilo de lucha (libre y greco para varones y femenino para mujeres) y la experiencia de cada uno de los luchadores que presentaron este caso.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|
| 1 | 15 | libre | 6 meses |
| 1 | 17 | libre | 18 meses |

Cansancio muscular. Los casos de cansancio muscular que se encontraron en los siguientes rangos de edad, se especifican según el estilo de lucha (libre y greco para varones y femenino para mujeres) y la experiencia de cada uno de los luchadores que presentaron este caso.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|
| 1 | 16 | libre | 8 meses |
| 1 | 18 | libre | 12 meses |

Dolor. Los casos de dolor, se encontraron en los siguientes rangos de edad y se especifican según el estilo de lucha (libre y greco para varones y femenino para mujeres) y la experiencia de cada uno de los luchadores que presentaron este caso.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|
| 1 | 16 | libre | 12 meses |
| 1 | 23 | libre | 20 meses |

Bruxismo. Los casos de bruxismo, se encontraron en los siguientes rangos de edad y se especifican según el estilo de lucha (libre y greco para varones y femenino para mujeres) y la experiencia de cada uno de los luchadores que presentaron este caso.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|
| 1 | 18 | libre | 12 meses |
| 1 | 23 | libre | 20 meses |

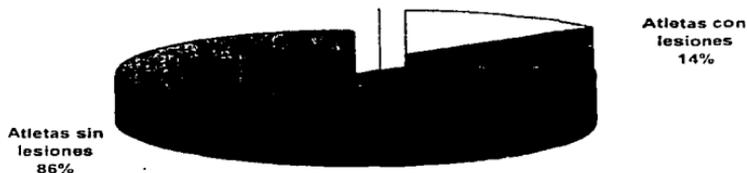
LESIONES EN EL TORNEO DE TERCERA FUERZA POR EDAD, SEXO Y ESTILO.

La segunda encuesta, se aplicó a los luchadores que hubieran sufrido alguna lesión durante el transcurso de la competencia. En dicha encuesta, se incluyeron las variables edad, sexo, estilo de Lucha (libre, grecorromana o femenino), lugar de la competencia (condiciones de las instalaciones) y experiencia de los practicantes (tiempo de practicar la Lucha).

Las lesiones resultantes abarcaron los siguientes puntos: región anatómica de la lesión, mecanismo de lesión, signos clínicos (si hay presencia de hematomas, si existe o no, limitación del movimiento, rictus de dolor) y sintomatología clínica (tipo de dolor, dolor al movimiento de apertura y cierre y/o movimientos de lateralidad).

El total de la población participante en el torneo de Tercera Fuerza fue de 57 alumnos y solamente se reportaron 8 casos de lesiones durante el transcurso de la competencia, siendo la mayoría casos de inflamación muscular, y únicamente un caso de sinovitis (ver gráfica 4)

REPORTE DE LESIONES DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE.



Gráfica 4. Representación gráfica del reporte de lesiones en nuestras encuestas.

Los resultados de nuestras encuestas arrojaron los siguientes datos:

| CASO | EDAD. | SEXO. | ESTILO. | INSTALACIONES. | LESIÓN. |
|------|-------|-----------|---------|----------------|------------------------|
| 1 | 15 | femenino | femenil | Prepa 8 | inflamación muscular 1 |
| 2 | 15 | femenino | femenil | Prepa 8 | inflamación muscular 2 |
| 3 | 16 | femenino | femenil | Prepa 8 | inflamación muscular 3 |
| 4 | 16 | masculino | libre | Prepa 8 | inflamación muscular 4 |
| 5 | 16 | masculino | libre | Prepa 8 | inflamación muscular 5 |
| 6 | 17 | masculino | libre | Prepa 8 | Sinovitis |
| 7 | 20 | masculino | libre | Prepa 8 | inflamación muscular 6 |
| 8 | 21 | masculino | greco | Prepa 8 | inflamación muscular 7 |

| LESIÓN. | REGIÓN. | MECANISMO DE LESIÓN. | SIGNOS. | SINTOMATOLOGIA. |
|---------------|---------|----------------------|--|---|
| Inflamación 1 | ATM | Mala técnica 1 | Rictus de dolor sin limitación de movimiento | Dolor ligero |
| Inflamación 2 | ATM | Mala técnica 2 | Rictus de dolor, limitación de movimiento en apertura, cierre y lateralidad. | Dolor agudo en movimientos de lateralidad, apertura y cierre. |
| Inflamación 3 | ATM | Mala técnica 3 | Rictus de dolor, limitación al movimiento de lateralidad. | Dolor leve, no impide continuar la actividad |
| Inflamación 4 | ATM | Mala técnica 4 | Rictus de dolor sin limitación de movimiento | Dolor leve |
| Inflamación 5 | ATM | Mala técnica 5 | Rictus de dolor sin limitación de movimiento | Dolor leve, no interrumpe la actividad |
| Sinovitis | ATM | Mala técnica 6 | Rictus de dolor, limitación en apertura, cierre y lateralidad. | Dolor agudo en apertura, cierre y lateralidad Inflamación ligera en zona pre-aucular |
| Inflamación 6 | ATM | Mala técnica 7 | Rictus de dolor, limitación en apertura, cierre y lateralidad. | Dolor agudo en movimientos de lateralidad, apertura y cierre |
| Inflamación 7 | ATM | Mala técnica 8 | Rictus de dolor, limitación en apertura, cierre y lateralidad. | Dolor leve, no pudo continuar la lucha |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

INSTALACION.

Se realizó el torneo en el gimnasio de lucha de la Preparatoria No. 8 "Miguel E. Schulz". Las condiciones fueron las siguientes:

- Instalación techada.
- Colchón con el área mínima en la zona de protección. Las medidas reglamentarias del área de combate son de 9m de diámetro. La zona de protección debe tener de 1.20m a 1.50m y este colchón presentó una zona de protección de 30cm a 40cm aproximadamente.
- Colchón en buen estado, tanto en grosor, como la cubierta con lona.
- Clima templado.
- El torneo tuvo una duración de 5 horas (10:00 a.m. a 3:00 p.m.), el servicio médico cubrió las 3 horas intermedias registrándose en este lapso, la mayor parte de las lesiones ocurridas.

MECANISMO DE LESIÓN.

Mala técnica 1. En un ataque a piernas, no entró con la cabeza adecuadamente y se encontró con la rodilla de la rival, llevándose un golpe en el mentón.

Mala técnica 2. Ambas competidoras atacaron piernas a la vez, una de ellas levantó la cara y se llevó el golpe en el rostro.

Mala técnica 3. Contusión contra el colchón por doble agarre a cabeza. Tanto en juveniles como en estilo femenino, no está permitido jalar con las dos manos la cabeza del rival, esto es una falta al reglamento.

Mala técnica 4. Se produjo un cabezazo mientras se realizaba una acción llamada Nelson, en donde, desde la posición de 4 puntos, se intenta dominar la cabeza y palanca al brazo, para voltear al rival y poner su espalda en contacto con el colchón (toque de espalda).

Mala técnica 5. Se produjo un cabezazo al momento de ataque simultáneo, ya que ambos contrincantes tenían la guardia muy abajo y uno tenía la cabeza agachada mientras que el otro la levantó y el golpe se lo llevó en la mandíbula.

Mala técnica 6. Contusión por doble agarre de cabeza. En torneos juveniles y femeniles, no está permitido este tipo de movimiento, además de que el rival no estaba a su mismo nivel competitivo (fuerza y experiencia).

