

Grado en ODONTOLOGÍA

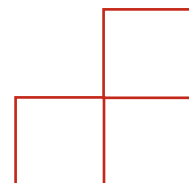
Trabajo Fin de Grado

Curso 2024-25

**ROMPER EL SILENCIO: EL PAPEL DE LA
ODONTOLOGIA FORENSE EN LA
IDENTIFICACION Y PREVENCION DE LA
VIOLENCIA CONTRA LAS MUJERES: UNA
REVISIÓN SISTEMÁTICA**

Presentado por: Camille DROUILLARD

Tutor: Dra. Ana GARCIA NAVARRO



AGRADECIMIENTOS

Al final de este último año de odontología, me resulta especialmente querido expresar mi profunda gratitud a todas las personas que han contribuido a la realización de esta tesis.

En primer lugar, quiero agradecer sinceramente a mi directora de tesis, la doctora Ana García Navarro por su apoyo y disponibilidad. Su experiencia, paciencia y amabilidad han sido de gran ayuda en el progreso de mi investigación y en la elaboración de este trabajo.

También quiero expresar mi gratitud a mis amigas, Andréa, Indra, Mathilde, Fanny, Clémence, Alice, Louise, Violaine, Coralie, Justine y Marie-Sarah que me han animado y apoyado en todo momento. Ya fuera para ayudarme a dar un paso atrás, motivarme o simplemente distraerme, su presencia ha sido inestimable. Los momentos de convivencia que hemos compartido han aligerado considerablemente la carga de trabajo y me han mantenido en el rumbo durante estos años tan exigentes.

Por último, me gustaría expresar mi gratitud a mi familia, que me ha apoyado incondicionalmente. Su confianza, sus ánimos y el amor que me han demostrado me han sostenido a lo largo de este viaje. Vuestros sacrificios y dedicación me han dado la fuerza que necesito para perseverar y mejorar constantemente.

Muchas gracias a todos. Esta tesis es fruto de un esfuerzo conjunto, alimentado por vuestro aliento y vuestra confianza en mis capacidades. Gracias a vuestro apoyo, vuestra atención y vuestra paciencia, esta aventura ha llegado a buen puerto. Les estoy profundamente agradecida.

INDICE

1. RESUMEN	1
2. ABSTRACT	3
3. PALABRAS CLAVES	5
4. INTRODUCCION.....	7
4.1. Generalidades y contexto actual	7
4.1.1. Definición y alcance de la violencia doméstica.....	7
4.1.2. Impacto global y violación de los derechos humanos	7
4.1.3. La pandemia de COVID-19, su impacto en la violencia doméstica y factores que dificultan la denuncia	7
4.1.4. Movimientos de sensibilización y el impacto del movimiento Me Too	8
4.2. Aspectos epidemiológicos	9
4.2.1. Relación entre violencia doméstica y lesiones orofaciales.....	9
4.2.2. Factores socioeconómicos y vulnerabilidad	9
4.3. Introducción a la odontología forense: Contexto histórico y relevancia actual.....	10
4.3.1. Definición y campo de acción de la odontología forense	10
4.3.2. Contexto histórico de la odontología forense	10
4.3.3. La odontología forense en la actualidad y el efecto CSI	11
4.4. Aplicación de la odontología forense a las violencias contras las mujeres	12
4.4.1. La violencia como problema de salud pública	12
4.4.2. Dificultades en la identificación de las lesiones	12
4.4.3. Percepción y barreras en la intervención odontológica.....	13
5. JUSTIFICACION Y HIPOTESIS	15
6. OBJETIVOS	17

7. MATERIAL Y MÉTODO.....	19
7.1. Identificación de la pregunta PEO	19
7.2. Criterios de elegibilidad	20
7.3. Fuentes de información y estrategia de la búsqueda de datos	20
7.4. Proceso de selección de los estudios	22
7.5. Extracción de datos	23
7.6. Valoración de la calidad	25
7.7. Síntesis de datos	26
8. RESULTADOS.....	27
8.1. Selección de estudios. Flow chart	27
8.2. Análisis de las características de los estudios revisados	28
8.3. Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo	29
8.4. Síntesis resultados.....	32
9. DISCUSIÓN	39
9.1. Evaluación de los sesgos	39
9.2. Edad.....	40
9.3. Tipo de lesiones y localización de los traumatismos	41
9.4. Educación y formación de profesionales	42
9.5. Técnicas y herramientas diagnósticas	45
9.6. Perfil del agresor	46
9.7. Límites y barreras	47
10. CONCLUSIÓN.....	51
11. BIBLIOGRAFIA.....	53
12. ANEXOS	63

1.RESUMEN

Introducción: La violencia contra las mujeres representa un desafío urgente y fundamental tanto para la salud pública como para los derechos humanos. De acuerdo con la OMS, una de cada tres mujeres en el mundo experimenta algún tipo de violencia física o sexual a lo largo de su vida. El objetivo de esta revisión fue evaluar la eficacia de la odontología forense en el diagnóstico, prevención y abordaje integral de la violencia doméstica. Además, se buscó identificar las limitaciones y desafíos que dificultan su aplicación, analizar el nivel de conocimiento de los profesionales y proponer recomendaciones para mejorar la lucha contra la violencia.

Materiales y métodos: Se realizó una búsqueda electrónica en las bases de datos PubMed, Scopus y Web of Science sobre el diagnóstico, la prevención y la gestión de las violencias doméstica con la odontología forense y la evaluación de los conocimientos por parte de los profesionales hasta diciembre de 2024.

Resultados: Se seleccionaron 9 estudios con un total de 949 mujeres víctimas y 1274 profesionales evaluados. Las lesiones más frecuentes fueron fracturas maxilofaciales y dentales, especialmente en el tercio medio facial. El perfil del agresor correspondió en su mayoría a parejas íntimas. La formación de los profesionales fue insuficiente, con un conocimiento moderado de signos físicos (73,8%) y limitado sobre indicadores conductuales (47%). Se identificaron barreras como miedo a intervenir, falta de protocolos y presencia del agresor en consulta.

Conclusiones: La odontología forense tiene un potencial clave en la detección y prevención de la violencia contra las mujeres. Sin embargo, existe una necesidad urgente de mejorar la formación de los profesionales y de integrar protocolos específicos en la práctica clínica odontológica.

2.ABSTRACT

Introduction: Violence against women is an urgent and fundamental public health and human rights challenge. According to the WHO, one in three women in the world will experience some form of physical or sexual violence in her lifetime. The aim of this review was to evaluate the effectiveness of forensic dentistry in the diagnosis, prevention and comprehensive approach to domestic violence. In addition, we looked to identify the limitations and challenges that hinder its application, analyse the level of knowledge of professionals and propose recommendations to combat violence.

Materials and methods: An electronic search was conducted in the databases PubMed, Scopus and Web of Science on the diagnosis, prevention and management of domestic violence with forensic dentistry and the evaluation of knowledge on the part of professionals up to December 2024.

Results: Results: Nine studies were selected with a total of 949 female victims and 1274 professionals evaluated. The most frequent injuries were maxillofacial and dental fractures, especially in the middle third of the face. The profile of the aggressor corresponded mostly to intimate partners. The training of the professionals was insufficient, with moderate knowledge of physical signs (73.8%) and limited knowledge of behavioural indicators (47%). Barriers such as fear of intervention, lack of protocols and presence of the aggressor in consultation were identified.

Conclusions: Forensic dentistry has a key potential in the detection and prevention of violence against women. However, there is an urgent need to improve the training of professionals and to integrate specific protocols into clinical dental practice.

3. PALABRAS CLAVES

- I. Forensic odontology
- II. Forensic dentistry
- III. Forensic odontologist
- IV. Dental professional
- V. Dentist
- VI. Dental
- VII. Women
- VIII. Female
- IX. Abused women
- X. Battered women
- XI. Domestic violence
- XII. Victims of violence
- XIII. Physical abuse
- XIV. Orofacial trauma
- XV. Dental trauma
- XVI. Maxillofacial injuries
- XVII. Oral injuries
- XVIII. Knowledge

4. INTRODUCCION

4.1. Generalidades y contexto actual

4.1.1. Definición y alcance de la violencia doméstica

La violencia domestica es un problema social omnipresente que afecta a personas de todos los grupos demográficos y tiene graves consecuencias tanto para las víctimas como para la sociedad. Generalmente, se define como el ejercicio de poder de una persona sobre otra en el marco de una relación, con el objetivo de generar un sentimiento de miedo, control y autoridad (1). Esta violencia puede dirigirse contra los niños, las parejas íntimas y los ancianos. Entre las parejas íntimas, las mujeres son las más propensas a ser víctimas (2,3). Este tipo de violencia incluye diversas manifestaciones, como el abuso físico, psicológico, social y sexual (4).

4.1.2. Impacto global y violación de los derechos humanos

La brutalidad y prevalencia de las agresiones contra las mujeres son considerables y constituyen una grave violación de los derechos humanos y un problema de salud pública mundial. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre el 10% y el 69% de las mujeres de 15 a 49 años han sido maltratadas físicamente por su pareja experimentará algún tipo de violencia física o sexual a lo largo de su vida, es decir una de cada tres mujeres (2,3,5).

4.1.3. La pandemia de COVID-19, su impacto en la violencia doméstica y factores que dificultan la denuncia

La pandemia de COVID-19 ha exacerbado la exposición de las mujeres a la violencia doméstica, lo que ha provocado un aumento de las denuncias (6). Algunos estudios han puesto de relieve la gran vulnerabilidad de las mujeres a la violencia interpersonal, especialmente durante los periodos de aislamiento y distanciamiento social (7). Sin embargo, otras investigaciones han observado un descenso de las denuncias en los programas de apoyo a las víctimas (8).

Cuando se les pregunta, sólo entre el 1 y el 6% de las mujeres declaran haber sido agredidas por su pareja. Aunque con frecuencia se documentan lesiones en la cabeza, la cara, los hombros, los pechos, el abdomen o las extremidades, las declaraciones de las víctimas suelen ser incompatibles o incoherentes con el mecanismo o la localización de las lesiones (9–11). Esta disminución pueda, en realidad, reflejar el aumento de los obstáculos a los que se enfrentan las mujeres para denunciar la violencia sufrida en el hogar. Las víctimas pueden ocultar o minimizar los abusos sufridos por vergüenza, culpabilidad, negación, miedo o temor por su seguridad. Además, algunas personas maltratadas pueden estar debilitadas, discapacitadas, dementes o temer quedarse sin hogar (12).

4.1.4. Movimientos de sensibilización y el impacto del movimiento Me Too

Las iniciativas para concienciar y apoyar a las víctimas de violencia sexual existen desde hace más de 50 años, incluida la creación del movimiento Me Too por Tarana Burke, que ganó visibilidad a principios de la década de 2000. Sin embargo, un punto de inflexión importante se produjo en 2017, cuando la actriz Alyssa Milano publicó en Twitter: « If you've been sexually harassed or assaulted write 'me too' as a reply to this tweet », acompañado del texto: « Suggested by a friend: If all the women who have been sexually harassed or assaulted wrote 'Me too' as a estatus, we might give people a sense of the magnitude of the problem» (13). El post generó una respuesta masiva y algunos lo calificaron de «momento decisivo» en el reconocimiento de la violencia sexual (14). Por ejemplo #MeToo se utilizó 19 millones de veces en Twitter (una media de 55.319 al día) entre el 15 de octubre de 2017 y el 30 de septiembre de 2018 (15). El movimiento «Me Too» ha transformado profundamente la percepción cultural de la violencia sexual.

4.2. Aspectos epidemiológicos

4.2.1. Relación entre violencia doméstica y lesiones orofaciales

Estudios recientes han demostrado que la exposición a la violencia doméstica se asocia con frecuencia a lesiones orales y maxilofaciales, que pueden ser un indicador precoz de este tipo de violencia (16,17). Entre el 76% y el 94% de las víctimas sufren lesiones faciales (18–22). Otro estudio demostró que las mujeres que acudían a urgencias con lesiones en la cabeza, el cuello y la cara tenían 7,5 veces más probabilidades de ser víctimas de violencia que las que presentaban lesiones en otras partes del cuerpo (23). Así, el entorno odontológico representa una oportunidad valiosa, aunque infrautilizada, para preguntar a los pacientes sobre la violencia doméstica e identificarla. Además, el entorno discreto que ofrece la consulta dental, combinado con la relación de confianza que se establece entre los profesionales sanitarios y los pacientes, puede favorecer la revelación de este tipo de incidentes (24).

4.2.2. Factores socioeconómicos y vulnerabilidad

Los estudios demuestran que la alta prevalencia de las violencias domésticas suele estar correlacionadas con condiciones socioeconómicas desfavorables (25). Esto es especialmente cierto en el caso de las mujeres que viven en los suburbios (26). Un estudio descriptivo revela que la mayoría de las mujeres víctimas de violencia son jóvenes, amas de casa y económicamente dependientes de otras personas (27). También se ha observado una correlación en las regiones con antecedentes de violencia vinculada al tráfico de drogas (28). En resumen, la vulnerabilidad socioespacial parece ser un factor clave que favorece la violencia interpersonal.

4.3. Introducción a la odontología forense: Contexto histórico y relevancia actual

4.3.1. Definición y campo de acción de la odontología forense

La odontología forense, entendida como la aplicación de conocimientos odontológicos al ámbito penal y civil, es una disciplina consolidada en el campo de la justicia (29). Más concretamente, consiste en la gestión, el análisis, la evaluación y la presentación de pruebas odontológicas en procedimientos penales o civiles, todo ello en interés de la justicia (30–32).

Las responsabilidades del odontólogo forense son de gran importancia clínica que requieren el análisis de pruebas dentales, especialmente en la identificación de restos humanos, como en catástrofes masivas, o en la estimación de la edad, el sexo, el género o el origen étnico (caucásica, negroide, mongólica o amerindia). Las intervenciones pueden incluir la investigación de casos de fraude o mala praxis, la evaluación de situaciones de abuso (niños, cónyuges, ancianos) y el análisis de heridas por mordedura. Los dentistas forenses también pueden ser llamados para realizar identificaciones basadas en técnicas como la reconstrucción facial, la superposición facial, la rugoscopia, la palatoscopia o el análisis de huellas labiales (31,33,34).

4.3.2. Contexto histórico de la odontología forense

El ser humano se distingue de los demás animales por una serie de características esenciales, entre las que destaca la morfología de sus dientes. Su excepcional resistencia a las variaciones de tiempo y temperatura los hace notables y prácticamente indestructibles (29). Un ejemplo emblemático son los dientes encontrados en la mandíbula del hombre de Tabun, que datan de hace unos 35 000 años (35).

El Dr. Oscar Amedo es reconocido como el padre de la odontología forense. Su tesis titulada *"El Arte Dental en la Medicina Legal"* es considerada el primer texto exhaustivo sobre odontología forense (36).

El primer caso documentado de un dentista como perito se remonta a 1814 en Escocia, en el caso de *His Majesty's Advocate vs. Pattison y cols.* El Tribunal Superior de Edimburgo acusó al Dr. Granville Sheep Pattison, profesor de anatomía, y a dos de sus alumnos de violar la tumba de la Sra. Janet McAlister. La Sra. McAlister, que murió a los 40 años, fue enterrada poco antes de que su cuerpo fuera exhumado y llevado a una facultad de medicina cercana para su disección. La dentadura maxilar de la Sra. McAlister, entregada a su dentista, el Dr. James Alexander, desempeñó un papel clave. El Dr. Alexander declaró que la dentadura encajaba perfectamente en el cráneo de uno de los cadáveres encontrados en la sala de disección, citando como prueba un «diente pivotante» característico. Sin embargo, la defensa rebatió esta coincidencia, alegando que las dentaduras postizas podían encajar en otros cráneos. Finalmente, el jurado emitió un veredicto de inocencia (37).

Otra famosa historia relacionada con la odontología forense es la de Adolf Hitler. Tras el final de la Segunda Guerra Mundial, corrió el rumor de que Hitler había huido con su esposa, Eva Braun. En realidad, ambos murieron en 1945, pero sus cuerpos fueron quemados y luego enterrados en secreto por soldados rusos. La falta de documentos ante mortem y post mortem dificultó el desmentido de estos rumores. Finalmente, se encontraron fragmentos de la mandíbula de Hitler, que revelaban un puente, reconstrucciones inusuales y signos de enfermedad periodontal. Su identidad se confirmó cuando se compararon estos trabajos dentales y coincidieron con los registros conservados por su dentista, Hugo Blaschke (38).

4.3.3. La odontología forense en la actualidad y el efecto CSI

Hoy la odontología forense desempeña un papel esencial en la identificación y documentación de lesiones específicas. Centrada durante mucho tiempo en funciones tradicionales como la identificación post mortem o el análisis de mordeduras, debe adaptarse a los retos de la sociedad moderna. Además, los profesionales forenses deben enfrentar la influencia que las series policiacas televisivas tienen sobre la percepción pública de las pruebas forenses. Este fenómeno, conocido como el «efecto CSI» (Crime Scene Investigation effect),

comenzó a ganar notoriedad en los medios de comunicación desde 2004. Christoloukas y Mitsea abordaron este tema en una revisión sistemática que analiza el impacto del efecto CSI en la gestión de la escena del crimen, el análisis de pruebas y su interpretación en casos de odontología forense. Según su estudio, las series de televisión generan expectativas poco realistas sobre la precisión y la infalibilidad de las técnicas forenses, como el análisis de ADN o las huellas dentales, creando la impresión de que estas herramientas pueden resolver cualquier caso criminal. La investigación demuestra que el público tiende a sobreestimar la exactitud de estas técnicas, especialmente en lo referente al análisis de ADN y dental. Además, las autoridades encargadas de la aplicación de la ley y los investigadores enfrentan una creciente presión para recolectar ADN en las escenas del crimen, incluso cuando su relevancia para el caso es mínima (39,40).

4.4. Aplicación de la odontología forense a las violencias contras las mujeres

4.4.1. La violencia como problema de salud pública

La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha declarado que la violencia es un importante y creciente problema de salud pública en todo el mundo. El principal objetivo de esta declaración histórica era animar a los profesionales sanitarios a detectar y tratar los casos de violencia, incluido el maltrato de poblaciones vulnerables, es decir, niños, ancianos y mujeres. La OMS también identifica cuatro formas distintas de violencia: física, sexual, psicológica y negligencia (3).

