



TRABAJO FIN DE GRADO

“PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL EN LA MUJER MALTRATADA”

UNIVERSIDAD DE SEVILLA

FACULTAD DE ODONTOLÓGIA

ÁNGELA M^a LUQUE ORTEGA

TUTORA: Dra. María del Carmen Machuca Portillo

CO-TUTORA: Lucy J. Chandler Gutiérrez

SEVILLA 2021



Departamento de Estomatología

Facultad de Estomatología

Dña. MARÍA DEL CARMEN MACHUCA PORTILLO, Profesora Titular adscrita al Departamento de Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla, como Directora del Trabajo Fin de Grado, y **Dña. LUCY J. CHANDLER GUTIÉRREZ**, Profesora del Departamento de Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla, como Co-Tutora del Trabajo Fin de Grado

CERTIFICAN:

Que el presente trabajo titulado “**PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL EN LA MUJER MALTRATADA**” ha sido realizado por la estudiante del Grado en Odontología **D^a. ÁNGELA M^a LUQUE ORTEGA** bajo nuestra dirección y cumple a nuestro juicio, todos los requisitos necesarios para ser presentado y defendido como Trabajo Fin de Grado (TFG) de la titulación de Grado en Odontología adscrito a la Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla.

Y para que así conste y a los efectos oportunos, firmamos el presente certificado en Sevilla a día 30 de mayo de 2021.

Firmado digitalmente por **MARÍA DEL CARMEN MACHUCA PORTILLO**,
28701732D. Fecha 31-05-2021

Profa. M^a del Carmen Machuca Portillo
Tutora

Firmado por **CHANDLER GUTIERREZ LUCY JOANNA** -
28765642W el día 31/05/2021
con un certificado emitido

Profa. Lucy J. Chandler Gutiérrez
Co-Tutora



Facultad de Odontología



D/Dña. **ÁNGELA Mª LUQUE ORTEGA** con DNI 31018514R alumno/a del Grado en Odontología de la Facultad de Odontología (Universidad de Sevilla), autor/a del Trabajo Fin de Grado titulado:

PATOLOGÍA ORAL Y MAXILOFACIAL EN LA MUJER MALTRATADA

DECLARO:

Que el contenido de mi trabajo, presentado para su evaluación en el Curso 2020/2021, es original, de elaboración propia, y en su caso, la inclusión de fragmentos de obras ajenas de naturaleza escrita, sonora o audiovisual, así como de carácter plástico o fotográfico figurativo, de obras ya divulgadas, se han realizado a título de cita o para su análisis, comentario o juicio crítico, incorporando e indicando la fuente y el nombre del autor de la obra utilizada (Art. 32 de la Ley 2/2019 por la que se modifica el texto refundido de la Ley de Propiedad Intelectual, BOE núm. 53 de 2 de Marzo de 2019)

APERCIBIMIENTO:

Quedo advertido/a de que la inexactitud o falsedad de los datos aportados determinará la calificación de **NO APTO** y que **asumo las consecuencias legales** que pudieran derivarse de dicha actuación.

Sevilla a día 30 de mayo de 2021

Fdo: **ÁNGELA Mª LUQUE ORTEGA**

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora Dña. María del Carmen Machuca Portillo y a mi cotutora Lucy J. Chandler Gutiérrez por su profesionalidad, ayuda y por animarme a elegir el tema de este trabajo que me ha llenado tanto.

A mis padres por darme la educación y valores de los que estoy tan orgullosa y por haber puesto todo lo que estaba a su alcance y más para que llegase hasta donde estoy hoy. Gracias por estar siempre ahí y brindarme la oportunidad de llegar a ser quien quiero ser.

A mi hermana, por ser siempre un pilar fundamental y ejemplo a seguir en mi vida. Gracias por escucharme, alentarme a perseguir mis sueños y por tu amor incondicional.

A Maxi, por haber confiado en mí más de lo que yo habría sido capaz. Me has acompañado en este camino a pesar de las caídas, dándome fuerzas siempre que lo he necesitado. Gracias por ser mi gran apoyo y una parte necesaria en mi vida.

A mis compañeras de carrera que no son compañeras sino amigas. En especial a Andreina, porque sin ella mi etapa universitaria no habría sido igual.

A Remedios, mi fiel compañera de estudio, quién ha soportado mis agobios y mis tardes de biblioteca en el piso. Gracias por cada risa, cada llanto y cada abrazo.

Por último y no por ello menos importante, gracias a mis amigas de Córdoba, por sus ánimos y por estar siempre que lo necesito, me siento afortunada de tener una amistad como la nuestra.

RESUMEN

Objetivos:

Analizar las características sociodemográficas de la víctima y del agresor en la violencia de género, así como los tipos de violencia, mecanismos de agresión y los tipos de lesiones maxilofaciales y del aparato estomatognático producto de la violencia en mujeres.

Material y método:

Revisión bibliográfica utilizando las bases de datos Pubmed y Google Académico.

Resultados y conclusiones:

La violencia de género se puede dar a cualquier edad y las mujeres pueden ser víctimas independientemente de su nivel de estudios y su etnia. En la mayoría de los casos, el agresor es la pareja actual de la mujer.

La forma más común de violencia es el abuso físico, con elevada frecuencia de lesiones en la región maxilofacial siendo los traumatismos del tercio medio los más prevalentes. El complejo dentoalveolar es el más comúnmente afectado seguido por la órbita, el complejo cigomaticomaxilar, el hueso nasal y la mandíbula. En cuanto a la cavidad bucal, las fracturas de corona fueron las más comúnmente observadas, seguidas de avulsión y movilidad.

PALABRAS CLAVES

Mujer maltratada, violencia contra la mujer, violencia de género, trauma maxilofacial, trauma oral

ABSTRACT

Objectives:

To analyze the socio-demographic characteristics of the victim and the aggressor in gender-based violence, as well as the types of violence, mechanisms of aggression and the types of maxillofacial and stomatognathic system injuries resulting from violence in women.

Material and method:

Literature review using Pubmed and Google Academic databases.

Results and conclusions:

Gender violence can appear at any age and women can be victims regardless of their level of education and ethnicity. In most cases, the aggressor is the woman's current partner. The most common form of violence is physical abuse, with a high frequency of injuries in the maxillofacial region, the injuries of the middle third being the most prevalent. The dentoalveolar complex is most commonly affected followed by the orbital bone, the arch zygomatic, the nasal bone and the jaw. As for the oral cavity, crown fractures were the most commonly observed, followed by avulsion and mobility.

KEY WORDS

Battered Women, Gender violence, Maxillofacial trauma, Oral trauma, Violence against woman

ÍNDICE

| | |
|--|-----------|
| 1. INTRODUCCIÓN..... | 1 |
| 1.1 DEFINICIONES | 1 |
| 1.2 CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO | 1 |
| 1.3 CICLO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO | 3 |
| 1.4 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS | 4 |
| 1.5 RECOMENDACIONES ÉTICAS Y DE SEGURIDAD PARA LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA VIOLENCIA DOMÉSTICAS | 6 |
| 2. OBJETIVOS | 8 |
| 3. MATERIAL Y MÉTODOS | 8 |
| 4. RESULTADOS..... | 10 |
| 5. DISCUSIÓN..... | 18 |
| 6. CONCLUSIONES..... | 22 |
| 7. BIBLIOGRAFÍA | 23 |

1. INTRODUCCIÓN

1.1 DEFINICIONES

La violencia contra las mujeres es una manifestación de relaciones de poder históricamente desiguales entre hombres y mujeres, que han llevado a la dominación de las mujeres y la discriminación contra ellas por parte de los hombres; La violencia contra la mujer se basa en la sumisión de la mujer respecto a una situación de subordinación por parte de los hombres (1).