Mala técnica 7. Mala realización de un suplex. Un suplex, consiste en tomar al adversario por la cintura y realizar una proyección de 180° hacia atrás sobre su cabeza. El defensor, evitó la proyección colocando su mano en la mandíbula del atacante, azotando primero la cabeza del atacante y recibiendo el peso sobre la mandíbula de éste.

Mala técnica 8. Mala realización de un suplex de frente con brazos. El atacante tomó al adversario por la cintura junto con un brazo, al momento de realizar la proyección, no lo hizo a 180° y sólo se lo echó encima y giró un poco. El atacado no alcanzó a girar su cara y se llevó el golpe contra el colchón en la parte lateral de la mandíbula.

ANTECEDENTES DE LESIONES DE CADA CASO.

El siguiente cuadro, nos muestra, el tipo de lesión presentada durante la competencia, así como los antecedentes de alteraciones en la ATM de cada caso, buscando la relación que existe, junto con las variables edad, experiencia (tiempo de practicar la lucha) y estilo.

| CASO. | LESIÓN. | ANTECEDENTES. | EXPERIENCIA. | EDAD | ESTILO. |
|-------|----------------------|--|--------------|------|---------|
| 1. | Inflamación muscular | Chasquido al abrir audible. | 4 meses. | 15. | Femenil |
| 2. | Inflamación muscular | Dificultad a la apertura máxima. | 5 meses. | 15. | Femenil |
| 3. | Inflamación muscular | Ninguna | 6 meses. | 16. | Femenil |
| 4. | Inflamación muscular | Chasquido | 6 meses. | 16. | Libre |
| 5. | Inflamación muscular | Chasquido al abrir, dificultad a la apertura máxima y desviación derecha | 9 meses. | 16. | Libre |
| 6. | Sinovitis | Chasquido al abrir. | 18 meses. | 17. | Libre |
| 7. | Inflamación muscular | Ninguna | 12 meses. | 20. | Libre |
| 8. | Inflamación muscular | Ninguna | 16 meses. | 21. | Greco. |

Como podemos ver, se presentaron dos casos de lesiones en donde los practicantes tenían 6 meses de experiencia, en los demás casos se presentaron meses de experiencia diferente: 4, 5, 9, 12, 16 y 18 meses. Presentándose una media de 12 meses de experiencia.

LESIONES Y ESTILO.

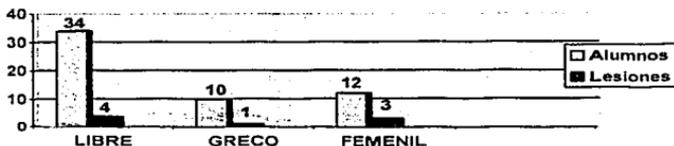
Del total de la población participante, solamente hubo 1 alumno del sexo masculino que practica el estilo grecorromano presento una lesión (inflamación muscular); en el estilo libre se reportaron 4 alumnos con 3 casos de inflamación muscular y un caso de sinovitis; finalmente el estilo femenino reporto 3 alumnas con lesiones de inflamación muscular. Gráficas No. 5 y No. 6.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

La relación entre los alumnos participantes en el torneo que sufrieron una lesión, se reportó de acuerdo al estilo que practican, quedando de la siguiente manera.

Estilo libre: 34 alumnos - 4 lesiones. Relación 0.11
 Estilo Grecoromana: 10 alumnos - 1 lesiones. Relación 0.1
 Estilo femenino: 12 alumnos - 3 lesiones. Relación 0.25

RELACIÓN DE ALUMNOS PARTICIPANTES CON LESIONES EN CADA ESTILO DE LUCHA



Gráfica 5. Representación gráfica de la relación entre alumnos participantes y lesiones reportadas en nuestras encuestas.

A pesar de que en estilo libre se observó el mayor índice de lesiones esto es relativo. Como podemos ver, la relación indica que los atletas sufren 0.11 lesiones, mientras que en el caso de las alumnas que practican el estilo femenino la relación es de 0.25, y a pesar de que el número de lesiones es menor, la relación tiene un ligero aumento de probabilidades de 0.14. por lo tanto, sufren más lesiones que los del estilo libre. En el estilo greco-romano, sólo se presentó un caso de 10 participantes, teniendo una relación de 0.1.

RELACIÓN DE LESIONES SEGÚN EL ESTILO DE LUCHA.



Gráfica No. 6 Gráfica porcentual de alumnos practicantes de Lucha Olímpica de la Universidad Nacional Autónoma de México, participantes en las encuestas de nuestra investigación.

II. DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.

CASO 1.

El caso 1 ocurrió en una practicante de 15 años de edad de sexo femenino, que tiene 4 meses de experiencia. Tenía antecedente de lesiones de ATM de chasquido al abrir boca. La lesión sufrida fue inflamación muscular. El mecanismo por el cuál se produjo la lesión fue por mala técnica al momento de realizar una entrada a piernas. Presentó signos de rictus de dolor sin haber limitación de movimiento. Presentó síntomas de dolor ligero.

CASO 2.

El caso 2 ocurrió en una practicante de 15 años de edad de sexo femenino, que tiene 5 meses de experiencia. Tenía antecedente de lesiones de ATM de dificultad a la apertura máxima de la boca. La lesión sufrida fue inflamación muscular. El mecanismo por el cuál se produjo la lesión fue por mala técnica al momento de que ambas competidoras atacaron piernas a la vez, una de ellas levantó la cara y se llevó el golpe en el rostro. Presentó signos de rictus de dolor y limitación de movimiento en apertura, cierre y lateralidad de la boca. Presentó síntomas de dolor agudo al realizar movimientos de apertura, cierre y lateralidad de la boca.

CASO 3.

El caso 3 ocurrió en una practicante de 16 años de edad de sexo femenino, que tiene 6 meses de experiencia. No presentaba antecedente de lesiones de ATM. La lesión sufrida fue inflamación muscular. El mecanismo por el cuál se produjo la lesión fue por mala técnica, contusión contra el colchón por doble agarre a cabeza. Tanto en juveniles como en estilo femenino, no está permitido jalar con las dos manos la cabeza del rival, esto es una falta al reglamento. Presentó signos de rictus de dolor, y limitación en movimientos de lateralidad. Presentó síntomas de dolor leve que no impidió continuar con la competencia.

CASO 4.

El caso 4 ocurrió en una practicante de 16 años de edad de sexo masculino, estilo libre, que tiene 6 meses de experiencia. Tenía antecedente de lesiones de ATM de chasquido al abrir boca. La lesión sufrida fue inflamación muscular. El mecanismo por el cuál se produjo la lesión fue por mala técnica, se produjo un cabezazo mientras se realizaba una acción llamada Nelson, en donde, desde la posición de 4 puntos, se intenta dominar la cabeza y palanca al brazo, para voltear al rival y poner su espalda en contacto con el colchón (toque de espalda). Presentó signos de rictus de dolor sin haber limitación de movimiento. Presentó síntomas de dolor leve.

CASO 5.

El caso 5 ocurrió en un practicante de 16 años de edad de sexo masculino, estilo libre, que tiene 9 meses de experiencia. Tenía antecedente de lesiones de ATM de chasquido al abrir boca, dificultad a la apertura máxima y desviación a la derecha. La lesión sufrida fue inflamación muscular. El mecanismo por el cuál se produjo la lesión fue por mala técnica, se produjo un cabezazo al momento de ataque simultáneo, ya que ambos contrincantes tenían la guardia muy abajo y uno tenía la cabeza agachada mientras que el otro la levantó y el golpe se lo llevó en la mandíbula. Presentó signos de rictus de dolor sin haber limitación de movimiento. Presentó síntomas de dolor ligero que no impide movimiento.