4.4.2. Dificultades en la identificación de las lesiones

Aunque la violencia doméstica no es una preocupación primordial para los dentistas, como la región orofacial se ve afectada con frecuencia y los profesionales sanitarios están en primera línea, es crucial que sean capaces de reconocer los signos para permitir una rápida identificación e intervención. Un simple examen rutinario puede bastar para detectar y documentar con precisión

diversos indicadores físicos de violencia doméstica. Por lo tanto, cualquier lesión en la región orofacial debe despertar sospechas, impulsar una investigación exhaustiva y dar lugar a un informe considerado y apropiado (41–45). También es esencial registrar las pruebas de lesiones traumáticas como fotografías o radiografías, cuando se detectan, ya que los signos de traumatismo en los tejidos blandos pueden perderse durante el proceso de cicatrización.

Las lesiones dentales directas, como fracturas o avulsiones, suelen detectarse cuando los antecedentes presentados no coinciden con el mecanismo de la lesión o la anatomía resultante. También es importante no pasar por alto las lesiones de tejidos blandos, incluidos los tirones de pelo traumáticos, los hematomas, los cortes, las marcas de asfixia y los ojos morados. Por ejemplo, un patrón de laceraciones o abrasiones angulares alrededor de los labios puede indicar el uso de una mordaza física. También debe ser capaz de reconocer hematomas de estrangulamiento en el cuello de la víctima y marcas de arañazos defensivos en los agresores (46). Además, en la cavidad oral, los desgarros en el frenillo pueden ser consecuencia de un golpe o las petequias palatinas pueden indicar sexo oral forzado (47).

4.4.3. Percepción y barreras en la intervención odontológica

Las mujeres víctimas de violencia doméstica han expresado su apoyo a que el equipo odontológico pregunte sobre la violencia doméstica (48). Sin embargo, los profesionales de la odontología pueden pensar que carecen de las habilidades y la confianza necesarias para identificar el maltrato o derivar a las pacientes a los servicios de violencia doméstica adecuados (49,50).

5. JUSTIFICACION Y HIPOTESIS

Justificación

La odontología forense, definida como la aplicación de los conocimientos odontológicos al derecho penal y civil, es una disciplina bien establecida en el ámbito de la justicia penal (29) Sin embargo, esta especialidad, profundamente arraigada en ideas preconcebidas y a menudo percibida como un campo tradicional limitado a la identificación post mortem o al análisis de mordeduras, merece ser reevaluada a la luz de los retos de la sociedad contemporánea.

La violencia contra las mujeres es una cuestión crucial y urgente tanto desde el punto de vista de la salud pública como de los derechos humanos. Según la OMS, una de cada tres mujeres en el mundo sufre alguna forma de violencia física o sexual a lo largo de su vida (3,5). Este fenómeno, que se extiende por todas las regiones del mundo, constituye una violación de los derechos fundamentales, un obstáculo para el desarrollo sostenible y un grave problema de salud pública. En este contexto, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), y en particular el ODS 5.2, pretenden «eliminar todas las formas de violencia contra las mujeres y las niñas en los ámbitos público y privado, incluidas la trata, la explotación sexual y otras formas de explotación» (51). La consecución de este objetivo requiere un enfoque multisectorial, en el que la odontología forense puede desempeñar un papel clave aún demasiado poco conocido.

La revisión de la literatura revela que, aunque existen estudios sobre la aplicación de la odontología forense en el ámbito criminal. Estas investigaciones suelen centrarse en estudios de casos, estudios descriptivos, y revisiones retrospectivas o prospectivas. Generalmente, abordan únicamente los tipos de lesiones observadas y su prevalencia, sin diferenciar adecuadamente los datos entre mujeres y hombres. En otros casos, se enfocan específicamente en los conocimientos de los profesionales de la salud en relación con el diagnóstico de violencia.

Sin embargo, estas aproximaciones dejan de lado un análisis sistemático más amplio. No se evalúan de forma integral aspectos como la prevalencia de las lesiones, las herramientas y técnicas diagnósticas empleadas, ni el nivel de conocimiento de los profesionales. Tampoco se considera la integración multidisciplinar de la odontología forense en los sistemas de prevención y atención a las víctimas, incluyendo una necesaria perspectiva jurídica.

Mi revisión sistemática pretende llenar estas lagunas al ofrecer un análisis exhaustivo de la literatura científica reciente existente, identificando tanto las fortalezas como los desafíos en la aplicación de la odontología forense en este contexto. Además, propondrá recomendaciones prácticas y específicas para optimizar su uso en enfoques multidisciplinarios, algo que no se encuentra ampliamente desarrollado en las publicaciones actuales.

Este estudio resalta el potencial transformador de la odontología forense como una herramienta estratégica en la identificación, prevención y gestión de la violencia contra las mujeres, integrándola en un enfoque multidisciplinar que une salud, justicia y derechos humanos. A través de recomendaciones prácticas, se busca optimizar su aplicación para enfrentar de manera proactiva este desafío global urgente.

Hipótesis

El uso de la odontología forense mejora significativamente el diagnóstico, la prevención y la gestión global de la violencia contra las mujeres.

6. OBJETIVOS

Objetivo principal

Analizar las características de las mujeres víctimas de violencia, la localización y el tipo de lesiones sufridas, así como evaluar la educación y formación de los profesionales encargados de su atención.

Objetivos secundarios

Describir las técnicas y herramientas utilizadas por los profesionales de la salud y la justicia en la detección, documentación y abordaje de los casos de violencia contra las mujeres.

Caracterizar el perfil del agresor en los casos documentados, considerando factores sociodemográficos, conductuales y antecedentes.

Identificar los principales límites y obstáculos que enfrentan los profesionales de la salud para reconocer, diagnosticar y actuar ante casos de violencia contra las mujeres.

7. MATERIAL Y MÉTODO

La presente revisión sistemática se llevó a cabo siguiendo la declaración de la Guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta Analyses) (52) garantizando una información sistemática y exhaustiva de todas las fases de la investigación.

7.1. Identificación de la pregunta PEO

Se utilizaron la base de datos Medline-PubMed (United States National Library of Medicine), Scopus y Web of Science para realizar una búsqueda de los artículos indexados sobre aplicación de la odontología forense a la identificación y prevención de la violencia contra las mujeres, publicados hasta diciembre de 2024 para responder a la siguiente pregunta: "En las mujeres víctimas potenciales o confirmadas de violencia física o sexual, ¿en qué medida el uso de la odontología forense contribuye al diagnóstico, la prevención y la mejora en la atención jurídica?"

Esta pregunta de estudio se estableció de acuerdo con la pregunta estructurada PEO. El formato de la pregunta se estableció de la siguiente manera:

- P (población): Mujeres víctimas potenciales o confirmadas de violencia.
- E (exposición): Uso de la odontología forense para diagnosticar y documentar signos de violencia (como lesiones orales, mordeduras humanas, fracturas maxilofaciales) y para desarrollar estrategias preventivas.
- O (resultados):
 - O1: Características de las mujeres víctimas de violencia y formación de los profesionales de la salud.
 - O2: Técnicas y herramientas diagnósticas.
 - O3: Perfil del agresor.
 - O4: Límites y obstáculos.

Además, se realizó un examen manual de las listas de referencias de los estudios incluidos. Se empleó el programa Mendeley Reference Manager y Microsoft Excel 365 (Microsoft 2023) para organizar, gestionar y eliminar los resultados duplicados de la bibliografía identificada.

7.2. Criterios de elegibilidad

Se examinaron los títulos y resúmenes, y los que cumplían los criterios de elegibilidad se seleccionaron para un análisis textual exhaustivo. Los estudios primarios debían tener un diseño observacional, ser ensayos clínicos aleatorizados controlados, estudios de cohortes prospectivos y retrospectivos y series de casos; estudios sobre individuos humanos, número de participantes ≥ 5 pacientes; publicados en alfabeto latino-romano, hasta diciembre de 2024. Los pacientes seleccionados se enfocaron en mujeres que eran víctimas potenciales o confirmadas de violencia física o sexual. Los estudios realizados se centraron en temas relacionados con odontología forense, odontología general, medicina y antropología forenses.

Se establecieron restricciones en cuanto al rango de edad de la muestra, excluyendo las niñas, adolescentes y ancianos. También se excluyeron los resúmenes, informes de casos, protocolos, opiniones de expertos, cartas, o carteles. También revisiones sistemáticas y metaanálisis, estudios experimentales in vitro y en animales, investigaciones con información obsoleta. Rechazamos también la búsqueda relacionada con genética y patología forense.

7.3. Fuentes de información y estrategia de la búsqueda de datos

Se llevó a cabo una búsqueda automatizada en las tres bases de datos anteriormente citadas (PubMed, Scopus y Web of Science) con las siguientes palabras clave: "women", "female", "physical abuse", "victims of violence", "abused woman", "abused women", "battered woman", "battered women", "neglect", "domestic violence", "orofacial trauma", "dental trauma", "bite mark*", "maxillofacial injuries", "maxillofacial injury", "oral injury", "oral injuries", "forensic

odontology", "forensic odontologist", "forensic dentistry", "legal medicine", "medicolegal", "dental", "dentist", "dental profesional", "knowledge".

Las palabras claves fueron combinadas con los operadores booleanos AND, OR y NOT, así como con los términos controlados ("MeSH" y "Title/Abstract" para Pubmed, "TITLE-ABS-KEY" para Scopus) en un intento de obtener los mejores y más amplios resultados de búsqueda.

La búsqueda en Pubmed fue la siguiente: ((abused women[MeSH Terms]) OR (abused woman[MeSH Terms]) OR (woman, abused[MeSH Terms]) OR (women, abused[MeSH Terms]) OR (battered woman[MeSH Terms]) OR ("neglect" [Title/Abstract]) OR (battered women[MeSH Terms]) OR (domestic violence[MeSH Terms]) OR (violence, domestic[MeSH Terms]) OR (abuse, partner[MeSH Terms]) OR ("intimate partner violence"[Title/Abstract])) AND ((maxillofacial injuries[MeSH Terms]) OR (maxillofacial injury[MeSH Terms]) OR ("oral injury" [Title/Abstract]) OR ("oral injuries"[Title/Abstract]) OR ("orofacial trauma" [Title/Abstract]) OR (legal medicine[MeSH Terms]) OR (dentistry, forensic[MeSH Terms]) OR (forensic dentistry[MeSH Terms]) OR (medicolegal[Title/Abstract]) OR ("dentist"[Title/Abstract]) OR ("dental"[Title/Abstract]) OR ("dental professional"[Title/Abstract])) AND ((tools[Title/Abstract]) OR (technic*[Title/Abstract]) OR (role[Title/Abstract]) OR (investigation[Title/Abstract]) OR (knowledge[Title/Abstract]) OR (limit*[Title/Abstract]) OR (screening[Title/Abstract])) NOT (child*) NOT (children) NOT (adolescent*) NOT (Elder) NOT (older) NOT (animal*).

La búsqueda en Scopus fue la siguiente: (TITLE-ABS-KEY (" abused women " OR " abused woman " OR " battered woman " OR " battered women " OR " domestic violence " OR " victims of violence " OR " domestic violence " OR " intimate partner violence ") AND TITLE-ABS-KEY (" orofacial trauma " OR " dental trauma " OR " maxillofacial injuries " OR " maxillofacial injury " OR " oral injuries " OR " forensic odontology " OR " forensic odontologist* " OR " forensic dentistry " OR " dental " OR " dentist " OR "dentistry") AND TITLE-ABS-KEY (" screening " OR " technic* " OR " role" OR " tools " OR " knowledge ") AND NOT TITLE-ABS-KEY (" child* " OR " children " OR " adolescent* " OR "

elder " OR " older " OR " animal* ")) AND PUBYEAR > 2018 AND PUBYEAR < 2025.

La búsqueda en Web of Science fue la siguiente: ((abused women) OR (abused woman) OR (woman, abused) OR (women, abused]) OR (battered woman) OR (neglect) OR (battered women) OR (domestic violence) OR (domestic violence) OR (partner abuse*)) AND ((maxillofacial injuries) OR (maxillofacial injury) OR (oral injury) OR (oral injuries) OR (orofacial trauma) OR (legal medicine) OR (forensic dentistry) OR (medicolegal) OR (dentist*) OR (dental) OR (dental professional*)) AND ((tools) OR (technic*) OR (role) OR (investigation) OR (knowledge) OR (screening)) NOT (child*) NOT (children) NOT (adolescent*) NOT (Elder) NOT (older) NOT (animal*).

En la Tabla 1 incluida en el apartado de Anexos se muestra el resumen de las búsquedas de cada una de las bases de datos consultadas.

Con el fin de identificar cualquier estudio elegible que la búsqueda inicial podría haber perdido, se completó la búsqueda con una revisión de las referencias proporcionadas en la bibliografía de cada uno de los estudios. Los estudios duplicados fueron eliminados de la revisión. Por otra parte, se llevó a cabo una búsqueda manual de un artículo científico.

7.4. Proceso de selección de los estudios

Se realizó un proceso de selección en tres etapas. La selección de los estudios fue llevada a cabo por dos revisores (CD, AG). En la primera etapa se filtraba por los títulos con el objeto de eliminar publicaciones irrelevantes. En la segunda etapa se realizaba el cribado por los resúmenes y se seleccionaba según el tipo de estudio, tipo de víctimas (niños, mujeres, ancianos), informaciones sobre el diagnóstico o la prevención y la gestión de los traumatismos y estudio del grado conocimiento y prevención de los profesionales de la salud. En la tercera etapa se filtraba según la lectura del texto completo y se procedió a la extracción de los datos usando para ello un formulario de recogida de datos previamente elaborado para confirmar la elegibilidad de los estudios. Los desacuerdos entre los revisores, en cada una de las fases, se

resolvieron mediante discusión y, cuando fue necesario, un tercer revisor fue consultado.

El proceso de selección se presenta en los anexos como un diagrama PRISMA 2020 (Figura 1). Los 4 estudios excluidos, así como las razones de exclusión, se presentan en la Tabla 2.

7.5. Extracción de datos

Se extrajeron los siguientes datos de los estudios incluidos y se organizaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 365: Datos del estudio como autores, título, año de publicación, tipo de estudio (randomizado controlado o no, prospectivo, retrospectivo, transversal, longitudinal, etc.). Información sobre las víctimas: Tamaño de la muestra, edad y perfil del agresor. Medidas de las lesiones: Tipo de lesión (contusiones, laceraciones, abrasiones, fracturas, mordeduras) y localización. Evaluación del diagnóstico de las lesiones: Tipo de herramientas (si existe o no) y técnicas diagnósticas (observacional, radiografía, con cuestionario). Evaluación de la prevención: Técnica de enseñar (sí, no, y en caso afirmativo el tipo de programa empleada), evaluación del conocimiento de los profesionales (reconocimientos de los signos físicos, indicadores conductuales), Protocolo empleados (sí, no, y en caso afirmativo el tipo de protocolo empleado). Límites y obstáculos del uso de la odontología forense en la prevención, el diagnóstico y la gestión de la violencia doméstica.

Variables principales

- **Edad:** Se centra exclusivamente en mujeres adultas, excluyendo tanto a niños como a personas de edad avanzada, ya que nuestro interés está puesto en los casos de violencia ejercida en mujeres en edad productiva.
- **Tipo de lesión:** Los traumatismos orofaciales pueden adoptar diversas formas, según la naturaleza y la intensidad de la agresión. Las lesiones más frecuentes son: contusiones y hematomas, resultantes de impactos violentos en la región orofacial, a menudo causados por golpes. Laceraciones, causadas por objetos romos o impactos directos que

provocan heridas abiertas. Fracturas maxilofaciales, afectan a la mandíbula, el maxilar, la nariz o los pómulos, con consecuencias funcionales y estéticas. Traumatismos dentales, van desde simples fracturas coroneales hasta avulsiones dentales completas, que pueden provocar secuelas irreversibles. Por último, las mordeduras humanas que pueden aparecer en la piel o en el interior de la cavidad bucal, representando importantes pruebas forenses.

- **Localización de los traumatismos:** Las lesiones orofaciales se localizan principalmente en determinadas zonas anatómicas de la cara y la cavidad oral, debido a la dinámica de las agresiones físicas. Región peri oral (labios, comisuras labiales, mucosa bucal) a menudo afectada por golpes directos o intentos de asfixia. Región mandibular y maxilar implicada en fracturas faciales y desplazamientos dentarios. Arcos dentales frecuentemente afectados por golpes directos en la boca. Región peri orbital con probabilidad de hematomas, evidencia de violencia repetida. Zona nasal frecuentemente afectada por golpes, que provocan fracturas o desviaciones del tabique nasal.
- **Educación y formación de profesionales:** Evaluación del conocimiento sobre el reconocimiento de signos de violencia doméstica (número de profesionales que declaran haber recibido formación sobre el tema, número de profesionales que incluyen la búsqueda de signos de violencia doméstica en su clínica habitual, número de profesionales que declaran ser capaz de identificar signos de violencia contra la mujer, número de profesionales que declaran tener conocimientos sobre la actitud a adoptar y la gestión de los casos de sospecha de violencia doméstica).

Variables secundarias

- **Técnicas y herramientas** utilizadas en odontología forense para detectar los signos de violencia. Estos métodos incluyen: un examen clínico detallado con una inspección meticulosa de la cavidad bucal, los dientes, los tejidos blandos y las estructuras óseas para identificar signos de traumatismos pasados o recientes. La fotografía forense, las radiografías

dentales y maxilofaciales, las radiografías panorámicas e intraorales y los escáneres 3D (cone beam) se utilizan para detectar fracturas óseas, desplazamientos dentales y otras lesiones internas. El análisis de marcas de mordeduras: la comparación de las marcas de mordeduras encontradas en los cuerpos de las víctimas con las impresiones dentales de los posibles agresores puede proporcionar pruebas forenses esenciales en las investigaciones criminales. También existen métodos de tinción e imagen mediante luz ultravioleta o infrarroja que pueden revelar lesiones invisibles a simple vista. Histopatología y análisis bioquímico: el examen microscópico de muestras de tejido o saliva puede identificar la naturaleza y la antigüedad de las lesiones.