Hay aspectos sociales y culturales involucrados en la violencia contra las mujeres basados en la idea infundada de que las mujeres son propiedad de los hombres, de que pueden hacer con ellas lo que quieran (2).

La ONU define en el año 1995 a la violencia de género como cualquier acto de violencia basado en la pertenencia del sexo femenino que tiene o puede resultar en efectos físicos, sexuales o psicológicos para las mujeres, como así como tales actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, ocurren en la vida pública o privada” (1,3).

La OMS define la violencia de género como: “Todo acto de violencia que resulte o pueda tener como resultado un daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si ocurren en la vida pública como en la privada” (4).

Según el convenio de Estambul la violencia de género se define como todas las actitudes de violencia fundamentadas en el género que impliquen o resulten en daño o sufrimiento físico, sexual, psicológico o económico para las mujeres, incluidas las amenazas de tales actos, coerción o privación arbitraria de la libertad, ya sea en la vida pública y privada (5).

1.2 CLASIFICACIÓN DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

La violencia de género según La Junta de Andalucía se clasifica en:

- **Violencia física:** cualquier suceso de fuerza contra el cuerpo de la mujer, con el resultado o riesgo de causar daño corporal, ejercido por cualquier persona que sea o haya sido su pareja, o haya tenido una relación afectiva similar, aun sin vivir con ella. Los actos de violencia física contra las mujeres también se consideran como actos cometidos por hombres de su entorno familiar o de su entorno social o profesional.
- **Violencia psicológica:** cualquier comportamiento verbal o no verbal, que cree el sufrimiento en la mujer, mediante amenazas, humillaciones u ofensas, sometimiento, coacción, insultos, aislamiento, o restricción de su libertad, ejercido por quien está o haya estado vinculado por una relación, incluso sin cohabitar. Del mismo modo, los actos de violencia psicológica contra la mujer son los cometidos por los hombres de su entorno familiar o de su entorno social o profesional
- **Violencia económica:** despojo deliberado, y no legalmente justificado, de los bienes para el bienestar físico o psicológico de la mujer y de sus hijos o la exclusión en el apercibimiento u organización de los bienes compartidos de la pareja.
- **La violencia sexual y abusos sexuales:** cualquier hecho sexual forzado por parte del abusador o no permitido por la mujer, impuesto por la fuerza o amenaza, de relaciones sexuales no consensuada, y el abuso sexual, ya sea que el agresor guarde o no relación conyugal, de pareja, emocional o de parentesco con la víctima (6).

Una variación de violencia de género que ha existido durante años es la violencia doméstica, un término que no cubre completamente la gravedad del problema porque aminora un problema social, facilitando el encubrimiento y liberación de quien comete el ataque (6). Estos términos a menudo se usan para designar la violencia que sufren las mujeres, pero deben diferenciarse. La violencia doméstica, se refiere a todos los actos físicos, sexuales, psicológicos o económicos que ocurren en la casa con la familia o entre parejas o exparejas, ya sea el autor del delito conviviente actual de la víctima o no (5).

La violencia contra la mujer comprende las siguientes variedades, según la Guía de intervención con menores víctimas de violencia de género del Instituto Canario de Igualdad (3):

a) Violencia dentro de la familia, que incluye: maltratos, abuso sexual de las niñas, agresión relacionada a las nóminas, violación, mutilación genital femenina y otras costumbres dolorosas para la mujer, sucesos de violencia originados por otros individuos de la familia y violencia relacionada con la explotación.

b) Violencia en la comunidad: forzamiento, abuso sexual, acoso o amenaza sexual en la actividad laboral, en establecimientos educativos y en otros lugares, trata de mujeres y prostitución forzada.

1.3 CICLO DE LA VIOLENCIA DE GÉNERO

Según la Junta de Andalucía, el “ciclo de la violencia de género” permite entender e identificar las situaciones en las que se producen los malos tratos y cómo se mantienen en el tiempo. Las fases del Ciclo de la Violencia son:

- Fase de tensión: el abusador crea gradualmente tensión, y repentinamente cambia el estado de ánimo de manera inesperada y negativa. Aunque la mujer intente calmarle, complacerle y minimizar la tensión, creyendo que puede controlarle, la tensión continua aumentando.
- Fase de explosión de violencia o agresión: es la fase del dominio donde el agresor pierde el control y pasa a actuaciones más agresivas, produciéndose violencia física, psicológica y sexual hacia la víctima o sus hijos. Aquí la mujer se suele asustar e interpone denuncias y cuenta lo que está ocurriendo.
- Fase de arrepentimiento o luna de miel: el agresor se retracta, pide perdón, excusa su comportamiento, promete que no va a volver a ocurrir y que va a cambiar, hace regalos. Muestra signos de atención hacia la pareja, promueve la idea de cambio e incluso de acudir a terapia. Su propósito es mantener la relación. Por esta razón, muchas mujeres quitan la denuncia.

Cuando ya lleva un tiempo reiterándose este ciclo, suelen eliminarse la fase de tensión y luna de miel quedando solo la de explosión o agresión (6).

1.4 DATOS EPIDEMIOLÓGICOS

Según Vargas Murga H, es común que las mujeres oculten o minimicen su estado de violencia y solo informen de las situaciones que ponen en peligro su o la vida de sus hijos. Esto conduce a una subestimación del problema (7).

La manifestación más siniestra de la violencia de género es el feminicidio, que en América Latina presenta cifras inquietantes, según la prensa "Cada día mueren en promedio de al menos 12 latinoamericanas y caribeñas por el solo hecho de ser mujer"(8). En la Macroencuesta de violencia contra la mujer, se ha visto del total de mujeres de 16 años o más que viven en España, el 11,0% ha padecido violencia por parte de alguna pareja actual o expareja. Deduciendo esta cifra a la población, se evalúa que 2.234.567 mujeres residentes en España mayores de 16 años o más han sufrido violencia física por parte de su pareja o expareja a lo largo de su vida. Si se calcula el porcentaje del número total de mujeres que han tenido pareja, la prevalencia de la violencia física durante su vida sería del 11,4% (9). Otro estudio realizado en Inglaterra y Gales muestra una apreciación de 635.000 casos de abuso doméstico en 2001/2002, lo que representa el 20% de todos los actos de violencia denunciado (10,11). En 2006, una encuesta internacional mostró que las mujeres estaban expuestas a sufrir violencia por parte de una pareja íntima que decualquier otro agresor. Según Drigeard C, Nicolas E, Hansjacob A, Roger-Leroi V, se estima que el 10% de las mujeres francesas padecen violencia doméstica (10).