CASO 6.

El caso 6 ocurrió en un practicante de 17 años de edad de sexo masculino, estilo libre, que tiene 18 meses de experiencia. Tenía antecedente de lesiones de ATM de chasquido al abrir boca. La lesión sufrida fue sinovitis. El mecanismo por el cuál se produjo la lesión fue por mala técnica, contusión por doble agarre de cabeza. En torneos juveniles y femeniles, no está permitido este tipo de movimiento, además de que el rival no estaba a su mismo nivel competitivo (fuerza y experiencia). Presentó signos de rictus de dolor con limitación a los movimientos de apertura cierre y lateralidad. Presentó síntomas de dolor agudo a la apertura, cierre y lateralidad e inflamación en la zona pre-auricular.

CASO 7.

El caso 7 ocurrió en un practicante de 20 años de edad de sexo masculino, estilo libre, que tiene 12 meses de experiencia. No presentó antecedentes de lesiones de ATM. La lesión sufrida fue inflamación muscular. El mecanismo por el cuál se produjo la lesión fue por mala técnica, mala realización de un suplex. Un suplex, consiste en tomar al adversario por la cintura y realizar una proyección de 180° hacia atrás sobre su cabeza. El defensor, evitó la proyección colocando su mano en la mandíbula del atacante, azotando primero la cabeza del atacante y recibiendo el peso sobre la mandíbula de éste. Presentó signos de rictus de dolor y limitación de movimiento de apertura, cierre y lateralidad. Presentó síntomas de dolor agudo al realizar movimientos de apertura, cierre y lateralidad.

CASO 8.

El caso 8 ocurrió en un practicante de 21 años de edad de sexo masculino, estilo greco que tiene 16 meses de experiencia. No presentó antecedente de lesiones de ATM. La lesión sufrida fue inflamación muscular. El mecanismo por el cuál se produjo la lesión fue por mala técnica, mala realización de un suplex de

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

frente con brazos. El atacante tomó al adversario por la cintura junto con un brazo, al momento de realizar la proyección, no lo hizo a 180° y sólo se lo echó encima y giró un poco. El atacante no alcanzó a girar su cara y se llevó el golpe contra el colchón en la parte lateral de la mandíbula. Presentó signos de rictus de dolor con limitación de movimiento a la apertura y cierre. Presentó síntomas de dolor leve.

**TORNEO UNIVERSITARIO DE SEGUNDA FUERZA. PREPARATORIA 1
"GABINO BARREDA". 04 DE ABRIL DEL 2003.**

EDAD, SEXO Y ESTILO.

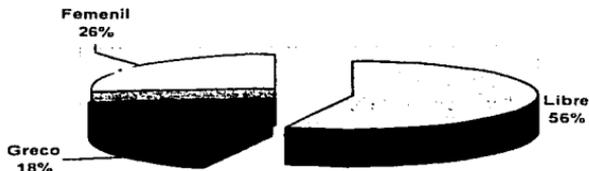
En la tabla 2, presentamos los 50 alumnos participantes en nuestra encuesta en el Torneo de Tercera Fuerza de un total de 51, tanto del sexo femenino como del sexo masculino, así como del estilo de Lucha en el que participaron. Cabe señalar que los varones pueden participar tanto en el estilo libre como en el estilo Greco-romano, mientras que las mujeres, sólo participan en el estilo femenino; de las diversas instituciones de la UNAM, según el rango de edad en la que se encuentran.

| Edad: | sexo femenino: | sexo masculino: | | Total No. Casos |
|-------|----------------|-----------------|-------|-----------------|
| | Femenil | Libre | Greco | |
| 15 | 5 | 1 | -- | 6 |
| 16 | 3 | 5 | -- | 8 |
| 17 | 4 | 9 | 1 | 14 |
| 18 | 1 | 5 | 3 | 9 |
| 19 | -- | 1 | 1 | 2 |
| 20 | -- | 2 | 1 | 3 |
| 21 | -- | 2 | 1 | 3 |
| 22 | -- | 1 | 1 | 2 |
| 23 | -- | 2 | 1 | 3 |
| Total | 13 | 28 | 9 | 50 |

Tabla 2. Alumnos participantes en el Torneo Universitario de Segunda Fuerza, según los diferentes rangos de edad, tanto del sexo femenino, como del sexo masculino.

Como podemos ver, el rango de mayor edad de los participantes es de 17 años (14 participantes), seguido por los de 18 años (9 participantes), los de 16 años (8 participantes) y los de 15 años (6 participantes). Con 3 participantes en cada rango de edad estuvieron los de 20, 21 y 23 años, mientras que los de 19 y 22 años tuvieron 2 participantes cada rango.

ALUMNOS PARTICIPANTES SEGÚN EL ESTILO DE LUCHA



Gráfica No. 7 Relación de alumnos participantes en las encuestas en el Torneo de Segunda Fuerza según el estilo de lucha que practican.

ANTECEDENTES LESIONES POR EDAD Y ESTILO.

Se elaboraron dos tipos de "Encuesta". En la primera se realizó un diagnóstico de la ATM pre-competencia, para conocer sus antecedentes traumáticos e indagar si existe algún factor predisponente de sufrir alguna lesión y que de alguna manera no confundiera las lesiones que tenían antes de la competencia con lesiones ocurridas durante la competencia.

Los resultados de nuestras encuestas arrojaron los siguientes datos:

| | |
|---------------------------------|----------|
| Chasquido | 12 casos |
| Dificultad de apertura máxima | 7 casos |
| Dolor | 6 casos |
| Contusión | 5 casos |
| Masticación unilateral der. | 4 casos |
| Desviación mandibular izq. | 3 casos |
| Desviación mandibular der | 3 casos |
| Masticación unilateral izq | 3 casos |
| Cansancio muscular | 3 casos |
| Dificultad al cierre mandibular | 2 casos |
| Bruxismo | 2 casos |
| Crepitación | 2 casos |
| Subluxación | 1 casos |

Chasquido. Los casos de chasquido se encontraron en los siguientes rangos de edad y se especifican según el estilo de lucha (libre y greco para varones y femenino para mujeres) y la experiencia de cada uno de los luchadores que presentaron este caso.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|
| 1 | 15 | femenil | 4 meses |
| 1 | 16 | femenil | 7 meses |
| 1 | 16 | libre | 6 meses |
| 1 | 16 | libre | 12 meses |
| 1 | 17 | libre | 20 meses |
| 1 | 17 | libre | 12 meses |
| 1 | 17 | libre | 18 meses |
| 1 | 17 | libre | 18 meses |
| 1 | 18 | femenil | 5 meses |
| 1 | 18 | libre | 6 meses |
| 1 | 21 | libre | 8 meses |
| 1 | 23 | libre | 20 meses |

Desviación mandibular. Los casos de desviación mandibular, tanto hacia la derecha como hacia la izquierda, se encontraron en los siguientes rangos de edad y se especifican según el estilo de lucha (libre y greco para varones y femenino para mujeres) y la experiencia de cada uno de los luchadores que presentaron este caso.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> | <u>Desviación hacia la:</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|-----------------------------|
| 1 | 17 | libre | 20 meses | izquierda |
| 1 | 18 | libre | 25 meses | izquierda |
| 1 | 23 | libre | 20 meses | izquierda |
| 1 | 16 | femenil | 7 meses | derecha |
| 1 | 17 | libre | 6 meses | derecha |
| 1 | 17 | libre | 18 meses | derecha |