- **Perfil del agresor** en los casos de violencia contra la mujer suele estar marcado por una relación de cercanía o confianza con la víctima. En la mayoría de los casos, se trata de un varón con quien la víctima mantiene o ha mantenido una relación afectiva, como una pareja actual o expareja. Sin embargo, el agresor también puede ser otro miembro del entorno familiar, como un padre, hermano o incluso un hijo. En ocasiones, los agresores pueden ser vecinos, conocidos o personas del entorno social o comunitario de la víctima lo que complica su detección y denuncia. Esta cercanía con el agresor puede generar sentimientos de miedo, culpa o dependencia emocional y económica, que dificultan aún más la ruptura del ciclo de la violencia.
- **Límites y obstáculos** del uso de la odontología forense en la prevención, el diagnóstico y la gestión de la violencia doméstica.

7.6. Valoración de la calidad

La valoración del riesgo de sesgo fue evaluada por dos revisores (CD, AG) con el objeto de analizar la calidad metodológica de los artículos incluidos.

Para la medición de la calidad de los estudios cualitativos y observacionales se utilizó la escala CASPe “10 preguntas para ayudarte a entender un estudio cualitativo” (53) y para el estudio de cohorte, se utilizó la escala CASPe “11 preguntas para ayudarte a entender un estudio de cohortes”

(54) ; se consideró “bajo riesgo de sesgo” en el caso de una puntuación de estrellas >6 “YES” y “alto riesgo de sesgo” en el caso de una puntuación ≤ 6 “YES”. También utilizamos la guía STROBE (55) para evaluar las limitaciones de los estudios transversales; se consideró “bajo riesgo de sesgo” en lo caso que cumplen los veintidós criterios y de “alto riesgo de sesgo” cuando no se cumplen más de siete criterios y por tanto se considera que el estudio presenta un sesgo posible que debilita la fiabilidad de los resultados.

El grado de acuerdo Inter examinador de la evaluación de la calidad metodológica se obtuvo con la prueba kappa de Cohen, siguiendo la escala propuesta por Landis y Koch (56).

7.7. Síntesis de datos

Con la finalidad de resumir y comparar las variables de resultados entre los diferentes estudios, las medias de los valores de las variables principales fueron agrupadas según el grupo de estudio.

Puesto que las medias encontradas en los estudios analizados procedían de muestras con diferente número de mujeres víctimas de violencia doméstica y de profesionales implicados en los estudios de conocimientos, fue necesario calcular la media ponderada con el fin de obtener unos resultados representativos.

Los resultados se presentaron de forma narrativa y descriptiva, con un análisis de la heterogeneidad de los estudios elegibles. Se extrajeron valores absolutos (n) y relativos (%) de cada estudio, centrándose especialmente en una primera parte en las características de las lesiones como el tipo o la localización y en una segunda parte en el nivel educativo de los participantes, así como en su percepción, conocimientos y actitudes en relación con la violencia doméstica.

Un metaanálisis no se pudo llevar a cabo por la falta de estudios randomizados que comparan ambos grupos de tratamiento, por lo que los resultados se enfocaron hacia un estudio descriptivo de las variables.

8. RESULTADOS

8.1. Selección de estudios. Flow chart

El proceso de selección se presenta como un diagrama PRISMA 2020. Se obtuvieron un total de 259 artículos del proceso de búsqueda inicial: Medline-PubMed (n=52), Scopus (n=28) y Web of Science (n=179). Además, se obtuvo 1 estudio adicional a través de la búsqueda manual. De estas publicaciones, 15 se identificaron como artículos potencialmente elegibles mediante el cribado por títulos y resúmenes. Los artículos de texto completo fueron posteriormente obtenidos y evaluados a fondo. Como resultado, 9 artículos cumplieron con los criterios de inclusión y fueron incluidos en la presente revisión sistemática (Fig. 1). Los 4 estudios excluidos, así como las razones de exclusión, se presentan en la Tabla 2.

El valor k para el acuerdo interexaminador sobre la inclusión de los estudios fue de 1.0 (títulos y resúmenes) y 1.0 (textos completos) lo que indica un acuerdo "completo", respectivamente, según los criterios de Landis y Koch (56).

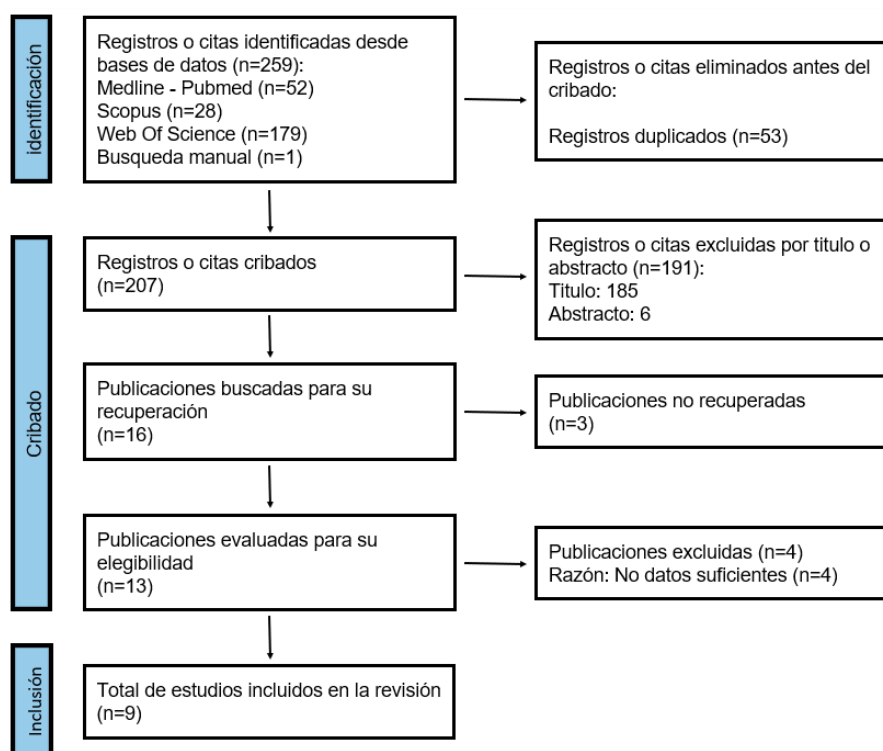


Fig. 1. Diagrama de flujo de búsqueda y proceso de selección de títulos durante la revisión sistemática.

Tabla 2: Artículos excluidos y su razón de exclusión de la presente revisión sistemática.

Autor. Año	Publicación	Motivo de exclusión
Magrin, J. V. y cols. 2019	Eur J Dent Educ	No datos suficientes
Tang, A. y cols. 2023	AJR Am J Roentgenol	No datos suficientes
Brown, T. y cols. 2021	J Teach Learn Resour	No datos suficientes
Buchanan, C. y cols. 2021	Int J Environ Res Public Health	No datos suficientes

8.2. Análisis de las características de los estudios revisados

De los 9 artículos incluidos en la presente revisión, 6 artículos describían la evaluación de los conocimientos en términos de violencia domestica (45,57–61) y 3 evaluarían las violencias domesticas contra mujeres (62–64). Seis artículos fueron estudios transversales (45,59–63), 1 fue un estudio pseudo experimental (58), 1 un estudio cualitativo (57) y 1 un estudio de cohorte (64).

8.2.1. Evaluación de las características de la violencia doméstica

Un total de 949 mujeres víctimas de violencia fueron atendidas, acumulando 290 lesiones de tipo maxilofacial.

En el estudio de Alothmani y cols. (63), se seleccionaron mujeres casadas de entre 18 y 60 años que acudieron a una clínica universitaria en Arabia Saudita tras sufrir traumatismos dentales. La identificación de las víctimas de violencia de pareja se realizó mediante el uso del cuestionario HITS, una herramienta validada para el cribado de violencia.

En el estudio de Levin y cols. (64), se incluyeron todas las mujeres mayores de 14 años hospitalizadas en Israel entre 2011 y 2021 por lesiones relacionadas con violencia doméstica. La clasificación de los casos se basó en la información registrada en el Registro Nacional de Trauma, considerando tanto la descripción del incidente como el tipo de lesión.

Por su parte, el estudio de Gujrathi y cols. (62) seleccionó a mujeres que habían reportado violencia de pareja a través de un programa hospitalario de prevención de violencia en Estados Unidos. De los 668 casos reportados, se

analizaron 96 mujeres que presentaban lesiones faciales evidenciadas por estudios de imagen médica.

Se analizaron variables como la edad de las víctimas, el tipo y la localización de las lesiones, el perfil del agresor y las técnicas diagnósticas empleadas. Además, en un estudio (63), se registraron específicamente el número de casos de luxación y de avulsión dental.

8.2.2. Evaluación de conocimientos

Se analizaron seis estudios centrados en el nivel de conocimiento de profesionales de odontología respecto a la identificación y gestión de signos de violencia interpersonal. En total, participaron 1274 profesionales, de las cuales 772 eran odontólogos y 437 estudiantes.

Los participantes fueron mayormente evaluados mediante un cuestionario o una entrevista. Los criterios evaluados en común fueron la percepción del nivel de conocimiento sobre las violencias doméstica, el nivel de confianza, las actitudes profesionales ante la violencia doméstica y las barreras para la intervención. La autoevaluación del conocimiento está ausente en el estudio de Boyes y cols. (61), mientras que el estudio de Meseli y Yildiz (60) no incluye una evaluación explícita sobre la confianza del profesional en su capacidad para abordar casos de violencia doméstica. La Tabla 6 resumen se encuentra disponible en los Anexos.

Los resultados revelaron una conciencia general sobre los signos físicos, pero también evidenciaron limitaciones en la identificación de indicadores conductuales y en la actuación ante casos sospechosos.

8.3. Evaluación de la calidad metodológica y riesgo de sesgo

Para los 2 estudios cualitativo y observacional, fue considerado un bajo riesgo de sesgo (Tabla 3). El estudio de cohorte de considero bajo de sesgos

(Tabla 4). Para los estudios transversales, 5 fueron considerados de alto riesgo de sesgo y 1 de sesgo moderado (Tablas 5).

El valor k (Cohen kappa test) sobre el acuerdo entre los revisores de la calidad metodológica fue de 1 según la escala de Landis & Koch (56).

Tabla 3: Medición del riesgo de sesgo de los estudios cualitativo y observacional según la guía CASPe para estudio cualitativo.

CASPe: estudio cualitativo		
	Farmer y cols. (57)	Femi-Ajao y cols. (58)
1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	Sí	Sí
2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?	Sí	Sí
3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí	Sí
4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	Sí
5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	Sí
6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	Parcial	Parcial
7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí	Sí
8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	Sí	Sí
9. ¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí	Sí
10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?	Sí	Sí
SESGO	BAJO	BAJO

Tabla 4: Medición del riesgo de sesgo del estudio de cohorte según la guía CASPe para estudio de cohorte.

CASPe: estudio de cohorte	
	Levin y cols. (64)
1. ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?	Sí
2. ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?	Sí
3. ¿El resultado se midió de forma precisa?	Sí
4. ¿Se han considerado factores de confusión?	Sí
5. ¿El seguimiento fue lo suficientemente largo y completo?	Sí
6. ¿Cuáles son los resultados?	Sí
7. ¿Cuál es la precisión de los resultados?	Parcial
8. ¿Te parecen creíbles los resultados?	Sí
9. ¿Coinciden con otra evidencia?	Sí
10. ¿Se pueden aplicar a tu medio?	Sí
11. ¿Va a cambiar tu decisión clínica?	Sí
SESGO	BAJO

Tabla 5: Medición del riesgo de sesgo de los estudios transversales según la guía STROBE.

STROBE									
		Althmani y cols. (63)	Alshoubi y cols. (45)	Boyes y cols. (61)	Gujrathi y cols. (62)	Isaila y cols. (59)	Meseli y cols. (60)		
Título y resumen	(1a) Indicar el diseño del estudio con un término de uso común en el título o en el resumen.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
	(1b) Proporcionar en el resumen un resumen informativo y equilibrado de lo que se ha hecho y lo que se ha encontrado.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
Introducción									
Antecedentes	2. Explicar los antecedentes científicos y la justificación de la investigación de la que se informa.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
Objetivos	3. Enuncie los objetivos específicos, incluidas las hipótesis preestablecidas.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
Métodos									
Tipo del estudio	4. Presentar los elementos clave del tipo de estudio al principio del documento	Sí	Sí	No	Parcial	No	Sí		
	5. Describa el entorno, los lugares y las fechas pertinentes, incluidos los períodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recogida de datos.	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	Parcial		
Configuración	6(a) Indique los criterios de admisibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes.	Sí	Sí	Sí	Parcial	Sí	Sí		
	7. Defina claramente todos los resultados, exposiciones, predictores, posibles factores de confusión y modificadores del efecto.	Sí	Sí	Sí	Parcial	Parcial	Parcial		
Participantes	8. Para cada variable de interés, indique las fuentes de datos y los detalles de los métodos de evaluación (medición).	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
	9. Describa la comparabilidad de los métodos de evaluación si hay más de un grupo	Parcial	Sí	No	Parcial	Parcial	Parcial		
Variables	10. Explique cómo se llegó al tamaño del estudio	No	Parcial	No	No	No	No		
	11. Explique cómo se trataron las variables cuantitativas en los análisis. Si procede, describa qué agrupaciones se eligieron y por qué	Parcial	Sí	No	Parcial	Parcial	Parcial		
Fuentes de datos/medición	(12a) Describa todos los métodos estadísticos, incluidos los utilizados para controlar los factores de confusión.	Parcial	Sí	No	Parcial	Parcial	Parcial		
	(12b) Describa los métodos utilizados para examinar los subgrupos y las interacciones	Parcial	Sí	No	Parcial	Parcial	Parcial		
Tamaño del estudio	(12c) Explique cómo se trataron los datos que faltaban	No	Parcial	No	No	No	No		
	(12d) Si procede, describa los métodos analíticos teniendo en cuenta la estrategia de muestreo.	No	Parcial	No	Parcial	No	No		
Quantitative variables	(12e) Describa cualquier análisis de sensibilidad	No	No	No	No	No	No		
Resultados									
Participantes	(13a) Informar del número de individuos en cada fase del estudio: número de individuos potencialmente elegibles, examinados para determinar su elegibilidad, confirmados como elegibles, incluidos en el estudio, que completan el seguimiento y analizados.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
	(13b) Indique los motivos de la no participación en cada fase	No	No	No	No	No	No		
Datos descriptivos	(13c) Considere el uso de un diagrama de flujo	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A	N/A		
	(14a) Indicar las características de los participantes en el estudio (por ejemplo, demográficas, clínicas, sociales) e información sobre exposiciones y posibles factores de confusión.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
Datos de resultados	(14b) Indique el número de participantes con datos que faltan para cada variable de interés	No	No	No	No	Parcial	Parcial		
	15. Informar sobre el número de resultados o medidas de resumen	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
Principales resultados	(16a) Proporcione estimaciones no ajustadas y, si procede, estimaciones ajustadas por factores de confusión y su precisión (p. ej., intervalo de confianza del 95%). Aclare qué factores de confusión se ajustaron y por qué se incluyeron.	Sí	Sí	Parcial	Parcial	Parcial	Parcial		
	(16b) Indique los límites de las categorías cuando se hayan categorizado variables continuas	Sí	Sí	Parcial	Parcial	Parcial	Parcial		
Otros análisis	(16c) Si procede, considere la posibilidad de traducir las estimaciones de riesgo relativo en riesgo absoluto para un período de tiempo significativo.	No	No	No	No	No	No		
	17. Informe de otros análisis realizados, por ejemplo, análisis de subgrupos e interacciones y análisis de sensibilidad.	No	Parcial	No	No	No	No		
Discusión									
Resultados claves	18. Resumir los principales resultados en relación con los objetivos del estudio	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
	19. Exponga las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta las fuentes de posible sesgo o imprecisión. Discutir tanto la dirección como la magnitud de cualquier sesgo potencial.	Sí	Sí	Sí	Sí	Parcial	Parcial		
Interpretación	20. Ofrecer una interpretación general prudente de los resultados teniendo en cuenta los objetivos, las limitaciones, la multiplicidad de análisis, los resultados de estudios similares y otras pruebas pertinentes.	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí		
	21. Discutir la generalizabilidad (validez externa) de los resultados del estudio.	Sí	Sí	Sí	Parcial	Parcial	Parcial		
Otra información									
Financiación	22. Indique la fuente de financiación y el papel de los financiadores del presente estudio y, si procede, del estudio original en el que se basa el presente artículo.	No	No	No	No	No	No		
SESGO		ALTO	MODERADO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO		

8.4. Síntesis resultados

8.4.1. Edad

Se evaluaron lesiones maxilofaciales en un total de 234 mujeres víctimas de violencia. En el estudio de Levin y cols. (64), se analizaron mujeres hospitalizadas por violencia en Israel entre los años 2011 y 2021. La distribución por grupos de edad mostró que el 1.9% de las víctimas se encontraba entre los 14 y 29 años, el 7.3% entre los 30 y 44 años, el 8.6% entre los 45 y 59 años y el 5.9% tenía 60 años o más. Para calcular la edad media a partir de los grupos de edad y su frecuencia, se utilizó el valor medio de cada intervalo y se multiplicó por la frecuencia correspondiente. Luego, se dividió la suma total entre el número total de casos. Se obtuvo una edad media de 44 años. Por otro lado, el estudio de Gujrathi y cols. (62) analizó a 96 pacientes atendidas en un hospital de los Estados Unidos por lesiones faciales asociadas a violencia de pareja. En este caso, la edad media fue de 35 años, con un rango de edad entre los 19 y 76 años. Finalmente, en el estudio de Alothmani y cols. (63), se incluyeron 100 mujeres casadas que acudieron a consulta por traumatismos dentales en Arabia Saudita. La edad media de las participantes fue de 28.4 ± 5.7 años, y si bien no se reportó un rango de edad específico, el criterio de inclusión se estableció para mujeres entre los 18 y 60 años. La edad media de las participantes fue de 35,8 años.

Los resultados descriptivos sobre la edad de las mujeres víctimas de violencia se muestran en la Tabla 6 y se diseñan en la Figura 2.

Tabla 6: Resultados descriptivos sobre la edad de las mujeres víctimas de violencia.