En España, la comunidad autónoma con más llamadas por violencia de género, con fecha de referencia el 28/02/21, es la comunidad de Madrid (214.286), siguiéndole Andalucía (166.670), ambas con un elevado número. El número de llamadas se distribuye por las comunidades autónomas de España de la siguiente forma (12):

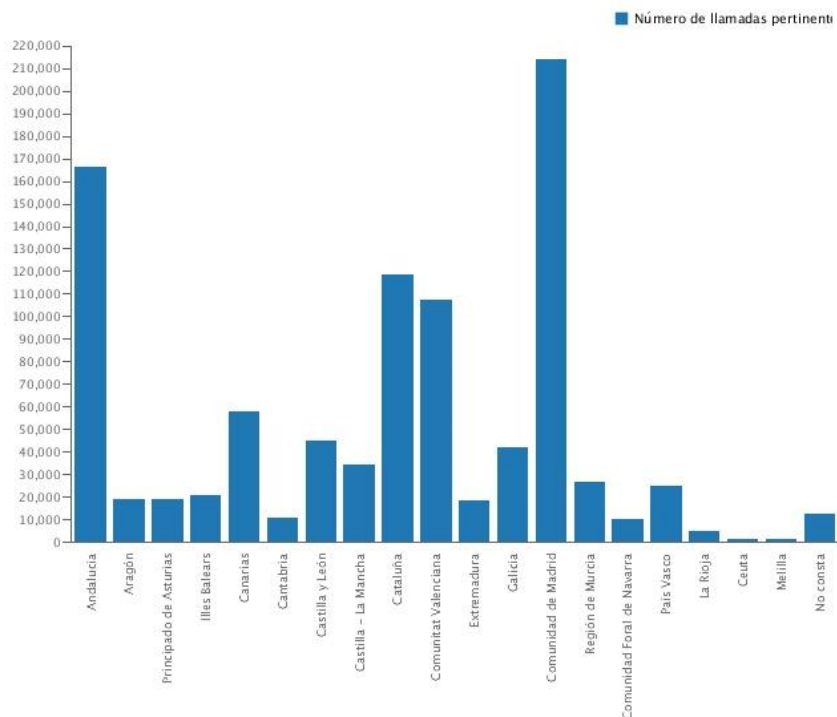


Fig 1. Gráfica. Llamadas por violencia de género por comunidad autónoma en España. Portal Estadístico Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género

Además, en España con fecha de referencia del 19/04/2021, la comunidad autónoma con mayor número de mujeres víctimas mortales por violencia de género es Andalucía (216), seguida muy de cerca por Cataluña (170) y Comunidad Valenciana (136). El número de muertes se distribuye por las comunidades autónomas de España de la siguiente forma (12):

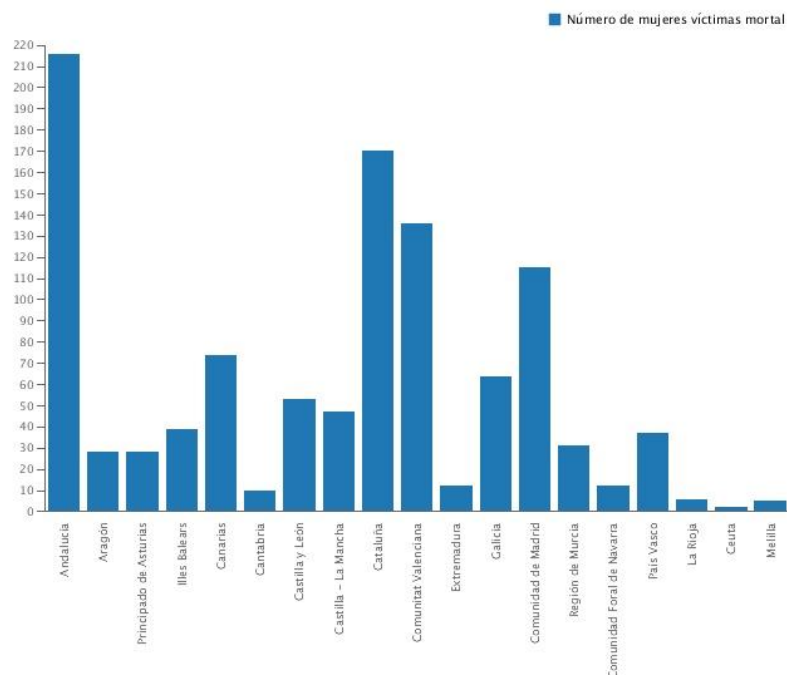


Fig 2. Gráfica. Número de mujeres víctimas mortales de violencia de género por comunidad autónoma en España. Portal Estadístico Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género

1.5 RECOMENDACIONES ÉTICAS Y DE SEGURIDAD PARA LA INVESTIGACIÓN SOBRE LA VIOLENCIA DOMÉSTICAS

Según la OMS, las recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre la violencia doméstica son las siguientes (4):

- Es fundamental la seguridad de las mujeres interrogadas y del grupo de investigación y debe plasmarse en todo el proyecto.
- Los estudios de prevalencia deben ser metódicamente correctos y basarse en la experiencia actual en investigación sobre como subinformar el abuso.
- La protección de la privacidad es necesaria para garantizar la protección de las mujeres y la calidad de los datos.
- Todo el equipo de investigación necesitan ser cuidadosos y recibir capacitación y ayuda continua especializada.
- El diseño del estudio debe comprender diversas actuaciones dirigidas a disminuir cualquier dificultad causada a las mujeres participantes por la investigación.
- Las trabajadoras de campo tienen que estar capacitadas para remitir a las mujeres que buscan ayuda a las fuentes de apoyo utilizables. En los casos los recursos son

limitados, puede ser necesario que el estudio origine dispositivos de apoyo a corto plazo.

- Deber ético de ayudar a asegurar que los resultados se interpreten correctamente y que se utilicen para guiar el desarrollo y las intervenciones de políticas.
- Las preguntas sobre violencia deberían incluirse solo en encuestas diseñadas para otros propósitos cuando la ética y metodologías pueden beneficiarse.

La violencia contra las mujeres afecta cerca de un tercio de las mujeres en todo el mundo, siendo un problema de salud pública mundial (13).

2. OBJETIVOS

- Analizar las características sociodemográficas de la víctima y del agresor de violencia de género.
- Analizar los tipos de violencia de género y los mecanismos de agresión y de lesión.
- Analizar los tipos de lesiones maxilofaciales y del aparato estomatognático producto de la violencia en mujeres.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

PRIMERA BUSQUEDA

Para la identificación de estos artículos se realizó una primera búsqueda en Pubmed y Google académico aplicando los criterios de inclusión o filtros numerados más abajo empleando los siguientes términos MESH cuyos resultados se detallan a continuación:

| TÉRMINOS DE BÚSQUEDA | RESULTADOS SIN CRITERIOS | -10 AÑOS ULTIMOS AÑOS - HUMANOS |
|------------------------|--------------------------|---------------------------------|
| Gender issue | 341671 | 111,695 |
| Domestic violence | 48,967 | 16,755 |
| Spousal abuse | 8,025 | 2,753 |
| Battered Women | 3,207 | 844 |
| Violence against woman | 5,820 | 2,663 |
| Gender-Based Violence | 3,238 | 1,778 |
| Gender violence | 24,977 | 11,641 |

SEGUNDA BÚSQUEDA

Se realizó una segunda búsqueda en Pubmed utilizando los términos MESH de la primera búsqueda y otros términos usando el nexos de unión AND:

| | Gender issue | Domestic violence | spousal abuse | Battered Women | Violence against woman | Gender-Based Violence | Gender violence |
|----------------------|--------------|-------------------|---------------|----------------|------------------------|-----------------------|-----------------|
| Oral Manifestation | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Oral disease | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Oral trauma | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Oral pathology | 0 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| Maxillofacial trauma | 0 | 5 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 |
| Dentistry | 1 | 77 | 0 | 10 | 0 | 5 | 1 |