Dificultad de apertura máxima. Los casos de dificultad de apertura máxima que se encontraron en los siguientes rangos de edad, se especifican según el estilo de lucha (libre y greco para varones y femenino para mujeres) y la experiencia de cada uno de los luchadores que presentaron este caso.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|
| 1 | 15 | femenil | 5 meses |
| 1 | 16 | femenil | 7 meses |
| 1 | 16 | libre | 12 meses |
| 1 | 16 | libre | 6 meses |
| 1 | 17 | femenil | 8 meses |
| 1 | 17 | libre | 12 meses |
| 1 | 23 | libre | 20 meses |

Dificultad al cierre mandibular. Los casos de dificultad al cierre mandibular, se encontraron en los siguientes rangos de edad y se especifican según el estilo de lucha (libre y greco para varones y femenino para mujeres) y la experiencia de cada uno de los luchadores que presentaron este caso.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|
| 1 | 16 | femenil | 7 meses |
| 1 | 17 | femenil | 8 meses |

Masticación unilateral. Los casos de masticación unilateral, tanto hacia la derecha como hacia la izquierda, se encontraron en los siguientes rangos de edad y se especifican según el estilo de lucha (libre y greco para varones y femenino para mujeres) y la experiencia de cada uno de los luchadores que presentaron este caso.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> | <u>Desviación hacia la:</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|-----------------------------|
| 1 | 16 | libre | 12 meses | izquierda |
| 1 | 18 | greco | 13 meses | izquierda |
| 1 | 18 | libre | 25 meses | izquierda |
| 1 | 17 | libre | 12 meses | derecha |
| 1 | 17 | libre | 18 meses | derecha |
| 1 | 18 | libre | 6 meses | derecha |
| 1 | 20 | libre | 25 meses | derecha |

Contusión. Los casos de contusión, se encontraron en los siguientes rangos de edad y se especifican según el estilo de lucha (libre y greco para varones y femenino para mujeres) y la experiencia de cada uno de los luchadores que presentaron este caso.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|
| 1 | 16 | libre | 12 meses |
| 1 | 17 | libre | 18 meses |
| 1 | 18 | libre | 25 meses |
| 1 | 19 | libre | 13 meses |
| 1 | 20 | greco | 25 meses |

Cansancio muscular. Los casos de cansancio muscular que se encontraron en los siguientes rangos de edad, se especifican según el estilo de lucha (libre y greco para varones y femenino para mujeres) y la experiencia de cada uno de los luchadores que presentaron este caso.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|
| 1 | 16 | libre | 12 meses |
| 1 | 17 | libre | 12 meses |
| 1 | 21 | libre | 8 meses |

Dolor. Los casos de dolor, se encontraron en los siguientes rangos de edad y se especifican según el estilo de lucha (libre y greco para varones y femenino para mujeres) y la experiencia de cada uno de los luchadores que presentaron este caso.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|
| 1 | 16 | libre | 12 meses |
| 1 | 17 | libre | 12 meses |
| 1 | 17 | libre | 18 meses |
| 1 | 19 | libre | 13 meses |
| 1 | 21 | libre | 8 meses |
| 1 | 23 | libre | 20 meses |

Bruxismo. Los casos de bruxismo, se encontraron en los siguientes rangos de edad y se especifican según el estilo de lucha (libre y greco para varones y femenino para mujeres) y la experiencia de cada uno de los luchadores que presentaron este caso.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|
| 1 | 21 | libre | 8 meses |
| 1 | 23 | libre | 20 meses |

Crepitación. Los casos de crepitación, se encontraron en los siguientes rangos de edad y se especifican según el estilo de lucha (libre y greco para varones y femenino para mujeres) y la experiencia de cada uno de los luchadores que presentaron este caso.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|
| 1 | 15 | femenil | 6 meses |
| 1 | 20 | greco | 25 meses |

Subluxación. El único caso de subluxación, se encontró en el siguiente rango de edad y en el estilo de lucha libre.

| <u>Casos.</u> | <u>Edad.</u> | <u>Estilo.</u> | <u>Experiencia.</u> |
|---------------|--------------|----------------|---------------------|
| 1 | 17 | libre | 8 meses |
| 1 | 23 | libre | 20 meses |

LESIONES EN EL TORNEO DE SEGUNDA FUERZA POR EDAD Y ESTILO.

La segunda encuesta, se aplicó a los luchadores que hubieran sufrido alguna lesión durante el transcurso de la competencia. En dicha encuesta, se incluyeron las variables edad, sexo, estilo de Lucha (libre, grecorromana o femenino), lugar de la competencia (condiciones de las instalaciones) y experiencia de los practicantes (tiempo de practicar la Lucha).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Las lesiones resultantes abarcaron los siguientes puntos: región anatómica de la lesión, mecanismo de lesión, signos clínicos (si hay presencia de hematomas, si existe o no, limitación del movimiento, rictus de dolor) y sintomatología clínica (tipo de dolor, dolor al movimiento de apertura y cierre y/o movimientos de lateralidad).

El total de la población participante en el torneo de Segunda Fuerza fue de 51 alumnos y solamente se reportaron 5 casos de lesiones durante el transcurso de la competencia, siendo solo casos de inflamación muscular (ver gráfica 8).

REPORTE DE LESIONES DE LA POBLACIÓN PARTICIPANTE.



Gráfica 8. Representación gráfica del reporte de lesiones en nuestras encuestas.

Los resultados de nuestras encuestas arrojaron los siguientes datos:

| CASO | EDAD. | SEXO. | ESTILO. | INSTALACIONES. | LESIÓN. |
|------|-------|-----------|---------|----------------|------------------------|
| 1 | 16 | femenino | femenil | Prepa 1 | inflamación muscular 1 |
| 2 | 16 | masculino | libre | Prepa 1 | inflamación muscular 2 |
| 3 | 17 | masculino | libre | Prepa 1 | inflamación muscular 3 |
| 4 | 17 | masculino | libre | Prepa 1 | inflamación muscular 4 |
| 5 | 18 | masculino | libre | Prepa 1 | inflamación muscular 5 |

| LESIÓN. | REGIÓN. | MECANISMO DE LESIÓN. | SIGNOS. | SINTOMATOLOGÍA. |
|---------------|---------|----------------------|--|---|
| Inflamación 1 | ATM | Mala técnica 1 | Rictus de dolor sin de limitación movimiento | Dolor leve no impide continuar la actividad |
| Inflamación 2 | ATM | Mala técnica 2 | Rictus de dolor de limitación movimiento en apertura, cierre y lateralidad | Dolor moderado con limitación de movimiento |
| Inflamación 3 | ATM | Mala técnica 3 | Rictus de dolor de limitación movimiento | Dolor leve, limitación al movimiento de lateralidad |
| Inflamación 4 | ATM | Mala técnica 4 | Rictus de dolor limitación a la apertura | Dolor moderado en apertura, cierre y lateralidad |
| Inflamación 5 | ATM | Mala técnica 5 | Rictus de dolor de limitación movimiento de apertura y cierre | Dolor moderado, localizado unilateralmente hacia la izquierda |

INSTALACION.