	N Mujeres víctimas	Edad	
		Rango de edad	Edad media
Alothmani y cols. (63)	100	18–60	28.4
Gujrathi y cols. (62)	96	19–76	35
Levin y cols. (64)	6	14–29	44
	15	30–44	
	10	45–59	
	7	60+	
Total	234		
Total media ponderada			35,8

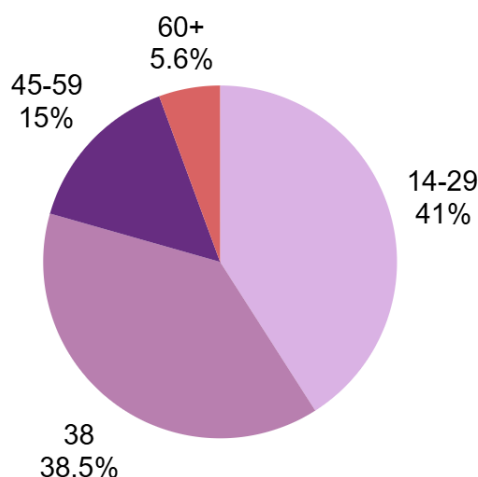


Fig. 2. Desglose de mujeres víctimas por grupo de edad (62–64).

8.4.2. Tipo de lesiones y localización de los traumatismos

En conjunto, se documentaron 214 fracturas y 78 lesiones de tejidos blandos que suma un total de 290 lesiones maxilofaciales. Solo el estudio de Alothmani y cols. (63) refirió 10 luxaciones y 6 avulsiones. Ninguno de los estudios ha referido marcas de mordedura.

En cuanto a la localización de las lesiones, el estudio de Levin y cols. (64) identificó que las zonas más afectadas en los casos de violencia doméstica fueron el maxilar superior, seguido del hueso cigomático y la mandíbula. Estas lesiones maxilofaciales representaron el 5% del total de mujeres hospitalizadas por violencia doméstica durante el periodo analizado. En el estudio de Gujrathi y cols. (62), se observó que el 67.7% de las víctimas presentaban lesiones en el tercio medio de la cara, siendo los huesos nasales los más frecuentemente fracturados (29.6%), seguidos por la mandíbula (11.1%) y las órbitas (10.5%). Además, un 39.4% de las lesiones fueron de tejidos blandos sin fractura ósea, con predominio en la región periorbitaria. Por su parte, el estudio de Alothmani y cols. (63) se centró en traumatismos dentales y encontró que la mayoría de las lesiones correspondían a fracturas coronarias (84%), seguidas por lesiones por luxación (10%) y avulsión dental (6%). De los casos que requirieron tratamiento endodóntico, más del 50% de las víctimas de violencia íntima presentaron este tipo de afectación, principalmente en dientes anteriores como los incisivos.

El mecanismo de agresión predominante fue el impacto directo mediante golpes (62,63).

Los resultados descriptivos sobre el tipo de lesiones, la localización de los traumatismos y el mecanismo de agresión se muestran en la Tabla 7 y se diseñan en la Figura 3.

Tabla 7: Resultados descriptivos sobre el tipo de lesiones, la localización de los traumatismos y el mecanismo de agresión.

	Tipo de lesiones				Localización	Mecanismo de agresión
	N fractura	N lesión de tejidos blandos	N luxación	N avulsión		
Alothmani y cols. (63)	84	16	10	6	Dientes anteriores (principalmente incisivos)	impacto directo
Gujrathi y cols. (62)	92	60	-	-	Principalmente tercio medio facial, más común lado izquierdo	impacto directo
Levin y cols. (64)	38	2	-	-	Maxila, cigoma, mandíbula, dientes, encía, lengua	-

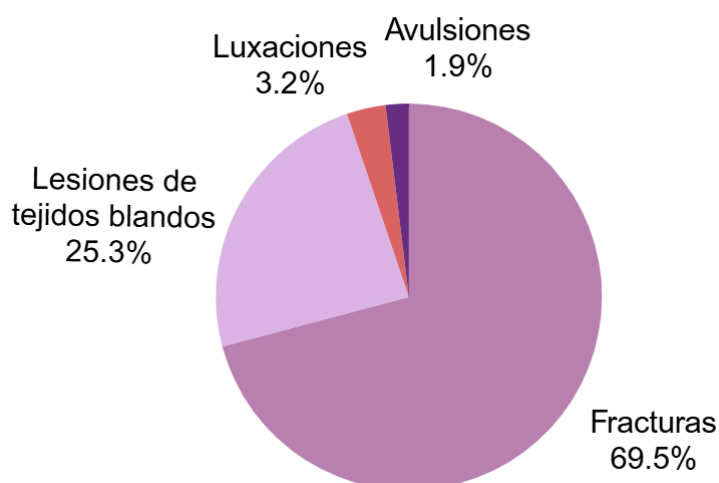


Fig. 3. Distribución global de los tipos de lesiones observadas en mujeres víctimas de violencia doméstica (62-64).

8.4.3. Educación y formación de profesionales

En total, participaron 1274 personas, de las cuales 772 eran odontólogos y 437 estudiantes. La mayoría de los estudios indicaron que los participantes no habían recibido formación previa en la detección de signos de violencia, a excepción del estudio de Femi-Ajao y cols. (58) que incorporó formación durante la investigación (programa IRIS).

El nivel medio de conocimiento entre profesionales y estudiantes de odontología sobre los signos físicos de violencia interpersonal alcanza un 73,8%. Estos signos físicos incluyen, por ejemplo, fracturas dentales o avulsiones, lesiones faciales y maxilofaciales, lesiones intraorales de los tejidos blandos o hematomas o equimosis.

Sin embargo, el nivel de conocimiento sobre los indicadores conductuales de violencia interpersonal es considerablemente menor, con una media del 47%. Entre estos indicadores se encuentran actitudes como la evasión del contacto visual, el miedo o la hipervigilancia, así como la resistencia a responder preguntas personales o la tendencia a ofrecer explicaciones confusas o contradictorias sobre el origen de las lesiones. Otros signos de alerta incluyen la presencia constante y controladora de la pareja durante la consulta, la falta reiterada a las citas o el abandono del tratamiento, cambios repentinos de comportamiento sin causa aparente y el hecho de que la persona evite ciertos tratamientos o se muestre excesivamente preocupada por los costos o las posibles reacciones del entorno.

Alshouibi y cols.(45), Farmer y cols. (57), Femi-Ajao y cols. (58), y Isaila y cols. (59) identifican un nivel de confianza limitado o moderado para actuar ante casos de violencia doméstica. Aunque Boyes y cols. (61) no evalúa con escalas el nivel de confianza, se reporta que la mayoría de los profesionales no se sienten cómodos ni seguros para intervenir, especialmente por falta de conocimiento sobre derivación.

Los resultados descriptivos sobre la evaluación de los conocimientos profesionales se muestran en la Tabla 8 y se diseñan en la Figura 4.

Tabla 8: Resultados descriptivos sobre la evaluación de los conocimientos profesionales.

	N participantes	Conocimiento sobre signos físicos (%)	Conocimiento sobre indicadores conductuales (%)
Alshouibi y cols. (45)	200	73	50
Boyes y cols. (61)	35	80	-
Farmer y cols. (57)	36	60	30
Femi-Ajao y cols. (58)	30	90	85
Isaila y cols. (59)	415	70	40
Meseli y Yildiz (60)	558	70	30
Total	1274		
Total media ponderada		73,8	47,0

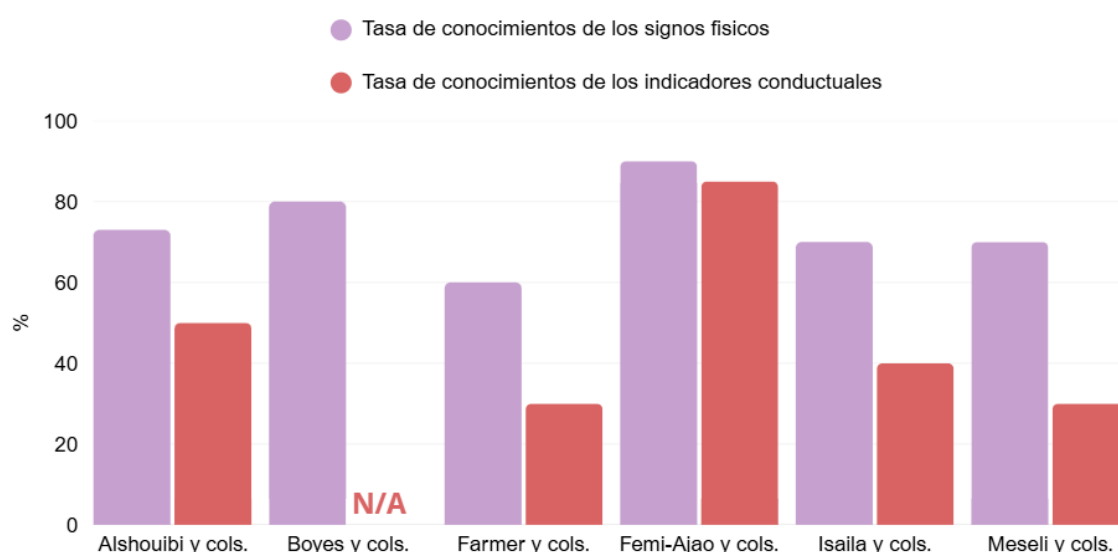


Fig. 4. Tasa de conocimientos de los signos físicos y indicadores conductuales por los profesionales del ámbito odontológico.

8.4.4. Técnicas y herramientas diagnósticas

En relación con las técnicas diagnósticas utilizadas, el estudio de Levin y cols. se basó en el análisis retrospectivo de registros hospitalarios provenientes del Registro Nacional de Trauma de Israel. Este sistema recopila información clínica detallada de pacientes hospitalizados, incluyendo la localización anatómica de las lesiones y la necesidad de intervención quirúrgica, aunque no se especifica el uso de técnicas de imagen concretas para el diagnóstico de las lesiones maxilofaciales. En cambio, el estudio de Gujrathi y cols. empleó un enfoque radiológico sistemático, mediante la revisión de tomografías

computarizadas (TC) de cabeza y cara realizadas a 96 pacientes que habían reportado violencia de pareja. Esta metodología permitió identificar y clasificar con precisión fracturas óseas y lesiones de tejidos blandos, y se considera una herramienta clave para la detección de patrones característicos de violencia interpersonal. Por su parte, el estudio de Alothmani y cols. utilizó tanto la evaluación clínica como exámenes radiográficos periapicales para diagnosticar traumatismos dentales. Los dientes afectados fueron evaluados mediante pruebas de vitalidad pulpar, palpación, percusión y estudios radiográficos con desplazamientos angulados, lo que permitió determinar el tipo de lesión y la necesidad de tratamiento endodóntico.

8.4.5. Perfil del agresor

En los estudios revisados, el perfil del agresor es consistente y claramente identificado como la pareja íntima actual o el cónyuge masculino de la víctima. En el estudio de Alothmani y cols. (63), todas las mujeres identificadas como víctimas de violencia habían sufrido agresiones por parte de su pareja sentimental, confirmadas mediante el test HITS. De manera similar, en los trabajos de Gujrathi y cols. (62) y Levin y cols. (64), los casos analizados fueron seleccionados específicamente por tratarse de situaciones de violencia de pareja íntima.

8.4.6. Límites y barreras

Entre las barreras más comunes para la detección de violencia se identificaron el temor a ofender al paciente, la alta carga laboral, la falta de formación específica, la presencia del agresor durante la atención, y dudas éticas sobre la confidencialidad. También se reportó una baja correlación entre el conocimiento conductual y la edad del profesional.

Como propuestas de mejora, los autores recomiendan formación continua, incorporación de protocolos claros de derivación, capacitación desde el pregrado con una formación médica específica y un mayor enfoque en la ética.

9. DISCUSIÓN

El objetivo principal de esta investigación fue analizar las características de las mujeres víctimas de violencia, la localización y el tipo de lesiones sufridas, así como evaluar la formación de los profesionales encargados de su atención. Los resultados evidenciaron que la mayoría de las víctimas eran mujeres jóvenes, con un alto porcentaje de lesiones localizadas en el rostro y la cabeza, lo que pone de manifiesto la gravedad y la intencionalidad de la violencia ejercida. Asimismo, se identificó una formación deficiente y dispar entre los profesionales sanitarios, especialmente en el abordaje integral de la violencia de género y en la correcta documentación e identificación de lesiones, lo cual representa una barrera significativa en la atención adecuada y en la cadena de denuncia y protección a las víctimas.

9.1. Evaluación de los sesgos

De la evaluación de sesgo con la guía STROBE, el artículo de Alothmani y cols. (63) indica claramente los objetivos y métodos de corte transversal, aunque el tamaño muestral es escaso, sin cálculo de potencia estadística claro (ítems 10 y 11). Se describen resultados de prevalencia, con análisis estadísticos elementales, pero con una limitada descripción de sesgos (ítem 9). El estudio retrospectivo de Boyes y cols. (61) con un muestreo de pacientes atendidos en un centro de trauma adapta varios ítems STROBE, pero no es un estudio transversal puro. Presenta datos de lugar, fecha, resultados, pero falta un cálculo formal de tamaño muestral y algo de análisis de confusores. El manuscrito de Gujrathi y cols. (62), de corte retrospectivo (observacional) describe con bastante detalle la muestra, el lugar y periodo, la base de datos consultada, y discute hallazgos comparándolos con otros estudios. Aun así, no hay un cálculo de muestra ni un análisis de confusión formal. Los artículos de Alshouibi y cols. (45), Isaila y cols. (59) y Meseli y Yildiz (60) se reconocen expresamente como estudios transversales basados en encuestas, cumpliendo en general la mayoría

de los puntos STROBE. Les falta, en distinto grado, el cálculo del tamaño muestral, un análisis estadístico detallado y un análisis exhaustivo de confusores y información clara sobre la financiación (ítem 22). En conjunto, casi todos los estudios cumplimentan los apartados esenciales de STROBE (título/resumen, objetivos, descripción de métodos y resultados, limitaciones y discusión), pero a menudo podrían mejorar siguiendo más puntualmente la checklist STROBE para estudios transversales.

En cuanto a la evaluación de los estudios de Farmer y cols. (57) y Femi-Ajao y cols. (58), se trata de buenos estudios cualitativos con objetivos claros, metodología adecuada (entrevistas/focus groups), análisis riguroso (temático o framework) y consideraciones éticas. Presentan resultados apoyados en citas textuales y discuten limitaciones. Ambos cumplen satisfactoriamente los ítems de la guía CASPe para estudios cualitativos y sus hallazgos son relevantes para la formación en violencia doméstica dentro del campo dental.

El estudio de cohorte de Levin y cols. (64) es válido, relevante y aplicable. Presenta un bajo riesgo de sesgo en el diseño y medida de exposición/resultados. Sin embargo, hubiera sido deseable un control más explícito de factores de confusión y una mayor claridad en los análisis estadísticos.

9.2. Edad

Los hallazgos de los estudios de Levin y cols. (64) (edad media: 44 años), Gujrathi y cols. (62) (35 años) y Alothmani y cols. (63) (28.4 años) son coherentes con investigaciones previas que muestran que la violencia de pareja íntima afecta principalmente a mujeres adultas jóvenes a medias, aunque también se extiende a mujeres mayores. En este sentido, la revisión de Roberto y cols. (65) subraya que la violencia no desaparece en edades avanzadas, aunque tiende a expresarse más en forma psicológica que física, lo que plantea un reto adicional para su detección. Estudios como el de Regueira-Diéguez y cols. (66) en España destacan que la franja de edad más común de víctimas se sitúa entre los 21 y 50 años (80.8%). Estos datos coinciden con los del estudio de Saddki y cols. (16)

en Malasia, donde las víctimas presentaban mayoritariamente entre 21 y 40 años y el 85.5% había sufrido episodios previos de violencia. Además, estos resultados son consistentes con la literatura previa, como el metaanálisis de De Souza Cantão y cols. (67), que indica una mayor prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en mujeres víctimas de violencia doméstica, particularmente en edades comprendidas entre los 18 y 45 años. Esto sugiere un patrón de abuso repetido en una etapa activa de la vida social y reproductiva de las mujeres.

9.3. Tipo de lesiones y localización de los traumatismos

A nivel clínico y forense, múltiples estudios señalan que las lesiones faciales son las más frecuentes en víctimas de violencia doméstica. Los datos recabados muestran un predominio claro de fracturas maxilofaciales y de lesiones de tejidos blandos, lo que concuerda con estudios como el de Zeitler (68), quien señala que las fracturas de nariz, mandíbula y órbitas son frecuentes en mujeres víctimas de violencia física, muchas veces acompañadas de lesiones dentales múltiples. El estudio de Caldas y cols. (69) también respalda esta observación, mostrando que, aunque las lesiones en tejidos blandos periorales son las más comunes (80.1%), las secuelas más graves y permanentes suelen estar relacionadas con fracturas dentales, luxaciones y avulsiones. Esto coincide con los hallazgos de Alothmani y cols. (63) donde el 84% de los casos presentó fracturas coronarias. Asimismo, Garbin y cols. (70) documentaron que las fracturas dentales representaron el 59.1% de las lesiones dentales en víctimas de violencia doméstica, seguidas por luxaciones (27.2%) y avulsiones (13.7%). Por su parte, Gassner y cols. (71) en un estudio extensivo de 6000 pacientes, confirman que las lesiones dentales son una parte sustancial del trauma facial, siendo las más frecuentes la subluxación dental (50.6%) y las fracturas coronarias (37.5%).

Las lesiones del tercio medio facial son predominantes según los estudios analizados. En especial, Gujrathi y cols. (62) y Levin y cols. (64) destacan el hueso nasal, el hueso cigomático y el maxilar superior como las estructuras óseas más comúnmente fracturadas. Estos datos se alinean con los de Saddki

y cols. (16), que encontraron un 60.6% de afectación en el tercio medio facial y una alta frecuencia de contusiones y abrasiones como resultado del impacto directo de puñetazos. La literatura radiológica también apoya estos hallazgos. Por ejemplo, Tang y cols. (72) señala que los huesos nasales, orbitarios y maxilares son los más susceptibles a impactos por violencia de pareja, detectables a través de estudios de imagen como la tomografía computarizada. Asimismo, Ochs y cols. (19) y Percacciante y cols. (23) concluyen que las lesiones en cabeza, cuello y cara tienen una alta sensibilidad para indicar violencia de pareja, aunque su especificidad es limitada.