Los criterios de inclusión usados fueron:

- Idiomas: inglés y español
- Fecha de publicación del artículo limitada a los últimos 10 años
- Estudios realizados en humanos
- Acceso al texto completo

TERCERA BÚSQUEDA

Por último se realizó una tercera búsqueda por niveles de evidencia:

| | Cohort studies | Case control studies | Clinical Trials | Case series | Meta-Analysis | Randomized Controlled Trial | Systematic Reviews |
|--|----------------|----------------------|-----------------|-------------|---------------|-----------------------------|--------------------|
| “Gender issue” AND Dentistry | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| “Domestic violence” AND “Oral trauma” | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| “Domestic violence” AND “Oral pathology” | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

| | | | | | | | |
|---|----|---|---|---|---|---|----|
| “Domestic violence” AND “Maxillofacial trauma” | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 2 |
| “Domestic violence” AND Dentistry | 29 | 2 | 3 | 1 | 7 | 8 | 20 |
| “Battered Women” AND “Maxillofacial trauma” | 1 | | | | | | |
| “Battered Women” AND Dentistry | 2 | 3 | 0 | 2 | 0 | 0 | 3 |
| “Violence against woman” AND “Maxillofacial trauma” | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| “Gender-Based Violence” AND Dentistry | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 |
| “Gender Violence” AND “Maxillofacial trauma” | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 |
| “Gender Violence” AND Dentistry | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |

Con todas estas búsquedas se seleccionan 17 artículos que cumplieron con los siguientes criterios:

- La muestra o parte de la muestra del artículo sea mujer que ha sufrido violencia
- El agresor sea hombre, pareja o expareja
- La víctima presenta lesión oral / maxilofacial

4. RESULTADOS

| TÍTULO | REVISTA | AÑO, AUTORES | TIPO | OBJETIVOS | CONCLUSIONES |
|--|---|--|--|---|--|
| Occurrence of Traumatic Dental Injury (14) | Brazilian Dental Journal | 2012, Cléa Adas Saliba Garbin Ana Paula Dossi de Guimarães e Queiroz Tânia Adas Saliba Roviada Artênio José Ispere Garbin | Historias clínicas Registros policiales | Investigar la prevalencia y los tipos de lesiones dentales traumáticas en situaciones de violencia doméstica. | La violencia intrafamiliar fue un factor etiológico importante de la lesión dental traumática, la agresión en todos los casos fue infligida por las manos del agresor, sin ningún objeto o instrumento. La fractura fue el tipo más común de lesión dental traumática y los dientes lesionados con mayor frecuencia fueron los incisivos. |
| Clinical and epidemiological characteristics of the maxillofacial trauma due to physical violence against the woman (15) | MEDISAN | 2014- Dr. José Manuel Díaz Fernández y Al. Anyi Fernández Cardero | Historias clínicas | Caracterizar según variables clínicas y epidemiológicas de interés para la investigación los traumas bucofaciales por violencia física, atendidos en el Servicio de Urgencia de Cirugía Maxilofacial del Hospital Provincial Docente Clínicoquirúrgico “Saturnino Lora Torres” de Santiago de Cuba, desde enero de 2007 hasta diciembre de 2010 | Predominó el grupo de 15-34 años, los celos y la embriaguez como móviles para el maltrato, así como el esposo y el exesposo como principales agresores; asimismo, los incidentes se desarrollaron mayoritariamente en el domicilio y en la vía pública, donde se empleó como mecanismo lesional primario el puñetazo y los golpes con objeto. Entre las lesiones bucofaciales de tejido blando sobresalieron las formas cerradas (hematomas y escoriaciones) y abiertas (laceraciones faciales no complejas); entre los patrones lesionales de tejido duro, las fracturas nasales y dentoalveolares. |
| Occurrence of Domestic Violence among Women and its impact on oral health in Jodhpur City (16) | The journal of contemporary dental practice | 2015, Preksha Pawa, Susan Thomas, Rushabh Dagli, Jitendra Solanki, Geetika Arora, Bharat Garla | Cuestionario | Evaluar la prevalencia de la violencia doméstica en Jodhpur, (Rajasthan, India) determinar la prevalencia de violencia intrafamiliar y conocer el impacto de la misma en la salud bucal. | El gobierno debe tomar medidas estrictas para prevenir la violencia doméstica haciendo que las mujeres sean más autosuficientes, especialmente haciendo que las mujeres estén más alfabetizadas y financieramente más independientes. |

| | | | | | |
|---|--|---|--------------------|---|--|
| Epidemiological Profile and Characterization of Oral and Maxillofacial injuries in Women Victims of Interpersonal Violence (17) | International Journal of Odontology | 2016, Elane Nery da Silva; Felipe Rafael Ríos Oliveira Matos; Rodolfo Macedo Cruz Pimenta; José Lucas Sani de Alcântara Rodrigues; Jeidson Antônio Moraes Marques; Jamilly de Oliveira Musse y Luiz Renato Paranhos | Historias clínicas | Determinar el perfil epidemiológico de las mujeres víctimas de violencia y caracterizar las lesiones que afectan su región maxilofacial. | En la mayoría de los casos, las lesiones ocurrieron por agresiones y a menudo se asociaron con un agresor con vínculos estrechos con la mujer que fue sometida al examen forense. Sin embargo, el número de víctimas que mencionaron a su agresor sigue siendo menor de lo esperado. Las mujeres todavía tienen mucho miedo con respecto a las acusaciones (lo que genera un subregistro), probablemente por dos razones: la debilidad de la aplicación de la ley o el nivel de vínculo entre los personajes involucrados, que aún las mantiene unidas de alguna manera. |
| Pattern of oral-maxillofacial trauma from violence against women and its associated factors (18) | International Journal of Laboratory Hematology | 2017, Lorena Marques da Nóbrega, Ítalo de Macedo Bernardino, Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa, Jéssica Antoniana Lira e Silva, Andreza Cristina de Lima Targino Massoni, Sérgio d'Avila | Historias clínicas | Caracterizar el perfil de las mujeres víctimas de violencia e identificar los factores asociados con lesiones maxilofaciales | La prevalencia de trauma oral-maxilofacial fue alto, y los factores asociados fueron el género del agresor, el mecanismo de agresión y características sociodemográficas de las víctimas, como estado civil, lugar de residencia, y nivel educativo. |
| Epidemiology and Risk Factors of Maxillofacial Injuries in Brazil, a 5-year Retrospective Study (19) | Journal of Maxillofacial and Oral Surgery | 2018, Conceição, Luciana Domingues da Silveira, Isadora Augusta Nascimento, Gustavo Giacomelli Lund, Rafael Guerra | Historias clínicas | Determinar las principales causas y características epidemiológicas del trauma maxilofacial en un período de 5 años en el Departamento de Medicina Legal, Pelotas, Brasil | Los profesionales de la salud deben reconocer la población vulnerable y los sitios de lesión más prevalentes para identificar los casos de violencia. |