Se realizó el torneo en el gimnasio de lucha de la Preparatoria No. 1 "Gabino Barreda". Las condiciones fueron las siguientes:

- Instalación techada.
- Colchón con el área reglamentaria de la zona de protección. Las medidas reglamentarias del área de combate son de 9m de diámetro. La zona de protección debe tener de 1.20m a 1.50m y este colchón presentó esas medidas aproximadamente.
- Colchón en buen estado, tanto en grosor, como cubierta con lona.
- Clima cálido.
- El torneo tuvo una duración de 5 horas (10:00 a.m. a 3:00 p.m.), el servicio médico cubrió las 3 horas intermedias registrándose en este lapso, la mayor parte de las lesiones ocurridas.

MECANISMO DE LESIÓN.

Mala técnica 1. Al realizar el dominio de la cabeza (toma de réferi), ambas jalan fuertemente y existe el contacto de la cabeza de una de ellas, con la rama ascendente de la otra.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Mala técnica 2. Se produce al realizar una acción llamada Nelson. Desde la posición de cuatro puntos, el atacante coloca el brazo por debajo de la axila y va hacia su nuca. Con la otra mano intenta bajarle la cabeza; entonces el atacado defiende la llave levantando la cabeza provocando que resbale la mano del atacante y que su cabeza golpeará la mandíbula de éste.

Mala técnica 3. Mala técnica al entrar a piernas. El atacante intentó tomar las piernas del contrario y lo realizó mal ya que su mandíbula chocó contra la rodilla de su oponente.

Mala técnica 4. Mala técnica al defender la llave "charamusca". Desde la posición de pié, se sujeta al adversario de la cabeza y el brazo (de frente a él y colocando la cabeza del rival en la región abdominal del que realiza la acción) y se realiza una proyección hacia atrás del que ataca; el que defiende realiza una maroma. Justo en ese momento el que defiende intentó no irse en la proyección teniendo que resistir mucha presión en la región de la mandíbula.

Mala técnica 5. Se produjo un cabezazo al momento de ataque simultáneo, ya que ambos contrincantes tenían la guardia muy abajo y uno tenía la cabeza agachada mientras que el otro la levantó y el golpe se lo llevó en la mandíbula. Básicamente hubo una acción prohibida por permitir un exceso de fuerza y agresividad.

ANTECEDENTES DE LESIONES DE CADA CASO.

El siguiente cuadro, nos muestra, el tipo de lesión presentada durante la competencia, así como los antecedentes de alteraciones en la ATM de cada caso, buscando la relación que existe, junto con las variables edad, experiencia (tiempo de practicar la lucha) y estilo.

| CASO | LESIÓN | ANTECEDENTES. | EXPERIENCIA. | EDAD | ESTILO. |
|------|-----------------------|--|--------------|------|----------|
| 1 | Inflamación muscular | Chasquido al abrir, dificultad a la apertura y cierre y desviación a la derecha | 5 meses. | 16. | Femenil. |
| 2 | Inflamación muscular | Dificultad a la apertura máxima | 6 meses. | 16. | Libre. |
| 3 | Inflamación muscular | Desviación a la derecha. | 6 meses. | 17. | Libre. |
| 4 | Inflamación muscular | Subluxación, masticación unilateral izquierda, dolor, chasquido al bostezo, dificultad a la apertura máxima y cansancio muscular | 12 meses. | 17. | Libre. |
| 5 | Inflamación muscular. | Ninguna | 14 meses. | 18. | Libre. |

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Como podemos ver, se presentaron dos casos de lesiones en donde los practicantes tenían 6 meses de experiencia, en los demás casos se presentaron meses de experiencia diferente, 5, 12 y 14 meses. Presentándose una media de 8,6 meses de experiencia.

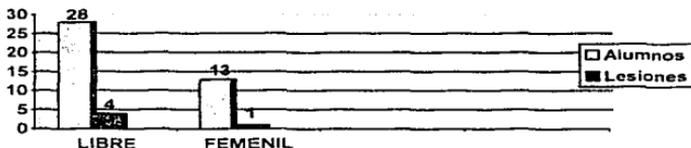
LESIONES Y ESTILO

Del total de la población participante, en el estilo libre se reportaron 4 alumnos con casos de inflamación muscular y en el estilo femenino se reportó un caso de inflamación muscular. Gráficas No. 5 y No. 6.

La relación entre los alumnos participantes en el torneo que sufrieron una lesión, se reportó de acuerdo al estilo que practican, quedando de la siguiente manera:

Estilo libre: 28 alumnos - 4 lesiones. Relación 0,14
Estilo femenino: 13 alumnos - 1 lesión. Relación 0,07

RELACIÓN DE ALUMNOS PARTICIPANTES CON LESIONES EN CADA ESTILO DE LUCHA



Gráfica 9. Representación gráfica de la relación entre alumnos participantes y lesiones reportadas en nuestras encuestas.

Aquí se observó que en el estilo libre es mayor tanto el índice de participantes como el número de lesiones resultantes; la relación indica que los atletas sufren 0,14 lesiones, mientras que en el caso de las alumnas que practican el estilo femenino la relación es de 0,07.

RELACIÓN DE LESIONES SEGÚN EL ESTILO DE LUCHA.



Gráfica No. 10 Gráfica porcentual de alumnos practicantes de Lucha Olímpica de la Universidad Nacional Autónoma de México, participantes en las encuestas de nuestra investigación.

II DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS.

CASO 1.

El caso 1 ocurrió en una practicante de 16 años de edad de sexo femenino, que tiene 5 meses de experiencia. Tenía antecedente de lesiones de ATM de chasquido al abrir boca, dificultad a la apertura y cierre, y desviación a la derecha. La lesión sufrida fue inflamación muscular. El mecanismo por el cual se produjo la lesión fue por mala técnica, al realizar el dominio de la cabeza (toma de réferi), ambas jalán fuertemente y existe el contacto de la cabeza de una de ellas, con la rama ascendente de la otra. Presentó signos de rictus de dolor sin haber limitación de movimiento. Presentó síntomas de dolor leve que no impide continuar con la actividad.

CASO 2.

El caso 2 ocurrió en un practicante de 16 años de edad de sexo masculino, estilo libre, que tiene 6 meses de experiencia. Tenía antecedente de lesiones de ATM de dificultad a la apertura máxima de la boca. La lesión sufrida fue inflamación muscular. El mecanismo por el cual se produjo la lesión fue por mala técnica; se produce al realizar una acción llamada Nelson. Desde la posición de cuatro puntos, el atacante coloca el brazo por debajo de la axila y va hacia su nuca. Con la otra mano intenta bajarle la cabeza; entonces el atacado defiende la llave levantando la cabeza provocando que resbale la mano del atacante y que su cabeza golpeará la mandíbula de éste. Presentó signos de rictus de dolor y limitación de movimiento en apertura, cierre y lateralidad de la boca. Presentó

síntomas de dolor agudo y limitación en movimientos de apertura, cierre y lateralidad de la boca.

CASO 3.

El caso 3 ocurrió en un practicante de 17 años de edad de sexo masculino, estilo libre, que tiene 6 meses de experiencia. Presentaba antecedente de lesiones de ATM de desviación a la derecha. La lesión sufrida fue inflamación muscular. El mecanismo por el cual se produjo la lesión fue por mala técnica al entrar a piernas. El atacante intentó tomar las piernas del contrario y lo realizó mal ya que su mandíbula chocó contra la rodilla de su oponente. Presentó signos de rictus de dolor con limitación de movimiento. Presentó síntomas de dolor leve con limitación de movimientos de lateralidad.

CASO 4.