Los estudios coinciden en que los puñetazos y bofetadas son los mecanismos más comunes de agresión en contextos de violencia doméstica, y que estos suelen dirigirse al rostro, provocando lesiones en tejidos blandos periorales, fracturas nasales y dentales, especialmente en incisivos. El reconocimiento de estas lesiones, tanto por su tipo como por su localización, puede actuar como indicador clínico en la identificación de posibles casos de violencia de pareja.

Estudios como los de Mgopa y cols. (73) y Rubini y cols. (74) resaltan que muchas de las víctimas de violencia no siempre tienen lesiones visibles de gran magnitud, pero sí sufren impactos funcionales y psicosociales considerables. Además, la ausencia de marcas de mordedura en los casos revisados también es relevante, ya que este tipo de lesión, aunque menos frecuente, ha sido descrita como un posible signo de abuso más íntimo y severo.

9.4. Educación y formación de profesionales

Los datos analizados reflejan una carencia significativa en la formación formal de odontólogos y estudiantes sobre la detección y gestión de signos de violencia de pareja, situación confirmada ampliamente en la literatura. El estudio de Bregulla y cols. (50) incluye que, pese a la posición estratégica de los odontólogos para detectar signos físicos de abuso, la educación sobre violencia doméstica sigue siendo marginal en los programas de formación odontológica, y

la mayoría de los profesionales no se sienten preparados para actuar adecuadamente.

Este vacío formativo se traduce en un nivel de conocimiento dispar entre los signos físicos (73,8%) y los indicadores conductuales (47%). El nivel medio de conocimiento sobre los signos físicos sugiere que, en general, los profesionales poseen una capacidad aceptable para reconocer manifestaciones clínicas visibles asociadas a situaciones de abuso. En contraste, la identificación de los indicadores conductuales revela una notable limitación en la capacidad para detectar señales más sutiles y de carácter psicológico que pueden manifestarse durante la atención odontológica. Esta diferencia es coherente con los hallazgos de Meseli y Yildiz (60) quienes observaron que, aunque los profesionales logran identificar lesiones físicas como hematomas, fracturas o laceraciones, presentan dificultades para reconocer signos conductuales más sutiles de violencia, como evasión del contacto visual o actitudes de sumisión.

Además, la baja autoconfianza para intervenir frente a la violencia doméstica, señalada en estudios como el de Farmer y cols. (57), refuerza la necesidad de intervenciones educativas más estructuradas. Los participantes del estudio cualitativo expresaron sentirse “paralizados” por miedo a “hacerlo mal”, lo que demuestra una necesidad urgente de capacitación práctica, más allá de los contenidos teóricos. En este sentido, iniciativas como el programa DRiDVA (Dentistry Responding in Domestic Violence and Abuse), evaluado por Femi-Ajao y cols. (58), han mostrado que una formación específica, acompañada de protocolos de derivación, mejora el conocimiento, la conciencia y la confianza del personal odontológico para abordar el tema del abuso. El estudio destaca que el acompañamiento de una figura referente (advocate educator) facilita la identificación y derivación de víctimas en entornos clínicos. El estudio de Meseli y Yildiz (60) no evalúa directamente la confianza, pero sugiere indirectamente que existe inseguridad para interpretar signos conductuales, lo que puede reflejar una confianza clínica limitada.

Aunque no se dispone de datos suficientes para establecer una relación estadísticamente significativa, se observa que el nivel de formación odontológica no parece determinar por sí solo el grado de conocimiento o preparación frente

a la violencia doméstica. En términos generales, los odontólogos en ejercicio cuentan con mayor experiencia clínica, pero muchas veces carecen de formación específica para identificar y actuar ante estos casos. Por su parte, los estudiantes de odontología, a pesar de su menor experiencia, pueden mostrar una mayor sensibilidad hacia el tema, sobre todo si han recibido algún tipo de formación o sensibilización en el ámbito académico. Asimismo, los auxiliares y el personal de apoyo cumplen un papel crucial, ya que suelen ser el primer punto de contacto con las pacientes y pueden identificar señales de alerta, aunque su capacitación en esta materia suele ser más limitada. En conjunto, la preparación para abordar la violencia doméstica parece estar más relacionada con la conciencia individual y la formación específica recibida, más que con el nivel académico o el rol profesional en sí.

Sin embargo, como apunta Bregulla y cols. (50) muchos odontólogos no se sienten suficientemente preparados para detectar o actuar ante estos casos debido a la escasa formación específica durante su formación académica y profesional. Este déficit formativo es reforzado por Buchanan y cols. (75) quienes mostraron que, tras la implementación de un taller específico sobre violencia de pareja en estudiantes de odontología, se logró una mejora significativa en su conocimiento y capacidad para derivar pacientes a servicios especializados. De manera concordante, Coulthard y cols. (76) demostraron que programas adaptados como IRIS-Dental pueden aumentar la detección y derivación de víctimas cuando se implementan en clínicas odontológicas, especialmente si incluyen entrenamiento práctico, herramientas de registro y conexión con servicios de apoyo.

En conjunto, todos los estudios coinciden en que los profesionales y estudiantes reconocen la importancia del papel del odontólogo ante la violencia doméstica y evidencian la necesidad de fortalecer la formación odontológica, no solo en la identificación clínica de lesiones físicas asociadas a violencia, sino también en el desarrollo de habilidades para detectar señales conductuales y ofrecer una atención segura, ética y empática a las personas en situación de vulnerabilidad. Sin embargo, también existen dudas éticas (59) sobre el deber de actuar, especialmente en casos donde se plantea la confidencialidad o el

consentimiento. El compromiso con la intervención aumenta tras recibir formación específica (57,58).

9.5. Técnicas y herramientas diagnósticas

Los resultados muestran una diversidad metodológica significativa en los estudios analizados. El enfoque retrospectivo de Levin y cols. (64), basado en registros hospitalarios, permite obtener información epidemiológica de gran escala sobre las lesiones maxilofaciales asociadas a violencia, pero su limitada especificidad diagnóstica, al no detallar el uso de técnicas de imagen, representa una debilidad para identificar patrones sutiles o crónicos de abuso. Esto contrasta con la aproximación más precisa del estudio de Gujrathi y cols. (62), que emplea tomografías computarizadas para caracterizar con detalle lesiones óseas y de tejidos blandos en víctimas que reportaron violencia de pareja, permitiendo así establecer correlaciones anatómicas relevantes.

En esta línea, Avon (31) enfatizó que los odontólogos forenses desempeñaban un papel crucial en la identificación de lesiones asociadas a violencia interpersonal, especialmente por su experiencia en la comparación de registros radiográficos ante mortem y post mortem, lo que reforzaba la importancia del uso sistemático de la imagenología en estos contextos. Además, Jijin y cols. (77) destacaron que la odontología forense, a través de radiografías, análisis de tejidos duros y características anatómicas, podía aportar evidencia decisiva tanto en casos de violencia como en la identificación de víctimas.

El estudio de Alothmani y cols. (63), por su parte, utiliza herramientas básicas de exploración dental como pruebas de vitalidad pulpar, percusión y radiografías periapicales para evaluar traumatismos dentales. Esta metodología demuestra cómo, incluso en entornos clínicos no hospitalarios, los odontólogos pueden detectar señales de violencia si se cuenta con un protocolo diagnóstico adecuado.

Sin embargo, como señalaron Lincoln y cols. (12) y Moreira y Pinto da Costa (4), la identificación no solo dependía de las herramientas técnicas, sino

también de la voluntad de actuar y del conocimiento de los protocolos institucionales y legales. Lincoln destacó que los odontólogos estaban en una posición clave para romper ciclos de violencia, especialmente en contextos donde el abuso permanecía oculto, mientras que Moreira evidenció cómo los profesionales de la salud, incluido el personal odontológico, podían sentirse inhibidos por dudas éticas o por desconocimiento de cómo proceder ante una sospecha de violencia.

Asimismo, Pereira y cols. (78) subrayaron que el abordaje de la violencia desde la atención odontológica de urgencias debía contemplar una perspectiva integral que no se limitara a la resolución técnica del trauma, sino que incorporara una actitud de acogida, escucha activa y capacidad de derivación oportuna. Esta postura fue respaldada por Santo Nascimento y cols. (79), quienes concluyeron en su revisión sistemática que, aunque las lesiones orofaciales eran comunes en contextos de violencia, los odontólogos muchas veces no identificaban los casos por falta de formación, protocolos claros y apoyo institucional.

9.6. Perfil del agresor

Los estudios revisados muestran de forma coherente que el agresor en los casos de violencia documentados es, en su mayoría, la pareja íntima actual o el cónyuge masculino de la víctima. Esta tendencia, observada en investigaciones como las de Alothmani y cols. (63), donde todas las mujeres víctimas identificaron a su pareja como el agresor mediante el test HITS, concuerda con lo descrito en otros estudios, como los de Gujrathi y cols. (62) y Levin y cols. (64), centrados específicamente en situaciones de violencia ejercida por compañeros sentimentales. Estos datos reafirman que la violencia interpersonal en el entorno íntimo tiene un fuerte componente de género, lo que plantea desafíos éticos y clínicos relevantes en la práctica odontológica.

Desde la odontología forense, Jijin y cols. (77) subrayaron que el análisis detallado de lesiones orofaciales, como fracturas dentales, hematomas y laceraciones en zonas accesibles, puede servir no solo para documentar el

abuso, sino también para establecer la intencionalidad y dirección de los golpes, ayudando a reconstruir el contexto en el que ocurrieron las agresiones. Estos hallazgos son clave cuando el agresor es alguien cercano, ya que permiten respaldar el testimonio de la víctima con evidencia clínica objetiva.

Coulthard y cols. (76) a través del programa IRIS adaptado a clínicas dentales, propusieron que una vía efectiva para enfrentar estos desafíos es dotar a los equipos odontológicos de herramientas prácticas y protocolos de derivación, particularmente cuando se detecta que el agresor forma parte del núcleo cercano de la víctima. En estos casos, es fundamental garantizar la seguridad del entorno clínico y habilitar espacios de confidencialidad que permitan a las pacientes hablar sin temor.

Finalmente, tanto Pereira y cols. (78) como Santo Nascimento y cols. (79) destacaron que el reconocimiento del agresor como pareja íntima resalta la importancia de una atención integral y humanizada. Pereira enfatizó que el profesional no debe limitarse a resolver el trauma físico, sino también estar atento a los indicadores emocionales o contextuales que podrían revelar una situación de abuso sostenido. Santo Nascimento concluyó que, a pesar de la frecuencia de lesiones orofaciales en contextos de violencia, muchas veces no se identifican precisamente por la normalización del entorno íntimo como espacio de seguridad, cuando en realidad puede ser el origen del daño.

9.7. Límites y barreras

Por su parte, Bregulla y cols. (50) y Buchanan y cols. (75) coincidieron en que, pese a que los odontólogos están en posición privilegiada para detectar signos de violencia, el reconocimiento del agresor como alguien del entorno íntimo sigue siendo un factor que frena la actuación. Muchos profesionales temen intervenir por falta de formación, inseguridad sobre su rol legal o por desconocimiento sobre cómo proceder tras la sospecha de un caso de violencia de pareja. Esta percepción también fue confirmada por Lincoln y cols. (12) quienes resaltaron que la dinámica de poder del agresor puede extenderse al

espacio clínico, generando un clima intimidante no solo para la víctima, sino también para el profesional, lo que frena la intervención incluso cuando se sospecha violencia.

Por otra parte, la presencia del agresor y la falta de espacios de confidencialidad son mencionadas por Moreira y Pinto da Costa (2023) como barreras importantes, ya que dificultan la posibilidad de que las víctimas se expresen con libertad. En su estudio cualitativo, los médicos de atención primaria manifestaron sentirse inhibidos para indagar en estos casos si no existían condiciones adecuadas para garantizar la privacidad de la paciente.

Desde un enfoque sociológico, Moreira y Pinto da Costa (4) destacaron que el entorno doméstico y de pareja es precisamente el contexto donde más frecuentemente se perpetúa la violencia. En su estudio cualitativo, los profesionales de la salud reconocieron la dificultad de intervenir cuando el agresor está presente en la consulta, lo que inhibe la posibilidad de que la víctima se exprese libremente.

Respecto a las dudas éticas sobre la confidencialidad, Santo Nascimento et al. (2021) y Pereira et al. (2022) coincidieron en que muchos profesionales no saben con claridad cuándo es su deber romper el silencio para proteger a la paciente y cuándo deben priorizar su autonomía. Esta ambigüedad ética se ve acentuada cuando no existen protocolos institucionales claros ni respaldo legal suficiente. Frente a estas barreras, los artículos coinciden en una serie de propuestas que pueden mejorar la capacidad de respuesta del personal odontológico: formación continua en violencia de género, capacitación obligatoria en el pregrado con un enfoque interdisciplinario, elaboración e implementación de protocolos claros de derivación, y fortalecimiento del abordaje ético, con énfasis en el equilibrio entre confidencialidad y deber de protección.

De un punto de vista más personal, el papel principal de un dentista que interviene en cualquier forma de violencia es interrumpir la violencia, no intentar resolver conflictos individuales ni proporcionar asesoramiento a las víctimas de la violencia. Reconocer simplemente los signos de violencia, hablar de ello en privado con el paciente y saber a dónde remitir a las víctimas de la violencia son

objetivos adecuados para un dentista que se ocupa de la violencia. Intentar dar consejos terapéuticos o asesoramiento a las víctimas de la violencia va más allá del ámbito de la odontología y, en algunas situaciones, puede causar más daño que beneficio.

10. CONCLUSIÓN

Conclusión principal

Las mujeres víctimas de violencia suelen presentar lesiones en la región maxilofacial. A pesar de que son las más propensas a detectar este tipo de lesiones, la formación de los profesionales sanitarios en violencia doméstica sigue siendo insuficiente, lo que limita su capacidad para identificar, tratar y derivar correctamente a las víctimas, lo que subraya la necesidad urgente de incorporar contenidos específicos y prácticos en los programas de formación.

Conclusiones secundarias

Las técnicas utilizadas por los profesionales de la salud y la justicia incluyen el uso de herramientas de cribado como HITS, exploraciones clínicas estandarizadas y protocolos de derivación, aunque la implementación aún es desigual y requiere mejoras en formación y recursos.

El perfil del agresor suele corresponder a hombres actuales o anteriores compañeros sentimentales, siendo común la repetición de episodios violentos, lo cual subraya la importancia de considerar factores de riesgo sociodemográficos y conductuales en la evaluación clínica y legal.

Entre los principales obstáculos para los profesionales sanitarios destacan el miedo a ofender al paciente, la falta de formación específica y la incertidumbre sobre el procedimiento adecuado tras la detección, lo cual limita la respuesta efectiva ante casos de violencia

11. BIBLIOGRAFIA

1. Kaur R, Garg S. Addressing domestic violence against women: an unfinished agenda. *Indian J Community Med.* 2008;33(2):73.
2. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *Lancet.* 2002 Oct 5;360(9339):1083–8.
3. WHO. Violence against women. 2023 Aug 10 [cited 2024 Dec 18]; Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
4. Moreira DN, Pinto da Costa M. The role of family doctors in the management of domestic violence cases - a qualitative study in Portugal. *BMC Health Serv Res.* 2023 Dec 1;23(1).
5. Bezgin S, Buzlu S. Domestic Violence: Views of Married Men and Factors Affecting Violence. *J Community Health Nurs.* 2023;40(3):207–18.
6. Moreira DN, Pinto da Costa M. The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. *Int J Law Psychiatry.* 2020 Jul 1;71.
7. Sánchez OR, Vale DB, Rodrigues L, Surita FG. Violence against women during the COVID-19 pandemic: An integrative review. *International Journal of Gynecology & Obstetrics.* 2020 Nov 1;151(2):180–7.
8. Barbara G, Facchin F, Micci L, Rendiniello M, Giulini P, Cattaneo C, et al. COVID-19, Lockdown, and Intimate Partner Violence: Some Data from an Italian Service and Suggestions for Future Approaches. <https://home.liebertpub.com/jwh> [Internet]. 2020 Oct 14 [cited 2025 Jan 28];29(10):1239–42. Available from: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2020.8590>
9. Senn DR, McDowell JD, Alder ME. Dentistry's role in the recognition and reporting of domestic violence, abuse and neglect. *Dent Clin North Am.* 2001 Apr 1;45(2):343–63.