| | | | | | |
|--|---|--|--------------------|--|--|
| | | da Silva, Ricardo Henrique Alves Leite, Fábio Renato Manzoli | | | |
| Evaluation of Sexual, Physical, and Emotional Abuse in Women Diagnosed with Temporomandibular Disorders (20) | The International Journal of Prosthodontics | 2018, Patrícia Krieger Grossi, Caroline Hoffmann Bueno, Mariana Álvares de Abreu Silva, Eduardo Piza Pellizzer, Márcio Lima Grossi | Muestra. | Comparar la prevalencia de abuso físico y sexual en mujeres con trastornos temporomandibulares (TTM) versus mujeres sin TTM. | El abuso emocional, más que el abuso físico y sexual, es un factor de riesgo importante para el desarrollo de trastorno temporomandibular, incluso cuando se controla el nivel de educación, los ingresos, la edad, la etnia, el estado civil y la ocupación. El abuso emocional, así como la violencia física y sexual, deben evaluarse de forma rutinaria en mujeres que padecen trastorno temporomandibular crónico. |
| Intimate partner violence against women, circumstances of aggressions and oral-maxillofacial traumas: A medical-legal and forensic approach (21) | Legal Medicine | 2018, Ítalo de Macedo Bernardino, Luzia Michelle Santos, Alysson Vinicius Porto Ferreira, Tomás Lucio Marques de Almeida Lima, Lorena Marques da Nóbrega, Sérgio d'Avila | Historias clínicas | Describir el perfil de mujeres víctimas de violencia y determinar el patrón de traumatismos buco-maxilofaciales, según una perspectiva médico-legal y forense. | Los traumatismos orales y maxilofaciales son bastante comunes entre las mujeres víctimas de violencia atendidas en el servicio médico-legal brasileño. La detección y el examen detallados de los patrones de las lesiones pueden ayudar a los profesionales de la salud a identificar estos casos e iniciar una intervención médica y social adecuada. En Brasil, es necesario crear un Sistema Nacional de Vigilancia que integra a todos los institutos de medicina legal y odontología forense, contribuyendo así a la formulación de políticas basadas en evidencias. |
| Epidemiological and spatial characteristics of interpersonal physical | PLOS ONE | 2019, Kevan Guilherme Nóbrega Barbosa, Blake Byron | Historias clínicas | Mapear y describir los casos de violencia física en el área urbana de Campina Grande, ubicada en | En conclusión, describimos patrones epidemiológicos y espaciales de violencia física interpersonal en una ciudad brasileña de |

| | | | | | |
|---|--|---|--|---|--|
| violence in a Brazilian city: A comparative study of violent injury hotspots in familial versus non-familial settings, 2012-2014 (22) | | Walker, Nadine Schuurman, Sérgio D'ávila Lins Bezerra Cavalcanti, Efigênia Ferreira e Ferreira, Raquel Conceição Ferreira | Análisis de registros médicos y policiales | el noreste de Brasil, y evaluar la asociación entre características sociodemográficas, temporales e incidentes de violencia, incluyendo características socioepidemiológicas seleccionadas de las víctimas y sus vecindarios para informar las estrategias de prevención y respuesta a la violencia en países de ingresos bajos y medianos. | tamaño medio. Las mujeres, las personas que viven juntas, las lesiones por fuerza corporal y los agresores masculinos fueron los factores significativos más destacados asociados con la violencia en un contexto doméstico. Cuando miramos los hallazgos epidemiológicos espacialmente, se hace evidente que las áreas de puntos críticos de violencia coinciden con las regiones urbanas más pobres. Esta identificación espacial de la superposición entre los puntos críticos y los ingresos familiares es la base para futuras estrategias de prevención de lesiones. |
| Maxillofacial injuries associated with domestic violence experience at a major trauma centre (23) | British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery | 2019, H. Boyes, K. Fan | Muestra | Identificar a los pacientes con lesiones faciales causadas por la violencia doméstica y averiguar qué tan seguros estaban los miembros del equipo de cirugía oral y maxilofacial (OMFS) al evaluarlos. | Las lesiones faciales son comunes en víctimas de violencia doméstica. Es probable que sean tratados por miembros del equipo maxilofacial y que los aprendices sean los primeros en verlos. Por lo tanto, todos los miembros del equipo deben ser competentes y tener la confianza para reconocer los signos y hacer preguntas relevantes. Sin embargo, la mayoría de los aprendices sólo tenían "cierta confianza" para hacer esto. |
| Prevalence of maxillofacial injuries in women who have experienced physical violence reported at a House of Justice in the | Revista Facultad de Odontología Universidad de Antioquia | 2019, Ingrid Johanna Contreras , Edna Mariam Portillo , Martha Juliana Rodríguez | Historias clínicas. Informes periciales. | determinar la prevalencia de las lesiones maxilofaciales ocasionadas por violencia física en mujeres que lo han denunciado en una Casa de Justicia del área metropolitana | la prevalencia de lesiones maxilofaciales fue del 55,4%, siendo el hematoma el tipo de lesión más frecuente al estar registrado en 49 (56,3%) informes. |

| | | | | | |
|--|--|---|--|--|--|
| metropolitan area of Bucaramanga (Colombia) (24) | | | | de Bucaramanga (Colombia) desde septiembre de 2013 a marzo de 2015 | |
| Classification of dental injuries in women who were victims of physical violence (25) | Rev Mex Med Forense | 2019, Cárdenas Turrent, Brenda del Socorro 1; Limón Espinoza, Ipsa Guadalupe | cuestionario | Demostrar que la odontología forense es importante para determinar la violencia física contra las mujeres, así como tipificar y clasificar las lesiones más frecuentes en cavidad oral, maxilares y/o tejidos que los recubren | Con los resultados obtenidos se aportan las bases para elaborar una guía práctica para facilitar la intervención a las víctimas, Dimensiona el problema, coadyuva con los profesionales de la medicina y odontología forense para estandarizar: diagnósticos y dictámenes médicos-forenses |
| Maxillofacial and dental-related injuries from a Brazilian forensic science institute: Victims and perpetrators characteristics and associated risk factors (26) | Journal of Clinical and Experimental Dentistry | 2020, Carlos-Diego Lopes Sá, Paulo Gobelânio-de Barros Silva, Adriana-de Moraes Correia, Eduardo-Costa-Studart Soares, Tácio-Pinheiro Bezerra, Radamés-Bezerra Melo , Heide-dos Santos Bitú, Fábio-Wildson-Gurgel Costa | Historias clínicas Registros de peritajes | Determinar la prevalencia de trauma facial, factores de riesgo asociados y clasificación de lesiones corporales en individuos sometidos a examen forense en un centro brasileño | Las lesiones orales y maxilofaciales obtenidas en un centro de ciencias forenses brasileño se asociaron significativamente con factores sociodemográficos y etiológicos |
| The impact of the Covid-19 pandemic on domestic violence: The dark side of home isolation during quarantine (27) | Medico Legal | 2020, Matteo Antonio Sacco, Fiorella Caputo, Pietrantonio Ricci, Francesco Sicilia, Luigi De Aloe, Carlo Filippo Bonetta, | Artículo | Valorar el impacto del aislamiento domiciliario forzado del gobierno para contener las infecciones por Covid-19 con la violencia doméstica. | Los datos que muestran una disminución en el número de denuncias de violencia son una llamada de alarma. Es razonable creer que las medidas de restricción personal durante la pandemia representan un factor de riesgo peligroso para la violencia doméstica que |