El caso 4 ocurrió en un practicante de 17 años de edad de sexo masculino, estilo libre, que tiene 12 meses de experiencia. Tenía antecedente de lesiones de ATM de subluxación, masticación unilateral izquierda, dificultad a la apertura máxima, cansancio muscular y dolor y chasquido al bostezar. La lesión sufrida fue inflamación muscular. El mecanismo por el cual se produjo la lesión fue por mala técnica, al defender la llave "charamusca". Desde la posición de pie, se sujeta al adversario de la cabeza y el brazo (de frente a él y colocando la cabeza del rival en la región abdominal del que realiza la acción) y se realiza una proyección hacia atrás del que ataca; el que defiende realiza una maroma. Justo en ese momento el que defiende intentó no irse en la proyección teniendo que resistir mucha presión en la región de la mandíbula. Presentó signos de rictus de dolor y limitación a la apertura. Presentó síntomas de dolor moderado en movimientos de apertura, cierre y lateralidad.

CASO 5.

El caso 5 ocurrió en un practicante de 18 años de edad de sexo masculino, estilo libre, que tiene 14 meses de experiencia. Sin antecedente de lesiones de ATM. La lesión sufrida fue inflamación muscular. El mecanismo por el cual se produjo la lesión fue por mala técnica, se produjo un cabezazo al momento de ataque simultáneo, ya que ambos contrincantes tenían la guardia muy abajo y uno tenía la cabeza agachada mientras que el otro la levantó y el golpe se lo llevó en la mandíbula. Básicamente hubo una acción prohibida por permitir un exceso de fuerza y agresividad. Presentó signos de rictus de dolor con limitación de movimiento a la apertura y cierre. Presentó síntomas de dolor moderado localizado unilateralmente hacia la izquierda.

ANÁLISIS DE RESULTADOS.

Torneo Universitario de Tercera Fuerza.

Se lograron entrevistar a 50 de 57 alumnos de las diversas escuelas pertenecientes a la U.N.A.M que participaron en el Torneo Universitario de Tercera Fuerza.

Del total de nuestra población participante, 8 personas reportaron sufrir lesiones (14.03%) y mientras que 49 no presentaron lesión alguna (85.96%).

Del total de la población participante, solamente 1 alumno del sexo masculino que practica el estilo grecorromana presentó una lesión (inflamación muscular); en el estilo libre se reportaron 4 alumnos con 3 casos de inflamación muscular y un caso de sinovitis; finalmente el estilo femenino reportó 3 alumnas con lesiones de inflamación muscular.

La relación entre los alumnos participantes en el torneo que sufrieron una lesión, se reportó de acuerdo al estilo que practican, quedando de la siguiente manera:

| | |
|-----------------------------|---|
| <u>Estilo libre:</u> | <u>34 alumnos - 4 lesiones. Relación 0.11</u> |
| <u>Estilo Grecorromana:</u> | <u>10 alumnos - 1 lesiones. Relación 0.1</u> |
| <u>Estilo femenino:</u> | <u>12 alumnos - 3 lesiones. Relación 0.25</u> |

El sexo más predominante fue el masculino con 45 participantes, presentando 5 casos de lesiones (62.5%), mientras que el femenino presentó 12 participantes con 3 casos de lesiones (37.5%).

A pesar de que se observan mas casos en el sexo masculino, esto es relativa, ya que la relación de lesiones es de 0.11, mientras que para el sexo femenino la relación de lesiones es de 0.25.

El rango de mayor edad de los participantes es de 16 años (13 participantes), seguido por los de 17 años (12 participantes) y los de 18 años (9 participantes). Con 4 participantes en cada rango de edad estuvieron los de 15, 20 y 23 años, mientras que los de 21 y 22 años tuvieron 2 participantes cada rango.

Como podemos ver, el rango de edad mas alto, tanto de participación (13 participantes), como el de lesiones (3 casos), fue el de 16 años. A pesar de ser muchos los participantes la relación de lesiones es de 0.23, es decir, casi una cuarta parte de lesión por luchador. Mientras que el menor índice de lesiones (a pesar de haber amplia participación con 12) fue el de 17 años con una relación de 0.08, es decir, ni una décima parte de lesión por competidor.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

En cuanto a la **experiencia** de los competidores que presentaron lesiones, se registraron dos casos en donde los practicantes tenían 6 meses de experiencia, en los demás casos se presentaron meses de experiencia diferente: 4, 5, 9, 12, 16 y 18 meses. Presentándose una media de 12 meses de experiencia.

No se pudo obtener una **clasificación de lesiones** ya que solo se registraron siete casos de inflamación muscular y solamente un caso de sinovitis:

Lesiones frecuentes de ATM en el Torneo Universitario de Tercera Fuerza:

| | |
|--------------------------|---|
| 1. Inflamación muscular: | 7 |
| 2. Sinovitis: | 1 |

Torneo Universitario de Segunda Fuerza.

Se lograron entrevistar a 50 de 51 alumnos de las diversas escuelas pertenecientes a la U.N.A.M que participaron en el Torneo Universitario de Segunda Fuerza.

Del total de nuestra **población participante**, 5 personas reportaron sufrir lesiones (9.80%) y mientras que 46 no presentaron lesión alguna (90.19%).

Del total de la población participante, solamente 1 alumna del **estilo femenino** reportó 1 lesión de inflamación muscular. En el **estilo libre** se reportaron 4 alumnos con 4 casos de inflamación muscular y en el **estilo grecorromana** no se presentó lesión alguna.

La relación entre los alumnos participantes en el torneo que sufrieron una lesión, se reportó de acuerdo al estilo que practican, quedando de la siguiente manera:

| | | |
|-----------------------------|---------------------------------|----------------------|
| <u>Estilo libre:</u> | <u>28 alumnos - 4 lesiones.</u> | <u>Relación 0.14</u> |
| <u>Estilo Grecorromana:</u> | <u>9 alumnos - 0 lesiones.</u> | <u>Relación 0.0</u> |
| <u>Estilo femenino:</u> | <u>13 alumnos - 1 lesión.</u> | <u>Relación 0.07</u> |

El **sexo** más predominante fue el masculino con 37 participantes, presentando 4 casos de lesiones (80%), mientras que el femenino presentó 13 participantes con 1 caso de lesiones (20%).

Por lo tanto la relación de lesiones para el sexo masculino es de 0.10, mientras que para el sexo femenino la relación de lesiones es de 0.07.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

El rango de mayor **edad** de los participantes es de 17 años (14 participantes), seguido por los de 18 años (9 participantes), los de 16 años (8 participantes) y los de 15 años (6 participantes). Con 3 participantes en cada rango de edad estuvieron los de 20, 21 y 23 años, mientras que los de 19 y 22 años tuvieron 2 participantes cada rango.

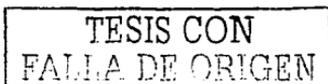
Como podemos ver, el rango de **edad** mas alto de participación (14 participantes), fue el de 17 años, mientras que el rango de mayor numero de lesiones (2 casos), fue el de 16 años y 17 años, siendo mayor la relación en los 16 años (0.25), que en el de los 17 (0.14).

En cuanto a la **experiencia** de los competidores que presentaron lesiones, se registraron dos casos en donde los practicantes tenían 6 meses de experiencia, en los demás casos se presentaron meses de experiencia diferente: 5, 12 y 14 meses. Presentándose una media de 8.6 meses de experiencia.

No se pudo obtener una **clasificación de lesiones** ya que solo se registraron cinco casos de inflamación muscular.