10. Spedding RL, McWilliams M, McNicholl BP, Dearden CH. Markers for domestic violence in women. *J Accid Emerg Med.* 1999;16(6):400–2.
11. Huang V, Moore C, Bohrer P, Thaller SR. Maxillofacial injuries in women. *Ann Plast Surg.* 1998;41(5):482–4.
12. Lincoln HS, Lincoln MJ. Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture. *Forensic Sci Int.* 2010 Sep 1;201(1–3):68–73.
13. Milano Alyssa. Alyssa Milano on Twitter. X (previouslyTwitter) [Internet]. 2017 [cited 2025 Jan 28]; Available from: https://x.com/Alyssa_Milano/status/919659438700670976
14. Hindes S, Fileborn B. Reporting on sexual violence “inside the closet”: Masculinity, homosexuality and #MeToo. *Crime Media Cult.* 2020;17(2):163–84.
15. Anderson Monica, Toor Skye. How social media users have discussed sexual harassment since #MeToo went viral. Pew Research Center [Internet]. 2018 [cited 2025 Jan 28]; Available from: <https://www.pewresearch.org/short-reads/2018/10/11/how-social-media-users-have-discussed-sexual-harassment-since-metoo-went-viral/>
16. Saddki N, Suhaimi AA, Daud R. Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. *BMC Public Health.* 2010;10.
17. Halpern LR. Orofacial injuries as markers for intimate partner violence. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am.* 2010 May;22(2):239–46.
18. Le BT, Dierks EJ, Ueeck BA, Homer LD, Potter BF. Maxillofacial injuries associated with domestic violence. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery.* 2001;59(11):1277–83.
19. Ochs HA, Neuenschwander MC, Dodson TB. Are head, neck and facial injuries: Markers of domestic violence? *Journal of the American Dental Association.* 1996;127(6):757–61.
20. Wong JYH, ChoiAWM, Fong DYT, Wong JKS, Lau CL, Kam CW. Patterns, aetiology and risk factors of intimate partner violence-related injuries to

- head, neck and face in Chinese women. *BMC Womens Health*. 2014 Jan 10;14(1).
21. Nelms AP, Gutmann ME, Solomon ES, DeWald JP, Campbell PR. What victims of domestic violence need from the dental profession. *J Dent Educ*. 2009 Apr 1;73(4):490–8.
 22. Gerber B, Ahmad N, Parmar S. Trends in maxillofacial injuries in women, 2000-2004. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2009 Jul;47(5):374–7.
 23. Perciaccante VJ, Ochs HA, Dodson TB. Head, neck, and facial injuries as markers of domestic violence in women. *J Oral Maxillofac Surg*. 1999;57(7):760–2.
 24. Bacchus L, Mezey G, Bewley S. Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health Soc Care Community*. 2003;11(1):10–8.
 25. Ali AA, Yassin K, Omer R. Domestic violence against women in Eastern Sudan. *BMC Public Health*. 2014 Nov 4;14(1).
 26. da Nobrega Lorena Marques, Bernardino Í de M, Barbosa KGN, e Silva JAL, Massoni AC de LT, d'Avila S. Pattern of oral-maxillofacial trauma from violence against women and its associated factors. *Dental Traumatology*. 2017 Jun 1;33(3):181–8.
 27. Nobrega LM, Cavalcante GMS, Bernardino Í de M, Granville-Garcia AF, Ferreira EF, D'Avila S. Characteristics of violence against women in Campina Grande, north-eastern Brazil. *Tanzan J Health Res*. 2016 Jan 1;18(2).
 28. De Paula Silva CJ, Moura ACM, Paiva PCP, Ferreira RC, Silvestrini RA, Vargas AMD, et al. Maxillofacial Injuries as Markers of Interpersonal Violence in Belo Horizonte-Brazil: Analysis of the Socio-Spatial Vulnerability of the Location of Victim's Residences. *PLoS One*. 2015 Aug 14;10(8).

29. Balachander N, Babu NA, Jimson S, Priyadharsini C, Masthan KMK. Evolution of forensic odontology: An overview. *J Pharm Bioallied Sci.* 2015 Apr 1;7(Suppl 1):S176.
30. Keiser-Neilsen S. *Person Identification by Means of Teeth.* Bristol: John Wright and Sons; 1980.
31. Avon Sylvie Louise. Forensic Odontology: The Roles and Responsibilities of the Dentist. *J Can Dent Assoc.* 2004;70(7):453–8.
32. Krishan K, Kanchan T, Garg AK. Dental Evidence in Forensic Identification - An Overview, Methodology and Present Status. *Open Dent J.* 2015 Aug 19;9(1):250–6.
33. Mohammed F, Fairozekhan AT, Bhat S, Menezes RG. Forensic Odontology. Dental Science for the Medical Professional an Evidence-Based Approach. 2023 Aug 14;359–69.
34. Reid JS. Forensic Odontology. Dental Science for the Medical Professional an Evidence-Based Approach. 2023 Jan 1;359–69.
35. Whittaker David K. An introduction to forensic dentistry. *Quintessence Int (Berl).* 1994;25.
36. Amedo Oscar. The role of dentist in the identification of the victims of the catastrophe of the “Bazar de la Charite”, Paris, 4th May, 1897. *Dent Cosm.* 1897 May 4;39:905–12.
37. Campbell John Menzies. *Dentistry Then and Now.* Glasgow: Pickering and Inglis, Ltd; 1963.
38. Highfield R. Dental detective works gets to the root of Hitler mystery. *Daily Telegraph.* London; 1999.
39. Christoloukas N, Mitsea A. The CSI effect in Forensic Odontology. A systematic review. *Journal of Forensic Odonto-Stomatology.* 2022 Aug 1;40(2):38–43.

40. Ley BL, Jankowski N, Brewer PR. Investigating CSI: portrayals of DNA testing on a forensic crime show and their potential effects. *Public Underst Sci.* 2012 Jan;21(1):51–67.
41. Parish CL, Pereyra MR, Abel SN, Siegel K, Pollack HA, Metsch LR. Intimate partner violence screening in the dental setting: Results of a nationally representative survey. *J Am Dent Assoc.* 2018 Feb 1;149(2):112–21.
42. Barbara G, Facchin F, Micci L, Rendiniello M, Giulini P, Cattaneo C, et al. Covid-19, lockdown, and intimate partner violence: Some data from an italian service and suggestions for future approaches. *J Womens Health.* 2020 Oct 1;29(10):1239–42.
43. Hinchliffe J. Forensic odontology, part 5. Child abuse issues. *Br Dent J.* 2011 May 14;210(9):423–8.
44. Kundu Hansa, P Basavaraj, Singla Ashish, Kote Sunder, Singh Shilpi, Jain Swati, et al. Domestic violence and its effect on oral health behaviour and oral health status. *J Clin Diagn Res.* 2014;8(11).
45. Alshouibi EN. General dentists' readiness and barriers in intimate partner violence screening: a cross-sectional study in Jeddah City. *BMC Oral Health.* 2022;22(1).
46. Sweet D. Recognizing and Intervening in Domestic Violence: Proactive Role for Dentistry. *Medscape Womens Health.* 1996 Jun;1(6):3.
47. Schlesinger SL, Borbotsina J, O'Neill L. Petechial hemorrhages of the soft palate secondary to fellatio. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol.* 1975;40(3):376–8.
48. Femi-Ajao O. Perception of Women with Lived Experience of Domestic Violence and Abuse on the Involvement of the Dental Team in Supporting Adult Patients with Lived Experience of Domestic Abuse in England: A Pilot Study. *Int J Environ Res Public Health.* 2021 Feb 2;18(4):1–9.
49. Parish CL, Santella AJ. A Qualitative Study of Rapid HIV Testing and Lesbian, Gay, Bisexual, Transgender, and Queer Competency in the Oral

- Health Setting: Practices and Attitudes of New York State Dental Directors. *Oral Health Prev Dent*. 2018;16(4):333–8.
50. Bregulla JL, Hanisch M, Pfleiderer B. Dentists' Competence and Knowledge on Domestic Violence and How to Improve It-A Review. *Int J Environ Res Public Health*. 2022 Apr 1;19(7).
 51. United Nations. Sustainable Development. [Internet]. 2024 [cited 2024 Dec 26]. Gender equality: Goal 5: Achieve gender equality and empower all women and girls. Available from: <https://www.un.org/sustainabledevelopment/gender-equality/>
 52. Page MJ, Mckenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. 2021;372(71).
 53. Cano Arana A, González Gil T, Cabello JB por Casp. Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica Alicante: CASPe. 2010;Cuaderno III:3–8.
 54. Cabello JB por CASPe. Plantilla para ayudarte a entender Estudios de Cohortes. En: CASPe. Alicante: CASPe. Guías CASPe de Lectura Crítica de la Literatura Médica. 2005;Cuaderno II:23–7.
 55. Cuschieri S. The STROBE guidelines. *Saudi J Anaesth* [Internet]. 2019 Apr 1 [cited 2025 Mar 29];13(Suppl 1):S31. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC6398292/>
 56. Landis JR, Koch GG. An application of hierarchical Kappa type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. *Biometrics*. 1977 Jan 1;33(2):363–74.
 57. Farmer S, Ellis J, Alderson H. A qualitative study of dentists' and dental students' preparedness to support patients with lived experience of intimate partner violence and abuse. *Br Dent J*. 2024;
 58. Femi-Ajao O, Doughty J, Evans MA, Johnson M, Howell A, Robinson PG, et al. Dentistry responding in domestic violence and abuse (DRiDVA)

- feasibility study: a qualitative evaluation of the implementation experiences of dental professionals. *BMC Oral Health*. 2023 Dec 1;23(1).
59. Isailă OM, Hostiuc S, Curcă GC. Perspectives and Values of Dental Medicine Students Regarding Domestic Violence. *Medicina (Kaunas)* [Internet]. 2021 Aug 1 [cited 2024 Dec 15];57(8). Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34440991/>
 60. Meseli SE, Yildiz H. Dentists' knowledge about domestic violence against women: A questionnaire-based study. *Dent Med Probl*. 2024 Jul 1;61(4):563–75.
 61. Boyes H, Fan K. Maxillofacial injuries associated with domestic violence: experience at a major trauma centre. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2020 Feb 1;58(2):185–9.
 62. Gujrathi R, Tang A, Thomas R, Park H, Gosangi B, Stoklosa HM, et al. Facial injury patterns in victims of intimate partner violence. *Emerg Radiol*. 2022;29(4):697–707.
 63. Alothmani OS, Basfar RT, Siddiqui AY, Edrees HY, Alshouibi EN. Prevalence of Intimate Partner Violence and Endodontic Treatment Needs: Pilot Study. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2022;14:289–95.
 64. Levin L, Goldman S, Lin S, Radomislensky I, Savitsky B. Dental and maxillofacial injuries associated with domestic violence against women in Israel: A report for 2011-2021. *Dent Traumatol*. 2024 Mar 1;40(2):69–73.
 65. Roberto KA, McPherson MC, Brossoie N. Intimate Partner Violence in Late Life: A Review of the Empirical Literature. *Violence Against Women*. 2013 Dec;19(12):1538–58.
 66. Regueira-Diéguez A, Pérez-Rivas N, Muñoz-Barús JI, Vázquez-Portomeñe F, Rodríguez-Calvo MS. Intimate partner violence against women in Spain: A medico-legal and criminological study. *J Forensic Leg Med*. 2015 Jun 22;34:119–26.
 67. de Souza Cantão ABC, da Silva Lima TC, Fernandes MIAP, Nagendrababu V, Bastos JV, Levin L. Prevalence of dental, oral, and maxillofacial

- traumatic injuries among domestic violence victims: A systematic review and meta-analysis. *Dental Traumatology*. 2024 Mar 1;40(S2):33–42.
68. Zeitler DL. The Abused Female Oral and Maxillofacial Surgery Patient: Treatment Approaches for Identification and Management. *Oral Maxillofac Surg Clin North Am*. 2007 May;19(2):259–65.
69. Caldas IM, Grams AC, Afonso A, Magalhães T. Oral injuries in victims involving intimate partner violence. *Forensic Sci Int*. 2012 Sep 10;221(1–3):102–5.
70. Garbin CAS, e Queiroz APD de G, Rovidá TAS, Garbin AJI. Occurrence of traumatic dental injury in cases of domestic violence. *Braz Dent J*. 2012;23(1):72–6.
71. Gassner R, Bösch R, Tuli T, Emshoff R. Prevalence of dental trauma in 6000 patients with facial injuries: implications for prevention. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 1999;87(1):27–33.
72. Tang A, Wong A, Khurana B. Imaging of Intimate Partner Violence, From the AJR Special Series on Emergency Radiology. *American Journal of Roentgenology*. 2023;220(4):476–85.
73. Mgopa LR, Rosser BRS, Ross MW, Mohammed I, Lukumay GG, Massae AF, et al. Clinical Care of Victims of Interpersonal Violence and Rape in Tanzania: A Qualitative Investigation. *Int J Womens Health*. 2021;13:727–41.
74. Rubini E, Valente M, Sguazzi G, Trentin M, Ragazzoni L, Gino S. Forensic medical examination after conflict-related sexual violence: A scoping review of the literature. Vol. 106, *Journal of Forensic and Legal Medicine*. Churchill Livingstone; 2024.
75. Buchanan C, Kingsley K, Everett RJ. Longitudinal curricular assessment of knowledge and awareness of intimate partner violence among first-year dental students. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 Jun 1;18(11).
76. Coulthard P, Feder G, Evans MA, Johnson M, Walsh T, Robinson PG, et al. Dentistry responding to domestic violence and abuse: a dental, practice-

- based intervention and a feasibility study for a cluster randomised trial. *Br Dent J*. 2022 Dec 9;233(11):949–55.
77. Jayakrishnan JM, Reddy J, Vinod Kumar RB. Role of forensic odontology and anthropology in the identification of human remains. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*. 2021 Sep 1;25(3):543–7.
78. Pereira SGM, Vargas AMD, Sampaio AA, Silva CJ de P, Matoso B da SM, Ferreira EF e. Dentists' perceptions and attitudes towards emergency care for women in situations of violence: a scope review. *Cien Saude Colet*. 2022 Sep;27(9):3729–40.
79. de Jesus Santos Nascimento CT, de Oliveira MN, Vidigal MTC, Inocência GSG, de Andrade Vieira W, Franco A, et al. Domestic Violence against Women Detected and Managed in Dental Practice: a Systematic Review. Vol. 38, *Journal of Family Violence*. Springer; 2023. p. 149–60.

12. ANEXOS



PRISMA 2020 Checklist

Section and Topic	Item #	Checklist item	Location where item is reported
TITLE			
Title	1	Identify the report as a systematic review.	1
ABSTRACT			
Abstract	2	See the PRISMA 2020 for Abstracts checklist.	1-3
INTRODUCTION			
Rationale	3	Describe the rationale for the review in the context of existing knowledge.	7-13
Objectives	4	Provide an explicit statement of the objective(s) or question(s) the review addresses.	15-17
METHODS			
Eligibility criteria	5	Specify the inclusion and exclusion criteria for the review and how studies were grouped for the syntheses.	19-20
Information sources	6	Specify all databases, registers, websites, organisations, reference lists and other sources searched or consulted to identify studies. Specify the date when each source was last searched or consulted.	20-22
Search strategy	7	Present the full search strategies for all databases, registers and websites, including any filters and limits used.	20-22
Selection process	8	Specify the methods used to decide whether a study met the inclusion criteria of the review, including how many reviewers screened each record and each report retrieved, whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	22
Data collection process	9	Specify the methods used to collect data from reports, including how many reviewers collected data from each report, whether they worked independently, any processes for obtaining or confirming data from study investigators, and if applicable, details of automation tools used in the process.	23
Data items	10a	List and define all outcomes for which data were sought. Specify whether all results that were compatible with each outcome domain in each study were sought (e.g. for all measures, time points, analyses), and if not, the methods used to decide which results to collect.	23
	10b	List and define all other variables for which data were sought (e.g. participant and intervention characteristics, funding sources). Describe any assumptions made about any missing or unclear information.	24
Study risk of bias assessment	11	Specify the methods used to assess risk of bias in the included studies, including details of the tool(s) used, how many reviewers assessed each study and whether they worked independently, and if applicable, details of automation tools used in the process.	25
Effect measures	12	Specify for each outcome the effect measure(s) (e.g. risk ratio, mean difference) used in the synthesis or presentation of results.	26
Synthesis methods	13a	Describe the processes used to decide which studies were eligible for each synthesis (e.g. tabulating the study intervention characteristics and comparing against the planned groups for each synthesis (item #5)).	26
	13b	Describe any methods required to prepare the data for presentation or synthesis, such as handling of missing summary statistics, or data conversions.	26
	13c	Describe any methods used to tabulate or visually display results of individual studies and syntheses.	26
	13d	Describe any methods used to synthesize results and provide a rationale for the choice(s). If meta-analysis was performed, describe the model(s), method(s) to identify the presence and extent of statistical heterogeneity, and software package(s) used.	26
	13e	Describe any methods used to explore possible causes of heterogeneity among study results (e.g. subgroup analysis, meta-regression).	26
	13f	Describe any sensitivity analyses conducted to assess robustness of the synthesized results.	26
Reporting bias assessment	14	Describe any methods used to assess risk of bias due to missing results in a synthesis (arising from reporting biases).	26
Certainty assessment	15	Describe any methods used to assess certainty (or confidence) in the body of evidence for an outcome.	26
RESULTS			
Study selection	16a	Describe the results of the search and selection process, from the number of records identified in the search to the number of studies included in the review, ideally using a flow diagram.	27
	16b	Cite studies that might appear to meet the inclusion criteria, but which were excluded, and explain why they were excluded.	28
Study characteristics	17	Cite each included study and present its characteristics.	28
Risk of bias in studies	18	Present assessments of risk of bias for each included study.	29
Results of individual studies	19	For all outcomes, present, for each study: (a) summary statistics for each group (where appropriate) and (b) an effect estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval), ideally using structured tables or plots.	30-37
Results of syntheses	20a	For each synthesis, briefly summarise the characteristics and risk of bias among contributing studies.	30
	20b	Present results of all statistical syntheses conducted. If meta-analysis was done, present for each the summary estimate and its precision (e.g. confidence/credible interval) and measures of statistical heterogeneity. If comparing groups, describe the direction of the effect.	30
	20c	Present results of all investigations of possible causes of heterogeneity among study results.	30
	20d	Present results of all sensitivity analyses conducted to assess the robustness of the synthesized results.	30
Reporting biases	21	Present assessments of risk of bias due to missing results (arising from reporting biases) for each synthesis assessed.	30
Certainty of evidence	22	Present assessments of certainty (or confidence) in the body of evidence for each outcome assessed.	30
DISCUSSION			
Discussion	23a	Provide a general interpretation of the results in the context of other evidence.	38-48
	23b	Discuss any limitations of the evidence included in the review.	38-48
	23c	Discuss any limitations of the review processes used.	38-48
	23d	Discuss implications of the results for practice, policy, and future research.	38-48
OTHER INFORMATION			
Registration and protocol	24a	Provide registration information for the review, including register name and registration number, or state that the review was not registered.	
	24b	Indicate where the review protocol can be accessed, or state that a protocol was not prepared.	
	24c	Describe and explain any amendments to information provided at registration or in the protocol.	
Support	25	Describe sources of financial or non-financial support for the review, and the role of the funders or sponsors in the review.	
Competing interests	26	Declare any competing interests of review authors.	
Availability of data, code and other materials	27	Report which of the following are publicly available and where they can be found: template data collection forms; data extracted from included studies; data used for all analyses; analytic code; any other materials used in the review.	

From: Page MJ, McKenzie JE, Bossuyt PM, Boutron I, Hoffmann TC, Mulrow CD, et al. The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ* 2021;372:n71. doi: 10.1136/bmj.n71. This work is licensed under CC BY 4.0. To view a copy of this license, visit <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>.

Tabla 1: Resumen de las búsquedas de cada una de las bases de datos consultadas.