| | | | | | |
|---|---------------------------------|--|--------------------|--|--|
| | | Fabrizio Cordasco, Carmen Scalise, Giulia Cacciatore, Angelica Zibetti, Santo Gratteri and Isabella Aquila | | | puede estar alimentada por elementos como: un estrecho contacto entre la víctima y el abusador en términos de espacio y tiempo compartidos; el aumento del estrés causado por factores sociales, económicos y psicológicos; la falta de oportunidades para que la víctima escape al abuso; una reducción de los contactos de la víctima con extraños. |
| COVID-19, domestic violence and abuse, and urgent dental and oral and maxillofacial surgery care (28) | British dental journal | 2020, Paul Coulthard, Iain Hutchison, Joseph A. Bell, Imogen D. Coulthard and Helena Kennedy | Artículo | Descripción del rol del equipo odontológico en violencia y abuso doméstico. Asesoramiento en la identificación de DVA en historia de trauma. Orientación sobre la derivación de pacientes que revelan DVA. | El odontólogo debe preguntar al paciente sobre la causa de su lesión y las preguntas adicionales apropiadas como seguimiento. Esto ofrece la oportunidad de saber si hay violencia doméstica si no se mencionó inicialmente. Los pacientes deben recibir apoyo en cualquier revelación que hagan y luego debe haber una evaluación de su riesgo. Debe realizarse una derivación a un servicio de violencia doméstica local o nacional que pueda ofrecer evaluación y apoyo profesional de riesgos. Es fundamental que el equipo dental y de OMFS se comprometa. La intervención temprana y la derivación a un defensor de la violencia doméstica pueden evitar que una situación de abuso empeore con una violencia más intensa. Puede salvar vidas. |
| Severity of maxillofacial injuries and associated factors in brazilian women | Journal of Chemical Information | 2020, Damião Edgleys Porto, | Historias clínicas | Determinar el perfil y prevalencia de lesión maxilofacial (IMF) y evaluar | La prevalencia de fracturas se consideró alta y la gravedad de las lesiones maxilofaciales se asoció con una hospitalización más prolongada y el consumo de alcohol / drogas |

| | | | | | |
|--|--------------|--|----------|---|--|
| victims of domestic violence (29) | and Modeling | Isla Camila Carvalho Laureano, Alessandro Leite Cavalcanti, Emanuel Savio de Souza Andrade | | factores asociados en mujeres víctimas de violencia doméstica | por parte del agresor y el turno de noche. Deben adoptarse estrategias, como mejorar la calidad de la atención médica para las usuarias, una mayor inversión social en mujeres en situaciones de vulnerabilidad, supervisión abierta por parte de las agencias de seguridad, así como la implementación de programas educativos destinados a prevenir esta enfermedad. |
| Safeguarding: doing the difficult thing (30) | Prim Dent J | 2021, Elizabeth Offen | Artículo | Comprender la responsabilidad de auxiliar como profesional dental, para discutir los tipos de abuso e identificar los signos que generan preocupación, revisar el procedimiento para informar sobre preocupaciones, apreciar las barreras para reportar preocupaciones de auxilio y reconocer cómo podemos superar estos. | Informar las inquietudes relacionadas con la protección puede resultar difícil. La falta de familiaridad con el procedimiento, las conversaciones incómodas con la familia y la preocupación por el impacto en el niño o adulto vulnerable pueden provocar ansiedad. Aunque muchos dentistas encuentran abrumador informar sus inquietudes, estar preparados hace que el proceso sea más sencillo. La preparación debe incluir capacitación regular del equipo, políticas accesibles y un líder de protección que fomente un entorno abierto y de apoyo. |

5. DISCUSIÓN

La edad media de las mujeres maltratadas más frecuente se encuentra entre los 28 y 29 años (18, 19, 21, 23), seguida del promedio de edad de 30 a 32 años (17, 24). Según da Silva EN, Rios FR, Macedo R, Sani JL, Morais JA, de Oliviera J, et al. la edad media de las víctimas fue de 22,45 cifra cercana a la que indican Garbin CAS, de Guimaraez APD, Rovida TAS, Garbin AJI, que según ellos la edad media es de 26,5 años (14, 17). Por otro lado, según Pewa P, Thomas S, Dagli R, Solanki J, Arora G y Garla B, el grupo de edad de mujeres más afectado es el de 40 años (16). Estos datos concuerdan con la afirmación de Cárdenas Turrent BS y Limón Espinoza IG, los cuales dicen que las mujeres de entre 18 y 27 años y entre 28 y 37 años son los rangos de edad más frecuentemente afectados por violencia en la mujer (25).

En relación a la ocupación de las participantes predominaron las amas de casa, seguido de las trabajadoras y por último las estudiantes (25). Por otro lado, respecto a la ocupación de las víctimas, hubo un número importante de estudiantes (17). La mayoría de mujeres maltratadas tenían representativamente menos educación, teniendo la gran parte hasta 8 años de escolaridad (18, 20, 21). Según Porto DE, Carvalho Laureano IC, Leite Cavalcanti A, de Souza Andrade ES las víctimas tenían una escolaridad de mínimo 8 años de estudio (29). Sin embargo, Díaz Fernández JM, Fernández Cardero AA, Cárdenas Turrent BS y Limón Espinoza IG destacan la presencia de las afectadas con nivel escolar preuniversitario, seguido por las de secundaria básica (15, 25). Por otro lado, según Pewa P, Thomas S, Dagli R, Solanki J, Arora G, Garla B el abuso físico es más predominante en las mujeres de posgrado que en el nivel más bajo de educación (16). Además, los vecindarios de bajos ingresos se asociaron con un gran número de mujeres víctimas de violencia doméstica (20, 22).

A propósito de la zona en la que residen, las mujeres que viven en áreas urbanas tienen más frecuencia de ser víctimas de violencia.(16, 21, 24). Por el contrario, Krieger Grossi P, Hoffman Bueno C, Álvares de Abreu Silva M, Pizza Pellizzer E, Lima Grossi M encontraron que las mujeres que desarrollan trastornos temporomandibulares a causa de maltrato tenían más probabilidades de provenir de una zona rural (20).

Respecto al estado civil, la mayoría de mujeres eran solteras o separadas (17-19, 21, 29). Y en relación a la raza hay diferencias, según da Silva EN, Rios FR, Macedo R, Sani JL, Morais JA, de Oliviera J, et al. la mayoría de las mujeres eran caucásicas; según Lopes Sá CD, Silva PGB, Correia AM, Soares ECS, Bezerra TP, Melo RB, et al. la mayoría eran afro-caucásicas; y Porto DE, Carvalho Laureano IC, Leite Cavalcanti A, de Souza Andrade ES encontraron que predominó la mujer etiópica (17, 26, 29).

Lopes Sá CD, Silva PGB, Correia AM, Soares ECS, Bezerra TP, Melo RB, et al. tienen como hallazgo en su estudio que los agresores masculinos son los más frecuentes en la violencia doméstica, y de estos, la mayoría era la pareja de la víctima (26). En la mayoría de los casos, el presunto agresor era la pareja actual de la mujer, seguido de la expareja (15, 17, 21, 23-25, 29). En relación con el móvil que ocasionó la agresión primaron los celos, la embriaguez y el consumo de drogas (16, 17, 29).

La forma más común de violencia fue el abuso físico (15, 16, 18, 29). Y según Pewa P, Thomas S, Dagli R, Solanki J, Arora G, Garla B al abuso físico le siguen el abuso emocional y por último el abuso financiero (16). Respecto al principal mecanismo de lesión, fue la fuerza corporal incluyendo puñetazos, patadas, bofetadas, mordiscos, pellizcos, tirones de pelo, intento de estrangulación y arañazos (16, 22). Los puñetazos fueron el mecanismo más común, seguido del uso de un arma (15, 23). Y el arma más utilizada fue un instrumento contundente (17, 26).