Lesiones frecuentes de ATM en el Torneo Universitario de Segunda Fuerza:

Inflamación muscular: 5



CONCLUSIONES.

1. Se cumplió el requisito de que los luchadores participantes reportaran al menos una de las lesiones incluidas dentro de nuestra encuesta.
2. El rango de edad que más participantes registró en el Torneo Universitario de Tercera fuerza fue de 16 años. Siendo en éste, en el que el mayor número de lesiones se presentó.
3. El rango de edad que más participantes registró en el Torneo Universitario de Segunda fuerza fue de 17 años. Siendo este el rango, junto con el de 16 años, en los que mayor incidencia de lesiones se registraron.
4. En el Torneo Universitario de Tercera fuerza el sexo que más practica lucha es el masculino. Sin embargo, el sexo femenino es el que más lesiones presenta en proporción.
5. En el Torneo Universitario de Segunda fuerza el sexo que más practica lucha es el masculino. Siendo también este el de mayor susceptibilidad de lesiones.
6. En el Torneo Universitario de Tercera fuerza el estilo que mayor número de lesiones registró fue el libre, mientras que el que menor número de lesiones presentó fue el estilo greco.
7. En el Torneo Universitario de Segunda fuerza el estilo que mayor número de lesiones registró fue el libre, mientras que el que menor número de lesiones presentó fue el estilo femenino.
8. La experiencia de los competidores que registraron lesiones en el Torneo de Tercera Fuerza en promedio fue de 12 meses.
9. La experiencia de los competidores que registraron lesiones en el Torneo de Segunda Fuerza en promedio fue de 8.6 meses.
10. Con respecto a las Instalaciones no fueron un factor determinante en la aparición de lesiones ya que estas se encontraron en buen estado tanto de medidas reglamentarias como de superficies acondicionadas.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

PROPUESTAS Y/ O RECOMENDACIONES.

1. Es necesario ampliar investigaciones sobre las lesiones que ocurren en la práctica deportiva, no solamente en el deporte de la Lucha Olímpica, sino también en otros deportes, con el fin de disminuir el índice de frecuencia y la severidad de estas.
2. Es indispensable el conocimiento del reglamento por parte del entrenador y enseñar a sus alumnos que la correcta aplicación de éste, los mejorará significativamente, como atletas de la práctica de la lucha, y como personas, al realizar un combate limpio, sin necesidad de lastimar para ganar.
3. Hay que tomar en cuenta que el correcto entrenamiento de la Lucha, desde los aspectos físicos, psicológicos y técnicos, nos ayudarán a tener mejores atletas, en cuanto a logros personales, así como a estar preparados para evitar la aparición de lesiones y sus secuelas.
4. La práctica de Lucha requiere de instalaciones seguras (colchones en buen estado, libres de objetos que estorben o puedan dañar a los luchadores, baños limpios), entrenadores bien preparados, actualizados y conscientes de que en sus manos están personas que confían en él y que es su responsabilidad dar lo mejor de sí. El alumno es el reflejo del maestro.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

1. Heiss F. Lesiones típicas del deporte. Buenos Aires: Kapeluz; 1979.
2. Navés Janer J. Traumatología del deporte. 2ª ed. Barcelona: Salvat editores; 1986.
3. Kulun D. Lesiones del deportista. 2ª ed. Barcelona: Salvat editores; 1990.
4. De Bont et al. Computed tomography in differential diagnosis of temporomandibular joint disorders. Oral and maxillofacial surgery. 1993; 22: 200-209.
5. Liaño H. Cerebro de hombre, cerebro de mujer. Barcelona: liberduplex; 1998.
6. Comisión nacional del deporte. Manual para el entrenador. Sicced nivel 3. 3ª ed. México D.F: Grafik; 1997.
7. Auget R. Crueldad y civilizacion: los juegos romanos. Biblioteca de historia. Barcelona: Orbis; 1985.
8. García Méndez Quintero R. Fundamentos del entrenamiento de la lucha estilo libre. Universidad Nacional Autónoma de México. Dirección General de Actividades Deportivas y Recreativas; 1986.
9. Confederación Deportiva Mexicana. Reglamento oficial de lucha. México, D.F.: Lito Offset Len; 1993.
10. Dolwick F. Tmj Internal Derangement & Arthrosis. St. Louis Missouri: Mosby; 1985.
11. Kaplan A. Temporomandibular Disorders: Diagnosis and Treatment. Philadelphia: Saunders company; 1992.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

12. Rouviere H. Anatomía Humana. Descriptiva, topográfica y funcional. 9ª ed. Barcelona: Masson; 1987.
13. Tortora G. Principios de anatomía y fisiología. 3ª ed. México, D.F: Harla; 1984.
14. Andrew S. Temporomandibular Disorders. Diagnosis and treatment. USA: Saunders company; 1991.
15. Laskin D. "Etiology and pathogenesis of internal derangements of the temporomandibular joint". Oral and maxillofacial surgery clinics of northamerica (USA) 1994; 6(4): 217-222.
16. Tamayo y Tamayo M. El proceso de la investigación científica. 4ª ed. México D.F: Limusa Noriega; 2002.
17. Canales F. Metodología de la investigación. Manual para el personal de salud. México D.F.: Limusa; 1986.
18. Busher C. Tratado de educación física y deportes. 7ª ed. México D.F.: Continental; 1982.
19. Lorenz K. Sobre la agresión: el pretendido mal. 15ª ed. México: Siglo veintiuno; 1986.
20. Okeson J. Management of temporomandibular disorders and occlusion. 3ª ed. Boston: Mosby year book; 1993.
21. Valzelli L. Psicobiología de la agresión y la violencia. Madrid: Alhambra; 1983.
22. Biblioteca Temática Uteha (unión tipográfica editorial hispano americana). El mundo del deporte. tomo 1. San Sebastián: 1980.
23. Cynamid de México s.a. Primeros auxilios. Manual de medidas de urgencia. México, D.F. 1990.

ESTA TESIS CONSISTE
DE FALSA DE ORIGEN

24. Zugaro ediciones. Revista de arqueología. Fuen labrada. (Madrid) 1999; XX (216): 6-12.
25. La recherche. Revista mundo científico. (Barc) 2000; (214): 10-21.
26. Conozca Más. (México). 1999; 10 (1): 5.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXOS

ANEXO 1. "DIAGNÓSTICO PRE-COMPETENCIA"

ANEXO 2. "ENCUESTA"

ANEXO 3. "GUÍA PARA CONTESTAR LA ENCUESTA"

GUÍA PARA RESOLVER LA FICHA DE ENCUESTA.

**TESIS CON
FALLA DE ORIGEN**

ANEXO 1.

DIAGNÓSTICO DE ATM (PRE-COMPETENCIA).

1. FICHA DE IDENTIFICACIÓN.

NOMBRE: _____

SEXO: _____ EDAD: _____ FECHA: _____

2. ESTADO DE SALUD GENERAL.

Estado emocional. (Comportamiento, actitud y cooperación) _____

Antecedentes traumáticos en ATM: _____

3. DOLOR EN LA ZONA DE LA ATM (ESTÁTICAMENTE).

Derecha: _____ Izquierda: _____

- | | |
|--------------|------------------|
| 1) Ligero. | I. Agudo. |
| 2) Moderado. | II. Crónico. |
| 3) Severo. | III. Recurrente. |

- A. Localizado.
B. Difuso.