Base de datos	Búsqueda	Número de artículos
Pubmed	((abused women[MeSH Terms]) OR (abused woman[MeSH Terms]) OR (woman, abused[MeSH Terms]) OR (women, abused[MeSH Terms]) OR (battered woman[MeSH Terms]) OR ("neglect" [Title/Abstract]) OR (battered women[MeSH Terms]) OR (domestic violence[MeSH Terms]) OR (violence, domestic[MeSH Terms]) OR (abuse, partner[MeSH Terms]) OR ("intimate partner violence"[Title/Abstract])) AND ((maxillofacial injuries[MeSH Terms]) OR (maxillofacial injury[MeSH Terms]) OR ("oral injury" [Title/Abstract]) OR ("oral injuries"[Title/Abstract]) OR ("orofacial trauma" [Title/Abstract]) OR (legal medicine[MeSH Terms]) OR (dentistry, forensic[MeSH Terms]) OR (forensic dentistry[MeSH Terms]) OR (medicolegal[Title/Abstract]) OR ("dentist"[Title/Abstract]) OR ("dental"[Title/Abstract]) OR ("dental professional"[Title/Abstract])) AND ((tools[Title/Abstract]) OR (technic*[Title/Abstract]) OR (role[Title/Abstract]) OR (investigation[Title/Abstract]) OR (knowledge[Title/Abstract]) OR (limit*[Title/Abstract]) OR (screening[Title/Abstract])) NOT (child*) NOT (children) NOT (adolescent*) NOT (Elder) NOT (older) NOT (animal*).	52
Scopus	(TITLE-ABS-KEY (" abused women " OR " abused woman " OR " battered woman " OR " battered women " OR " domestic violence " OR " victims of violence " OR " domestic violence " OR " intimate partner violence ") AND TITLE-ABS-KEY (" orofacial trauma " OR " dental trauma " OR " maxillofacial injuries " OR " maxillofacial injury " OR " oral injuries " OR " forensic odontology " OR " forensic odontologist* " OR " forensic dentistry " OR " dental " OR " dentist " OR "dentistry ") AND TITLE-ABS-KEY (" screening " OR " technic* " OR " role " OR " tools " OR " knowledge ") AND NOT TITLE-ABS-KEY (" child* " OR " children " OR " adolescent* " OR " elder " OR " older " OR " animal* ")) AND PUBYEAR > 2018 AND PUBYEAR < 2025.	28
Web of Science	((abused women) OR (abused woman) OR (woman, abused) OR (women, abused]) OR (battered woman) OR (neglect) OR (battered women) OR (domestic violence) OR (domestic violence) OR (partner abuse*)) AND ((maxillofacial injuries) OR (maxillofacial injury) OR (oral injury) OR (oral injuries) OR (orofacial trauma) OR (legal medicine) OR (forensic dentistry) OR (medicolegal) OR (dentist*) OR (dental) OR (dental professional*)) AND ((tools) OR (technic*) OR (role) OR (investigation) OR (knowledge) OR (screening)) NOT (child*) NOT (children) NOT (adolescent*) NOT (Elder) NOT (older) NOT (animal*).	181

Tabla 2: Resumen de todos los estudios (n=9) incluidos en esta revisión según nuestros criterios de elegibilidad

Estudio	Título	Año de publicación	Objetivo del estudio
Alshouibi y cols.(45)	General dentists' readiness and barriers in intimate partner violence screening: a cross-sectional study in Jeddah City	2022	Evaluar la preparación y las barreras de los dentistas generales en la detección de violencia de pareja en entornos dentales.
Boyes y cols.(61)	Maxillofacial injuries associated with domestic violence: experience at a major trauma centre	2019	Identificar a los pacientes con lesiones faciales causadas por violencia doméstica y evaluar la confianza del equipo de cirugía maxilofacial en la evaluación de estos casos.
Farmer y cols.(57)	A qualitative study of dentists' and dental students' preparedness to support patients with lived experience of intimate partner violence and abuse	2024	Explorar si los dentistas y los estudiantes de odontología están preparados para apoyar a los pacientes con experiencia en violencia de pareja.
Femi-Ajao y cols.(58)	Dentistry responding in domestic violence and abuse (DRiDVA) feasibility study: a qualitative evaluation of the implementation experiences of dental professionals	2023	Evaluar la implementación de un programa de respuesta odontológica a la violencia de pareja en entornos clínicos dentales.
Isaila y cols.(59)	Perspectives and Values of Dental Medicine Students Regarding Domestic Violence	2021	Evaluar la perspectiva de los estudiantes de odontología sobre la violencia doméstica desde un punto de vista médico, social y ético.
Meseli y Yildiz(60)	Dentists' Knowledge About Domestic Violence Against Women: A Questionnaire-Based Study	2024	Evaluar el conocimiento de los dentistas sobre la violencia doméstica contra las mujeres, sus signos clínicos y conductuales, y su capacidad de identificación.
Allothmani y cols.(63)	Prevalence of Intimate Partner Violence and Endodontic Treatment Needs: Pilot Study	2022	Evaluar la prevalencia y la posible asociación entre la violencia de pareja (IPV) y las lesiones dentales traumáticas, así como la necesidad de tratamiento endodóntico.
Gujrathi y cols.(62)	Facial injury patterns in victims of intimate partner violence	2022	Evaluar los patrones de lesiones faciales en víctimas de violencia de pareja mediante estudios de imagen.
Levin y cols. (64)	Dental and maxillofacial injuries associated with domestic violence against women in Israel: A report for 2011–2021	2023	Evaluar las características clínicas y epidemiológicas de las lesiones dentales y maxilofaciales asociadas con la violencia doméstica contra mujeres, utilizando datos del Registro Nacional de Trauma de Israel.

Tabla 6: Preguntas o datos evaluados sobre la violencia doméstica por cada artículo.

Estudio	Nivel de formación	Percepción de los conocimientos	Confianza del profesional	Actitudes hacia el abordaje	Barreras para la intervención
Alshouibi y cols. (45)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Boyes y cols. (61)	Sí	No	Sí	Sí	Sí
Farmer y cols. (57)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Femi-Ajao y cols. (58)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Isaila y cols. (59)	Sí	Sí	Sí	Sí	Sí
Meseli y Yildiz (60)	Sí	Sí	No	Sí	Sí



PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe

Leyendo críticamente la evidencia clínica

10 preguntas para ayudarte a entender un estudio cualitativo

Comentarios generales

- Esta herramienta ha sido creada para aquéllos que no estén familiarizados con la investigación cualitativa ni sus perspectivas teóricas. Presenta varias preguntas que tratan, en líneas generales, algunos de los principios o supuestos que caracterizan la investigación cualitativa. *No es una guía categórica* y se recomienda una lectura más exhaustiva.
- Se consideran tres aspectos generales para la valoración de la calidad de un estudio cualitativo:

Rigor: hace referencia a la congruencia de la metodología utilizada para responder la pregunta de investigación.

Credibilidad: hace referencia a la capacidad que tienen los resultados de representar el fenómeno de estudio desde la subjetividad de los participantes.

Relevancia: hace referencia a la utilidad de los hallazgos en la práctica (evidencia cualitativa).
- Las dos primeras preguntas se pueden responder rápidamente y son preguntas “de eliminación”. Sólo si la respuesta es “sí” en ambas preguntas, merece la pena continuar con las preguntas restantes.
- En *itálica* y debajo de las preguntas, encontrarás una serie de pistas para contestar las mismas. Estas indicaciones están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. Anota la justificación de tu respuesta en el espacio indicado. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder todo con detalle!

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

A/ ¿Los resultados del estudio son válidos?

Preguntas "de eliminación"

1 ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación? <i>PISTA: Considera</i> - ¿Queda implícita/explicita la pregunta de investigación? - ¿Se identifica con claridad el objetivo/s de investigación? - ¿Se justifica la relevancia de los mismos?	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
2 ¿Es congruente la metodología cualitativa? <i>PISTA: Considera</i> - Si la investigación pretende explorar las conductas o experiencias subjetivas de los participantes con respecto al fenómeno de estudio. - ¿Es apropiada la metodología cualitativa para dar respuesta a los objetivos de investigación planteados?	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
3 ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos? <i>PISTA: Considera</i> - Si el investigador hace explícito y justifica el método elegido (p.ej. fenomenología, teoría fundamentada, etnología, etc.).	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO

¿Merece la pena continuar?

Preguntas “de detalle”

4 ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado? <i>PISTA: Considera si</i> - Hay alguna explicación relativa a la selección de los participantes. - Justifica por qué los participantes seleccionados eran los más adecuados para acceder al tipo de conocimiento que requería el estudio. - El investigador explica quién, cómo, dónde se convocó a los participantes del estudio.	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
5 ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado? <i>PISTA: Considera si</i> -El ámbito de estudio está justificado. -Si se especifica claramente y justifica la técnica de recogida de datos (p. ej. entrevistas, grupos de discusión, observación participante, etc.). -Si se detallan aspectos concretos del proceso de recogida de datos (p. ej. elaboración de la guía de entrevista, diseño de los grupos de discusión, proceso de observación). - Si se ha modificado la estrategia de recogida de datos a lo largo del estudio y si es así, ¿explica el investigador cómo y por qué? - Si se explicita el formato de registro de los datos (p. ej. grabaciones de audio/vídeo, cuaderno de campo, etc.) - Si el investigador alcanza la saturación de datos y reflexiona sobre ello.	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO

6 ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)? <i>PISTA: Considera</i> - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol en el proceso de investigación (el investigador como instrumento de investigación), incluyendo sesgos potenciales: - En la formulación de la pregunta de investigación. - En la recogida de datos, incluida la selección de participantes y la elección del ámbito de estudio. - Si el investigador refleja y justifica los cambios conceptuales (reformulación de la pregunta y objetivos de la investigación) y metodológicos (criterios de inclusión, estrategia de muestreo, técnicas de recogida de datos, etc.).	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
7 ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos? <i>PISTA: Considera</i> - Si el investigador ha detallado aspectos relacionados con: - El consentimiento informado. - La confidencialidad de los datos. - El manejo de la vulnerabilidad emocional (efectos del estudio sobre los participantes durante y después del mismo como consecuencia de la toma de consciencia de su propia experiencia). - Si se ha solicitado aprobación de un comité ético.	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO

B/ ¿Cuáles son los resultados?

8 ¿Fue el <i>análisis</i> de datos suficientemente riguroso? <i>PISTA: Considera</i> - Si hay una descripción detallada del tipo de análisis (de contenido, del discurso, etc.) y del proceso. - Si queda claro cómo las categorías o temas emergentes derivaron de los datos. - Si se presentan fragmentos originales de discurso significativos (verbatim) para ilustrar los resultados y se referencia su procedencia (p. ej. entrevistado 1, grupo de discusión 3, etc.) - Hasta qué punto se han tenido en cuenta en el proceso de análisis los datos contradictorios (casos negativos o casos extremos). - Si el investigador ha examinado de forma crítica su propio rol y su subjetividad de análisis.	☐ SÍ	☐ NO SÉ	☐ NO
9 ¿Es clara la exposición de los resultados? <i>PISTA: Considera si</i> - Los resultados corresponden a la pregunta de investigación. - Los resultados se exponen de una forma detallada, comprensible. - Si se comparan o discuten los hallazgos de la investigación con los resultados de investigaciones previas. - Si el investigador justifica estrategias llevadas a cabo para asegurar la credibilidad de los resultados (p.ej. triangulación, validación por los participantes del estudio, etc.) - Si se reflexiona sobre las limitaciones del estudio.	☐ SÍ	☐ NO SÉ	☐ NO

C/¿Son los resultados aplicables en tu medio?

10 ¿Son aplicables los resultados de la investigación?	☐ SÍ	☐ NO SÉ	☐ NO
<i>PISTA: Considera si</i> -El investigador explica la contribución que los resultados aportan al conocimiento existente y a la práctica clínica. - Se identifican líneas futuras de investigación. -El investigador reflexiona acerca de la transferibilidad de los resultados a otros contextos.			



PROGRAMA DE LECTURA CRÍTICA CASPe

Leyendo críticamente la evidencia clínica

11 preguntas para ayudarte a entender un estudio de cohortes

Comentarios generales

- Hay tres aspectos generales a tener en cuenta cuando se hace lectura crítica de un estudio de Cohortes:

¿Son válidos los resultados del estudio?

¿Cuáles son los resultados?

¿Pueden aplicarse a tu medio?

Las 11 preguntas contenidas en las siguientes páginas están diseñadas para ayudarte a pensar sistemáticamente sobre estos temas.

- Las dos primeras preguntas son “de eliminación” y pueden contestarse rápidamente. Sólo si la respuesta a estas dos preguntas es afirmativa, merece la pena continuar con las restantes.
- Puede haber cierto grado de solapamiento entre algunas de las preguntas.
- En *itálica* y debajo de las preguntas encontrarás una serie de pistas para contestar a las mismas. Están pensadas para recordarte por qué la pregunta es importante. ¡En los pequeños grupos no suele haber tiempo para responder a todo con detalle!

El marco conceptual necesario para la interpretación y el uso de estos instrumentos puede encontrarse en la referencia de abajo o/y puede aprenderse en los talleres de CASPe:

Juan B Cabello por CASPe. Lectura crítica de la evidencia clínica. Barcelona: Elsevier; 2015. (ISBN 978-84-9022-447-2)

A/ ¿Son los resultados del estudio válidos?

Preguntas de eliminación

1 ¿El estudio se centra en un tema claramente definido? <i>PISTA: Una pregunta se puede definir en términos de</i> - La población estudiada. - Los factores de riesgo estudiados. - Los resultados “outcomes” considerados. - ¿El estudio intentó detectar un efecto beneficioso o perjudicial?	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
2 ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada? <i>PISTA: Se trata de buscar posibles sesgos de selección que puedan comprometer que los hallazgos se puedan generalizar.</i> - ¿La cohorte es representativa de una población definida? - ¿Hay algo “especial” en la cohorte? - ¿Se incluyó a todos los que deberían haberse incluido en la cohorte? - ¿La exposición se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO

¿Merece la pena continuar?

Preguntas de detalle**3 ¿El resultado se midió de forma precisa con el fin de minimizar posibles sesgos?**☐

SÍ

☐

NO SÉ

☐

NO

PISTA: Se trata de buscar sesgos de medida o de clasificación:

- ¿Los autores utilizaron variables objetivas o subjetivas?
- ¿Las medidas reflejan de forma adecuada aquello que se supone que tiene que medir?
- ¿Se ha establecido un sistema fiable para detectar todos los casos (por ejemplo, para medir los casos de enfermedad)?
- ¿Se clasificaron a todos los sujetos en el grupo exposición utilizando el mismo tratamiento?
- ¿Los métodos de medida fueron similares en los diferentes grupos?
- ¿Eran los sujetos y/o el evaluador de los resultados ciegos a la exposición (si esto no fue así, importa)?

4 ¿Han tenido en cuenta los autores el potencial efecto de los factores de confusión en el diseño y/o análisis del estudio?

☐
SÍ

☐
NO SÉ

☐
NO

PISTA: Haz una lista de los factores que consideras importantes

- *Busca restricciones en el diseño y en las técnicas utilizadas como, por ejemplo, los análisis de modelización, estratificación, regresión o de sensibilidad utilizados para corregir, controlar o justificar los factores de confusión.*

Lista:

5 ¿El seguimiento de los sujetos fue lo suficientemente largo y completo?

☐

SÍ

☐

NO SÉ

☐

NO

PISTA:

- Los efectos buenos o malos deberían aparecer por ellos mismos.
- Los sujetos perdidos durante el seguimiento pueden haber tenido resultados distintos a los disponibles para la evaluación.
- En una cohorte abierta o dinámica, ¿hubo algo especial que influyó en el resultado o en la exposición de los sujetos que entraron en la cohorte?

B/ ¿Cuáles son los resultados?

6 ¿Cuáles son los resultados de este estudio?

PISTA:

- ¿Cuáles son los resultados netos?
- ¿Los autores han dado la tasa o la proporción entre los expuestos/no expuestos?
- ¿Cómo de fuerte es la relación de asociación entre la exposición y el resultado (RR)?

7 ¿Cuál es la precisión de los resultados?

C/ ¿Son los resultados aplicables a tu medio?

8 ¿Te parecen creíbles los resultados? <i>PISTA: ¡Un efecto grande es difícil de ignorar!</i> - ¿Puede deberse al azar, sesgo o confusión? - ¿El diseño y los métodos de este estudio son lo suficientemente defectuosos para hacer que los resultados sean poco creíbles? <i>Considera los criterios de Bradford Hill (por ejemplo, secuencia temporal, gradiente dosis-respuesta, fortaleza de asociación, verosimilitud biológica).</i>	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
9 ¿Los resultados de este estudio coinciden con otra evidencia disponible?	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
10 ¿Se pueden aplicar los resultados en tu medio? <i>PISTA: Considera si</i> - Los pacientes cubiertos por el estudio pueden ser suficientemente diferentes de los de tu área. - Tu medio parece ser muy diferente al del estudio. - ¿Puedes estimar los beneficios y perjuicios en tu medio?	☐ SÍ ☐ NO SÉ ☐ NO
11 ¿Va a cambiar esto tu decisión clínica?	

STROBE Statement—Checklist of items that should be included in reports of *cross-sectional studies*

	Item No	Recommendation
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract (b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found
Introduction		
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses
Methods		
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection
Participants	6	(a) Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias
Study size	10	Explain how the study size was arrived at
Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding (b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions (c) Explain how missing data were addressed (d) If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy (e) Describe any sensitivity analyses
Results		
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed (b) Give reasons for non-participation at each stage (c) Consider use of a flow diagram
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders (b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest
Outcome data	15*	Report numbers of outcome events or summary measures
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included (b) Report category boundaries when continuous variables were categorized (c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses

Discussion		
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results
Other information		
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based

*Give information separately for exposed and unexposed groups.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, Annals of Internal Medicine at <http://www.annals.org/>, and Epidemiology at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

DECLARACIÓN DE USO DE INTELIGENCIA ARTIFICIAL (IA) EN LA ELABORACIÓN DEL TFG

En la elaboración del presente trabajo, se ha recurrido a herramientas de inteligencia artificial para guiar el procedimiento metodológico, concretamente ChatGPT 4o.