Respecto al momento en el que ocurrieron, los actos de agresión, se dieron principalmente en días laborables y durante la noche (18, 24, 26). Pero Porto DE, Carvalho Laureano IC, Leite Cavalcanti A, de Souza Andrade ES encontraron que fue más frecuente durante el día, los fines de semana y festivos (29). Respecto al lugar donde sucede la violencia, los casos de violencia se producen con mayor frecuencia en el propio domicilio de la víctima seguido de la vía pública (15, 24).

Pewa P, Thomas S, Dagli R, Solanki J, Arora G, Garla B vieron que la gran mayoría de las víctimas no denunciaron en el inicio de su vida matrimonial para mantener el estatus en la sociedad según la mayoría, mientras que el resto prefirió esperar por miedo al estigma social de la víctima y su familia (16). Sacco MA, Caputo F, Ricci P, Francesco S, De Aloe L, Bonetta CF, et al, han encontrado que muchas veces la víctima no denuncia

por miedo a las repercusiones, permitiendo que el abuso continúe y perjudique la salud psicofísica de la víctima y del entorno familiar (27). Offen E observa que aproximadamente un tercio de los odontólogos han hallado signos de sospecha de violencia de género o doméstica, pero solo se han informado el 8% de las sospechas de maltrato. La causa principal de no informar es la falta de seguridad sobre los hallazgos, seguido del miedo a la violencia hacia la familia o al paciente, o incluso el miedo de agresión hacia el equipo odontológico (30).

Sacco MA, Caputo F, Ricci P, Francesco S, De Aloe L, Bonetta CF, et al, obtuvieron en sus resultados que el confinamiento obligatorio durante la pandemia por el COVID-19 en China, provocó un aumento de las denuncias de violencia por parte de mujeres que se vieron obligadas a vivir encerradas durante meses en una relación de maltrato. En Italia, ocurrió todo lo contrario, existiendo una disminución del número de las llamadas contra la violencia, no significando esto una reducción de agresiones, sino que, la víctima estaba atrapada dentro del hogar con su agresor, sin poder escapar ni pedir ayuda (27). Coulthard P, Hutchison I, Bell JA, Coulthard ID, Kennedy H llegan a la conclusión de que durante el confinamiento, al llevarse a cabo consultas telefónicas, podían limitar la revelación de violencia doméstica por parte de las mujeres si el agresor estaba presente. Sin embargo, el acudir a la clínica dental era muy beneficioso en este aspecto, puesto que las pacientes no suelen ser acompañadas durante las exploraciones clínicas o tratamiento como parte de la práctica de rutina. Por lo que es fundamental que todo el equipo dental cree un entorno seguro para que la víctima confiese si sufre violencia (28).

Hay gran predominio de lesiones en la región maxilofacial en las mujeres víctimas del maltrato (19-21). Se evidencia además que la cara fue la estructura anatómica cráneo-cervical en la que se registró mayor frecuencia de lesiones (24, 29). Según Pawa P, Thomas S, Dagli R, Solanki J, Arora G, Garla B las lesiones en la cara se notificaron en gran medida, seguidas de las lesiones en el labio y las fracturas nasales (16).

Díaz Fernández JM, Fernández Cardero AA observaron que predominaron las lesiones en el tercio medio, seguidas por las del tercio inferior y relacionaron que el puñetazo generó la mayor parte de las lesiones orofaciales en los tercios medio e inferior de la cara (15). Porto DE, Carvalho Laureano IC, Leite Cavalcanti A, de Souza Andrade ES coinciden respecto a que el tercio medio es el más afectado (29).

Según Boyes H y Fan K, la mayoría de las mujeres presentaban laceraciones faciales y casi la mitad de mujeres maltratadas tenía al menos una fractura facial, siendo el complejo dentoalveolar el más comúnmente afectado seguido por la órbita, el complejo cigomaticomaxilar, el hueso nasal y la mandíbula (23). da Silva EN, Rios FR, Macedo R, Sani JL, Morais JA, de Oliveira J, et al, coinciden en cuanto a la localización extraoral de las lesiones, siendo la región bucal la más afectada, seguida de la región orbitaria y la región malar (17). Marques da Nóbrega L, Ítalo de Macedo B, Nóbrega Barbosa KG, Lira e Silva JA, De Lima Targino Massoni AC, D'Avila S vieron que el tipo más común de trauma maxilofacial fue la lesión de tejidos blandos, siendo muy poco frecuentes las lesiones dentoalveolares (18).

Krieger Grossi P, Hoffman Bueno C, Álvares de Abreu Silva M, Pizza Pellizzer E, Lima Grossi M después de analizar sus resultados, han llegado a la conclusión de que las mujeres tienen un alto riesgo de desarrollar trastorno temporomandibular al estar sometidas a insultos o humillación (20)

Las lesiones en tejidos blandos fueron las más frecuentes (15, 21). Lopes Sá CD, Silva PGB, Correia AM, Soares ECS, Bezerra TP, Melo RB, et al, observaron que de las lesiones de tejidos blandos, las lesiones por instrumentos contundentes son la principal causa de traumatismo y hematomas, tanto en el labio superior como en el inferior (26). Díaz Fernández JM, Fernández Cardero AA a través de sus resultados acentúan la preponderancia de las lesiones que afectan los tejidos blandos orofaciales a diferencia de las que afectan los tejidos duros (15).

Contreras IJ, Portillo EM, Rodríguez MJ hallan que el tipo de lesión más frecuente es la equimosis, seguido por el edema, mientras que la laceración es el hecho que menos se observa (24).

En cuanto a la cavidad bucal, da Silva EN, Rios FR, Macedo R, Sani JL, Morais JA, de Oliveira J, et al, observaron a partir de su estudio que el lugar más afectado fueron los dientes en primer lugar, y la mucosa labial, la cresta alveolar, el paladar duro, la lengua y el piso de la boca sufrieron algo por las agresiones, representando el 13,2% de las ocurrencias (17). Lopes Sá CD, Silva PGB, Correia AM, Soares ECS, Bezerra TP, Melo

RB, et al, de las lesiones dentales, las fracturas de corona fueron las más frecuentes, seguidas de la avulsión y la movilidad (26). Por último, Garbin CAS, de Guimaraez APD, Rovida TAS, Garbin AJI encontraron que de los traumatismos dentales, la mayoría fueron fracturas, seguidos de luxaciones y avulsiones. Los dientes lesionados con mayor asiduidad fueron los incisivos superiores, seguidos de los incisivos inferiores y los caninos inferiores. Y en todos los casos de traumatismo dental, la agresión se produjo mediante el uso de fuerza (14).

6. CONCLUSIONES

1-La edad media de las víctimas de violencia de género más frecuente es de 28 a 30 años, pero se puede dar a cualquier edad. Las mujeres pueden ser víctimas independientemente de su nivel de estudios y su etnia. Las mujeres maltratadas tienen mayor probabilidad de vivir en zonas urbanas.

2-En la mayoría de los casos, el agresor es la pareja actual de la mujer, seguido de la expareja. En relación con el móvil que ocasiona la agresión priman los celos, la embriaguez y el consumo de drogas.

3-La forma más común de violencia es el abuso físico, siendo los puñetazos, el mecanismo más común.