4. ANTECEDENTES GNATOLÓGICOS EN FUNCIÓN.

A. HÁBITOS DE MASTICACIÓN.

Unilateral derecha: _____ Unilateral izquierda: _____ Bilateral: _____

B. DOLOR EN LA ZONA DE LA ATM (EN FUNCIÓN).

Derecha: _____ Izquierda: _____

- | | |
|--------------|------------------|
| 4) Ligero. | I. Agudo. |
| 5) Moderado. | II. Crónico. |
| 6) Severo. | III. Recurrente. |

- A. Localizado.
B. Difuso.
- a) Masticar.
b) Bostezar.
c) Hablar.
d) Abrir.
e) Cerrar.

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

C) Chasquido.

Derecha: _____

Izquierda: _____

c) Crepitación.

Derecha: _____

Izquierda: _____

- a) Masticar.
- b) Bostezar.
- c) Hablar.
- d) Abrir.
- e) Cerrar.

Intensidad:

- A. Audible con estetoscopio.
- B. Audible por el paciente.
- C. Audible por las demás personas.

D) DIFICULTAD A LA APERTURA MANDIBULAR.

Media:

y/o

Máxima.

Sí _____

Sí _____

NO _____

NO _____

E) DIFICULTAD AL CIERRE MANDIBULAR.

A mitad del movimiento:

y/o

Al final del movimiento:

Sí _____

Sí _____

NO _____

NO _____

F) TRAYECTORIA MANDIBULAR.

NORMAL: _____ DESVIACIÓN A LA DERECHA: _____ DESVIACIÓN A LA IZQUIERDA: _____

G) CANSANCIO MUSCULAR

Sí _____

NO _____

FIRMA DEL ENCUESTADO:

ANEXO 2.
ENCUESTA.

NOMBRE: _____ EDAD: _____ SEXO: _____
ESCUELA: _____ AÑO DE INGRESO A LA LUCHA: _____
ESTILO: _____ FUERZA: _____
No. DE COMPETENCIAS: _____
LUGAR DE LA COMPETENCIA (condiciones de las instalaciones): _____

Para la aplicación de nuestras encuestas se contemplarán las siguientes lesiones (esta clasificación de lesiones, será tomada en cuenta debido a que las lesiones que se encontrarán, serán de tipo agudo):

4. CLASIFICACIÓN DE LOS DESÓRDENES DE LA A.T.M. NO INFLAMATORIOS:

5. Alteraciones mecánicas de la A.T.M.:
- Desplazamiento del disco articular (agudo, anterior, medial o posterior).
 - 6. Movilidad condilar anormal (subluxación o luxación).
 - 7. Trauma (fractura de la cabeza o cuello condilar).
 - 8. Anquilosis (fibrosa u ósea)

9. DESÓRDENES ARTICULARES INFLAMATORIOS:

10. Secundarios:
- 11. Sinovitis.
 - 12. Aguda (resultado de contusión).
 - 13. Secundaria de irritación (química o mecánica).
 - 14. Capsulitis:
 - 15. Secundaria a torcedura de ligamentos.

16. DESÓRDENES NO ARTICULARES, NO INFLAMATORIOS.

17. Desórdenes musculares:
- 18. Fibrosis muscular.
 - 19. Inflamación muscular.
 - 20. Miastenia gravis.

DESCRIPCIÓN DE LAS LESIONES.

Nombre de la lesión: _____
Región anatómica: _____
Severidad de la lesión: _____
Mecanismo de la lesión: _____
Signos clínicos: _____
Síntomatología: _____
Tratamiento inmediato: _____
Secuelas: _____
Observaciones: _____

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Nombre de la lesión: _____
Región anatómica: _____
Severidad de la lesión: _____
Mecanismo de la lesión: _____
Signos clínicos: _____
Sintomatología: _____
Tratamiento inmediato: _____
Secuelas: _____
Observaciones: _____

Nombre de la lesión: _____
Región anatómica: _____
Severidad de la lesión: _____
Mecanismo de la lesión: _____
Signos clínicos: _____
Sintomatología: _____
Tratamiento inmediato: _____
Secuelas: _____
Observaciones: _____

Nombre de la lesión: _____
Región anatómica: _____
Severidad de la lesión: _____
Mecanismo de la lesión: _____
Signos clínicos: _____
Sintomatología: _____
Tratamiento inmediato: _____
Secuelas: _____
Observaciones: _____

Nombre de la lesión: _____
Región anatómica: _____
Severidad de la lesión: _____
Mecanismo de la lesión: _____
Signos clínicos: _____
Sintomatología: _____
Tratamiento inmediato: _____
Secuelas: _____
Observaciones: _____

FECHA: _____

FIRMA DEL ENCUESTADO:

Guía diseñada por los alumnos Gustavo González Campos y Jorge Joaquín González Campos para los fines de la aplicación de la encuesta (Diciembre del 2002)

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

ANEXO 3.
GUIA PARA LLENAR LAS ENCUESTAS.

INSTRUCCIONES:

Llenar las hojas de encuesta de la siguiente manera:

Nombre, edad y sexo: Los del deportista entrevistado.

Escuela: Lugar en donde entrena.

Año de ingreso a la lucha: El año en que inició la práctica de Lucha.

Estilo: Libre, Grecorromana o femenino.

Fuerza: Tercera, Segunda o Primera Fuerza.

No. de Competencias: El número en las cuales haya participado.

Lugar de la competencia: (condiciones de las instalaciones).

CUADRO DE LESIONES.

Para llenar el cuadro de lesiones observe los siguientes lineamientos:

Nombre de la lesión: Será el nombre de las que seleccionamos previamente (en caso de no estar seleccionada, se anotará y se realizarán las investigaciones pertinentes).

Región anatómica: Anotar que elementos de la A. T. M. resultaron lesionados.

Severidad de la lesión: Mencionar cual fue el *grado de severidad de la lesión*:

- Y Leve (no impide continuar con la competencia).
- Y Moderada (impide en ese momento continuar con la competencia).
- Y Grave (requiere tratamiento médico hospitalario)
- Y Severa (requiere tratamiento médico y algunos días para la rehabilitación).
- Y Recidivante o repetitiva (la lesión se presenta continuamente en la misma región corporal).

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

Mecanismo de la lesión: Mencionar cual fue la *causa (etiología)*, o como fue el mecanismo que provocó la lesión. Por ejemplo:

- Mala técnica (no atacar o defender bien, no saber caer, etc.).
- Condiciones de inseguridad (¿cuáles?).
- Deficiente calentamiento (poco tiempo para preparar al organismo, para realizar una tarea motora con el mayor y mejor rendimiento posible).
- Sobrecalentamiento (no permitir que el organismo tenga el descanso adecuado; que haya exceso de trabajo).
- Otras.

Signos clínicos:

- Si hay presencia de hematomas,
- Si existe o no limitación del movimiento,
- Rictus de dolor
- Otros.

Sintomatología clínica:

- Tipo de dolor,
- Dolor al movimiento de apertura y cierre y/o movimientos de lateralidad)
- Otros.

Tratamiento inmediato:

- El tratamiento proporcionado por los médicos de la competencia (reposo, masaje, hielo, calor, vendaje, entablillado, farmacoterapia (¿cuáles?), algún otro, ninguno).

Secuelas:

- Indagar si existió algún tipo de secuela (sensibilidad al frío y/o calor, lesiones recidivantes [repetitivas], deformidad de la región, incapacidad temporal de volver a luchar, incapacidad permanente de volver a luchar o de realizar actividades cotidianas, alguna otra, ninguna, etc.).

Observaciones:

- De ser necesario aclarar algún dato no previsto anotar en el rubro de observaciones.