4-Hay gran predominio de lesiones en la región maxilofacial en las mujeres víctimas del maltrato. Los traumatismos en el tercio medio son los más frecuentes, seguidos por los del tercio inferior. Hay una elevada prevalencia en las víctimas de maltrato de laceraciones faciales, hematoma o equimosis, y fractura facial, siendo el complejo dentoalveolar el más comúnmente afectado seguido por la órbita, el complejo cigomaticomaxilar, el hueso nasal y la mandíbula. En la región oral, las lesiones se ubican sobre todo en los labios, seguidos de los dientes, la articulación temporo-mandibular, así como la mucosa oral. En cuanto a la cavidad bucal, los sitios más afectados fueron los dientes. De las lesiones dentales, las fracturas de corona fueron las más comúnmente observadas, seguidas de la avulsión y la movilidad o luxación.

7. BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Sanidad Servicios Sociales e igualdad. Definición de Violencia de Género. 2004;1
2. Delegación del Gobierno para la Violencia de Género. El impacto de la violencia de género en España: una valoración de sus costes en 2016. 2016. <http://www.publicacionesoficiales.boe.es>
3. Instituto Canario de Igualdad. Guía de intervención con menores víctimas de violencia de género. 2012. 136.
4. Organización Mundial de la Salud. Dando prioridad a las mujeres: Recomendaciones éticas y de seguridad para la investigación sobre violencia doméstica contra las mujeres. OMS. 2001.
5. Council of Europe. Convenio del Consejo de Europa sobre prevención y lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. Council of Europe Treaty Series - No. 210. 2011.
6. Junta de Andalucía. Qué es la violencia de Género. <https://www.juntadeandalucia.es/organismos/turismoregeneracionjusticiayadministracionlocal/areas/violencia-genero/que-es.html>
7. Vargas Murga H. Violencia contra la mujer infligida por su pareja y su relación con la salud mental de los hijos adolescentes. Rev Med Hered 2017;28(1):48.
8. Hernández Domínguez PE. Violencia de Género. Rev Publicando 2017;(10):520–30.
9. Subdirección General de Sensibilización Prevención y Estudios de la Violencia de Género (Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género). Macroencuesta de violencia contra la mujer 2019. 2019.

10. Drigeard C, Nicolas E, Hansjacob A, Roger-Leroi V. Educational needs in the field of detection of domestic violence and neglect: The opinion of a population of French dentists. *Eur J Dent Educ* 2012;16(3):156–65.
11. Coulthard P, Yong S, Adamson L, Warburton A, Worthington H V., Esposito M. Domestic violence screening and intervention programmes for adults with dental or facial injury (Review). *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2010;(12).
12. Delegación del Gobierno contra la Violencia de Género. Portal Estadístico Violencia de Género. <http://estadisticasviolenciagenero.igualdad.mpr.gob.es/>
13. Tsirigotis K, Łuczak J. Resilience in Women who Experience Domestic Violence. *Psychiatr Q* 2018;89(1):201–11.
14. Garbin CAS, de Guimaraez APD, Rovida TAS, Garbin AJI. Occurrence of traumatic dental injury in cases of domestic violence. *Braz Dent J* 2012;23(1):72–6.
15. Díaz Fernández JM, Fernández Cardero AA. Clinical and epidemiological characteristics of the maxillofacial trauma due to physical violence against the woman. *MEDISAN* 2014; 18(12):1652–60.
16. Pewa P, Thomas S, Dagli R, Solanki J, Arora G, Garla B. Occurrence of domestic violence among women and its impact on oral health in Jodhpur City. *J Contemp Dent Pract* 2015;16(3):227–33.
17. da Silva EN, Rios FR, Macedo R, Sani JL, Morais JA, de Oliveira J, et al. Epidemiological Profile and Characterization of Oral and Maxillofacial injuries in Women Victims of Interpersonal Violence. *Int J Odontostomat* 2016;10(1):11–6.
18. Marques da Nóbrega L, Ítalo de Macedo B, Nóbrega Barbosa KG, Lira e Silva JA, De Lima Targino Massoni AC, D’Avila S. Pattern of oral-maxillofacial trauma from violence against women and its associated factors. *Int J Lab Hematol* 2017;38(1):42–9

19. Domingues Conceição L, da Silveira IA, Nascimento GG, Guerra Lund R, Alves da Silva RH, Manzolli Leite FR. Epidemiology and Risk Factors of Maxillofacial Injuries in Brazil, a 5-year Retrospective Study. *J Maxillofac Oral Surg* 2018;17(2):169–74.
20. Krieger Grossi P, Hoffman Bueno C, Álvares de Abreu Silva M, Pizza Pellizzer E, Lima Grossi M. Evaluation of Sexual, Physical, and Emotional Abuse in Women Diagnosed with Temporomandibular Disorders: A Case-Control Study. *Int J Prosthodont* 2018;31(6):543–51.
21. de Macedo Bernardino Í, Santos LM, Porto Ferreira AV, Marques de Almeida Lima TL, Marques da Nóbrega L, d’Avila S. Intimate partner violence against women, circumstances of aggressions and oral-maxillofacial traumas: A medical-legal and forensic approach. *Leg Med* 2018;31:1–6.
22. Barbosa KGN, Walker BB, Schuurman N, Cavalcanti SDLB, Ferreira e Ferreira E, Ferreira RC. Epidemiological and spatial characteristics of interpersonal physical violence in a Brazilian city: A comparative study of violent injury hotspots in familial versus non-familial settings, 2012-2014. *PLoS One* 2019;14(1):1–19
23. Boyes H, Fan K. Maxillofacial injuries associated with domestic violence: experience at a major trauma centre. *Br J Oral Maxillofac Surg* 2019;58(2):185–9.
24. Contreras IJ, Portillo EM, Rodríguez MJ. Prevalence of maxillofacial injuries in women who have experienced physical violence reported at a House of Justice in the metropolitan area of Bucaramanga (Colombia). *Rev Fac Odontol Univ Antioq* 2019; 31(1-2): 102-111
25. Cárdenas Turrent BS, Limón Espinoza IG. Clasificación de lesiones odontológicas en mujeres víctimas de violencia física. *Rev Mex Med forense* 2019;4(3):16–26.
26. lopes Sá CD, Silva PGB, Correia AM, Soares ECS, Bezerra TP, Melo RB, et al. Maxillofacial and dental-related injuries from a Brazilian forensic science institute:

Victims and perpetrators characteristics and associated risk factors. *J Clin Exp Dent* 2020;12(8):736–44.

27. Sacco MA, Caputo F, Ricci P, Francesco S, De Aloe L, Bonetta CF, et al. The impact of the Covid-19 pandemic on domestic violence: The dark side of home isolation during quarantine. *Med Leg J* 2020;88(2):71–3.
28. Coulthard P, Hutchison I, Bell JA, Coulthard ID, Kennedy H. COVID-19, domestic violence and abuse, and urgent dental and oral and maxillofacial surgery care. *Br Dent J* 2020;228(12):923–6.
29. Porto DE, Carvalho Laureano IC, Leite Cavalcanti A, de Souza Andrade ES. Severity of maxillofacial injuries and associated factors in brazilian women victims of domestic violence. *J Chem Inf Model* 2020;53(9):1689–99.
30. Offen E. Safeguarding: Doing the Difficult Thing. *Prim Dent J* 2021;10(1):112–5.