Herramientas: ChatGPT 4o

Funciones: Se empleó la herramienta ChatGPT como apoyo complementario en tareas lingüísticas y estilísticas. Concretamente, se utilizó para la revisión de la gramática y ortografía, la reformulación de frases con el fin de lograr una expresión más clara y coherente, y la adaptación del lenguaje a un estilo formal y científico en español, conforme a los estándares académicos del ámbito odontológico. Además, se recurrió como apoyo en la definición y redacción precisa de los criterios de inclusión y exclusión de estudios y en la interpretación y cumplimentación de los ítems de la guía PRISMA 2020. En todos los casos, la autora del trabajo fue responsable de introducir los datos, interpretar los resultados y tomar las decisiones metodológicas y científicas pertinentes, garantizando la autoría íntegra y original del contenido.

Prompts utilizados: Reformular este párrafo en español académico, usando un estilo formal y adecuado". "Revisa la ortografía, puntuación y gramática de este texto redactado para la introducción de mi TFG.". "Estoy haciendo una revisión sistemática sobre el uso de la odontología forense para la prevención de las violencias domésticas. Ayúdame a redactar los criterios de inclusión y exclusión de forma clara y objetiva.". "Ayúdame a completar cada uno de los ítems de la guía PRISMA 2020 aplicados a mi revisión sistemática.".

Enlace: <https://chatgpt.com>

Romper el silencio: El papel de la odontología forense en la identificación y prevención de la violencia contra las mujeres: una revisión sistemática.

Breaking the silence: The role of forensic dentistry in the identification and prevention of violence against women: a systematic review.

Autores:

Camille Drouillard¹, Ana Garcia Navarro²

¹ 5th year student of the Dentistry degree at the European University of Valencia, Valencia, Spain.

² Dentist in private practice (surgery, restorative, prosthodontics, esthetics, periodontics and pediatric dentistry) and Professor Faculty of Dentistry, European University of Valencia, Valencia, Spain.

La correspondencia debe dirigirse a:

Ana Garcia Navarro
Universidad Europea de Valencia,
Paseo Alameda 7, 46010, Valencia, España
ana.garcia2@universidadeuropea.es

Resumen

La violencia contra las mujeres es un problema urgente de salud pública y derechos humanos. Este estudio evaluó la eficacia de la odontología forense en el diagnóstico, prevención y abordaje integral de la violencia doméstica, identificando desafíos y proponiendo mejoras. Se realizó una búsqueda en PubMed, Scopus y Web of Science hasta diciembre de 2024 seleccionando 9 estudios que incluyeron 949 mujeres víctimas y 1274 profesionales. Las lesiones más frecuentes fueron fracturas maxilofaciales y dentales, y los agresores fueron principalmente parejas íntimas. Se evidenció una formación insuficiente en los profesionales, con un conocimiento moderado de signos físicos y limitado de indicadores conductuales. Las principales barreras fueron el miedo a intervenir, la falta de protocolos y la presencia del agresor durante la atención. La odontología forense muestra un papel crucial, pero es fundamental mejorar la capacitación profesional e incorporar protocolos específicos en la práctica clínica.

Palabras claves: *Forensic odontology, Dental professional, Abused women, Maxillofacial injuries*

Abstract

Violence against women is an urgent public health and human rights issue. This study evaluated the effectiveness of forensic dentistry in diagnosing, preventing and comprehensively addressing domestic violence, identifying challenges and proposing improvements. A search of PubMed, Scopus and Web of Science was conducted until December 2024 selecting 9 studies including 949 female victims and 1274 professionals. The most frequent injuries were maxillofacial and dental fractures, and the aggressors were mainly intimate partners. There was evidence of insufficient training of professionals, with moderate knowledge of physical signs and limited knowledge of behavioural indicators. The main barriers were fear of intervention, lack of protocols and the presence of the aggressor during care. Forensic dentistry plays a crucial role, but it is essential to improve professional training and incorporate specific protocols in clinical practice.

Keywords: *Forensic odontology, Dental professional, Abused women, Maxillofacial injuries*

1. Introducción

La violencia contra las mujeres constituye una de las violaciones de derechos humanos más persistentes y devastadoras en el mundo actual, además de representar un problema crítico de salud pública. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente el 30% de las mujeres a nivel mundial han experimentado violencia física o sexual por parte de una pareja íntima en algún momento de sus vidas (Bezgin & Buzlu, 2023; WHO, 2023). Esta forma de violencia tiene consecuencias físicas, psicológicas y sociales profundas, y requiere estrategias de identificación y abordaje desde diversas disciplinas profesionales.

Entre ellas, la odontología forense ha emergido como una herramienta crucial en la detección de signos de abuso, dado que gran parte de las agresiones físicas afectan el área craneofacial (Nelms y cols., 2009; Wong y cols., 2014). Diversos estudios han demostrado que lesiones como fracturas maxilofaciales, avulsiones dentales, contusiones y laceraciones orales son frecuentes entre las víctimas de violencia doméstica (Halpern, 2010; Saddki y cols., 2010). En este sentido, el odontólogo forense ocupa una posición privilegiada para identificar signos de violencia que pueden pasar desapercibidos para otros profesionales de la salud (Bacchus y cols., 2003).

El conocimiento existente en la materia ha evidenciado importantes avances en cuanto a la descripción de los patrones de lesiones asociados a la violencia doméstica, así como en el reconocimiento de la responsabilidad ética y legal de los odontólogos en su identificación y notificación (Avon Sylvie Louise, 2004; Krishan y cols., 2015). Sin embargo, también persisten importantes carencias. La falta de formación específica en la detección de violencia en la formación de grado, el desconocimiento de los protocolos de actuación ante la sospecha de abuso y la escasez de investigaciones aplicadas que integren aspectos conductuales y emocionales de las víctimas en el contexto odontológico son barreras reconocidas (Ogunbowale y cols., 2022).

Existen además controversias en torno al papel que debe desempeñar el odontólogo en estos casos. Mientras algunos autores defienden un rol activo en la denuncia y apoyo a las víctimas (Morales Lastre y cols., 2024), otros alertan sobre los riesgos legales y éticos que puede implicar una intervención sin un adecuado sustento legal o sin garantizar la protección de la (Newton & Vandeven, 2010). La presencia del agresor durante la consulta, el temor a represalias y la falta de capacitación en habilidades de comunicación para abordar temas sensibles son obstáculos recurrentes que limitan la capacidad de los odontólogos para actuar eficazmente.

En este contexto, la odontología forense no solo debe centrarse en el reconocimiento de las lesiones físicas, sino también en el fortalecimiento de la formación clínica, ética y legal del

profesional, la implementación de protocolos de detección precoz, y el trabajo interdisciplinario con otros sectores de la salud y la justicia.

El presente trabajo tiene como objetivo general evaluar la eficacia de la odontología forense en el diagnóstico, prevención y abordaje integral de la violencia doméstica contra las mujeres.

2. Materiales y métodos

La presente revisión sistemática se llevó a cabo siguiendo la declaración de la Guía PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) (Page y cols., 2021) garantizando una información sistemática y exhaustiva de todas las fases de la investigación.

2.1. Pregunta PEO

El formato de la pregunta se estableció de acuerdo con la pregunta estructurada PEO:

- **P** (población): Mujeres víctimas potenciales o confirmadas de violencia.
- **E** (exposición): Uso de la odontología forense para diagnosticar y documentar signos de violencia (como lesiones orales, mordeduras humanas, fracturas maxilofaciales) y para desarrollar estrategias preventivas.
- **O** (resultados):
 - O1: Características de las mujeres víctimas de violencia y formación de los profesionales de la salud.
 - O2: Técnicas y herramientas diagnosticas
 - O3: Perfil del agresor.
 - O4: Límites y obstáculos.

2.2. Criterios de elegibilidad

Se examinaron los títulos y resúmenes, y los que cumplían los criterios de elegibilidad se seleccionaron para un análisis textual exhaustivo. Los estudios primarios debían tener un diseño observacional, ser ensayos clínicos aleatorizados controlados, estudios de cohortes prospectivos y retrospectivos y series de casos; estudios sobre individuos humanos, número de participantes ≥ 5 pacientes; publicados en alfabeto latino-romano, hasta diciembre de 2024. Los pacientes seleccionados se enfocaron en mujeres que eran víctimas potenciales o confirmadas de violencia física o sexual. Los estudios realizados se centraron en temas relacionados con odontología forense, odontología general, medicina y antropología forenses.

Se establecieron restricciones en cuanto al rango de edad de la muestra, excluyendo las niñas, adolescentes y ancianos. También se excluyeron los resúmenes, informes de casos, protocolos,

opiniones de expertos, cartas, o carteles. También revisiones sistemáticas y metaanálisis, estudios experimentales in vitro y en animales, investigaciones con información obsoleta. Rechazamos también la búsqueda relacionada con genética y patología forense.

2.3. Fuentes de información y estrategia de búsqueda

Se llevó a cabo una búsqueda automatizada en tres importantes bases de datos (PubMed, Scopus y Web of Science) con las siguientes palabras clave: "women", "female", "physical abuse", "victims of violence", "abused woman", "abused women", "battered woman", "battered women", "neglect", "domestic violence", "orofacial trauma", "dental trauma", "bite mark*", "maxillofacial injuries", "maxillofacial injury", "oral injury", "oral injuries", "forensic odontology", "forensic odontologist", "forensic dentistry", "legal medicine", "medicolegal", "dental", "dentist", "dental profesional", "knowledge". Las palabras claves fueron combinadas con los operadores booleanos AND, OR y NOT, así como con los términos controlados ("MeSH" y "Title/Abstract" para Pubmed, "TITLE-ABS-KEY" para Scopus) en un intento de obtener los mejores y más amplios resultados de búsqueda.

La búsqueda en Pubmed fue la siguiente: ((abused women[MeSH Terms]) OR (abused woman[MeSH Terms]) OR (woman, abused[MeSH Terms]) OR (women, abused[MeSH Terms]) OR (battered woman[MeSH Terms]) OR ("neglect" [Title/Abstract]) OR (battered women[MeSH Terms]) OR (domestic violence[MeSH Terms]) OR (violence, domestic[MeSH Terms]) OR (abuse, partner[MeSH Terms]) OR ("intimate partner violence"[Title/Abstract])) AND ((maxillofacial injuries[MeSH Terms]) OR (maxillofacial injury[MeSH Terms]) OR ("oral injury" [Title/Abstract]) OR ("oral injuries"[Title/Abstract]) OR ("orofacial trauma" [Title/Abstract]) OR (legal medicine[MeSH Terms]) OR (dentistry, forensic[MeSH Terms]) OR (forensic dentistry[MeSH Terms]) OR (medicolegal[Title/Abstract]) OR ("dentist*" [Title/Abstract]) OR ("dental" [Title/Abstract]) OR ("dental profesional*" [Title/Abstract])) AND ((tools[Title/Abstract]) OR (technic*[Title/Abstract]) OR (role[Title/Abstract]) OR (investigation[Title/Abstract]) OR (knowledge[Title/Abstract]) OR (limit*[Title/Abstract]) OR (screening[Title/Abstract])) NOT (child*) NOT (children) NOT (adolescent*) NOT (Elder) NOT (older) NOT (animal*).

Con el fin de identificar cualquier estudio elegible que la búsqueda inicial podría haber perdido, se completó la búsqueda con una revisión de las referencias proporcionadas en la bibliografía de cada uno de los estudios. Los estudios duplicados fueron eliminados de la revisión. Por otra parte, se llevó a cabo una búsqueda manual de un artículo científico.

2.4. Proceso de selección de los estudios

Se realizó un proceso de selección en tres etapas. La selección de los estudios fue llevada a cabo por dos revisores (CD, AG). En la primera etapa se filtraba por los títulos con el objeto de eliminar publicaciones irrelevantes. En la segunda etapa se realizaba el cribado por los resúmenes y se seleccionaba según el tipo de estudio, tipo de víctimas (niños, mujeres, ancianos), informaciones sobre el diagnóstico o la prevención y la gestión de los traumatismos y estudio del grado conocimiento y prevención de los profesionales de la salud. En la tercera etapa se filtraba según la lectura del texto completo y se procedió a la extracción de los datos usando para ello un formulario de recogida de datos previamente elaborado para confirmar la elegibilidad de los estudios. Los desacuerdos entre los revisores, en cada una de las fases, se resolvieron mediante discusión y, cuando fue necesario, un tercer revisor fue consultado.

2.5. Extracción de datos

Se extrajeron los siguientes datos de los estudios incluidos y se organizaron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 365: Datos del estudio como autores, título, año de publicación, tipo de estudio (randomizado controlado o no, prospectivo, retrospectivo, transversal, longitudinal, etc.). Información sobre las víctimas: Tamaño de la muestra, edad y perfil del agresor. Medidas de las lesiones: Tipo de lesión (contusiones, laceraciones, abrasiones, fracturas, mordeduras) y localización. Evaluación del diagnóstico de las lesiones: Tipo de herramientas (si existe o no) y técnicas diagnósticas (observacional, radiografía, con cuestionario). Evaluación de la prevención: Técnica de enseñar (sí, no, y en caso afirmativo el tipo de programa empleada), evaluación del conocimiento de los profesionales (reconocimientos de los signos físicos, indicadores conductuales), Protocolo empleados (sí, no, y en caso afirmativo el tipo de protocolo empleado). Límites y obstáculos del uso de la odontología forense en la prevención, el diagnóstico y la gestión de la violencia doméstica.

2.6. Valoración de la calidad

La valoración del riesgo de sesgo fue evaluada por dos revisores (CD, AG) con el objeto de analizar la calidad metodológica de los artículos incluidos. Para la medición de la calidad de los estudios cualitativos y observacionales se utilizó la escala CASPe “10 preguntas para ayudarte a entender un estudio cualitativo” (Cano Arana y cols., 2010) y para el estudio de cohorte, se utilizó la escala CASPe “11 preguntas para ayudarte a entender un estudio de cohortes” (Cabello, 2005) ; se consideró “bajo riesgo de sesgo” en el caso de una puntuación de estrellas >6 “SI” y “alto riesgo de sesgo” en el caso de una puntuación ≤ 6 “SI”. También

utilizamos la guía STROBE (Cuschieri, 2019) para evaluar las limitaciones de los estudios transversales; se consideró “bajo riesgo de sesgo” en lo caso que cumplen los veintidós criterios y de “alto riesgo de sesgo” cuando no se cumplen más de siete criterios y por tanto se considera que el estudio presenta un sesgo posible que debilita la fiabilidad de los resultados. El grado de acuerdo Inter examinador de la evaluación de la calidad metodológica se obtuvo con la prueba kappa de Cohen, siguiendo la escala propuesta por Landis y Koch (Landis & Koch, 1977).

2.7. Síntesis de datos

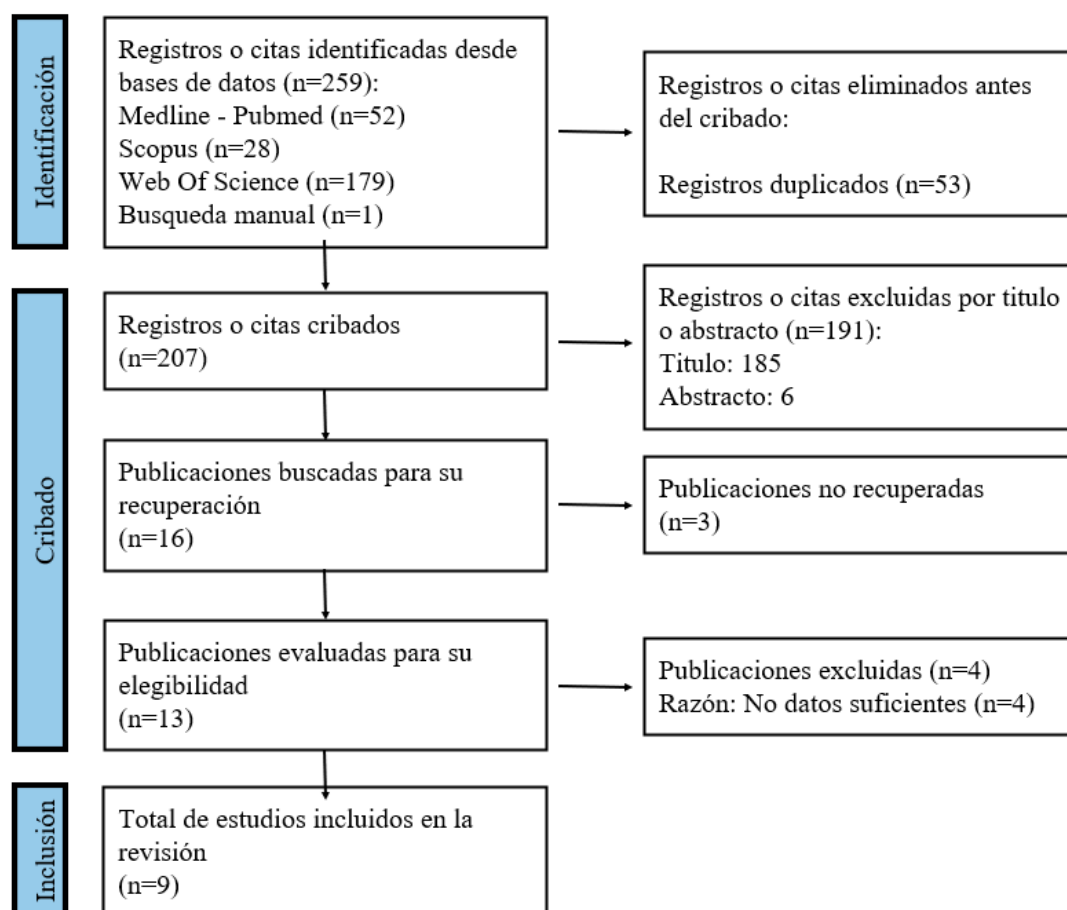
Con la finalidad de resumir y comparar las variables de resultados entre los diferentes estudios, las medias de los valores de las variables principales fueron agrupadas según el grupo de estudio. Puesto que las medias encontradas en los estudios analizados procedían de muestras con diferente número de mujeres víctimas de violencia doméstica y de profesionales implicados en los estudios de conocimientos, fue necesario calcular la media ponderada con el fin de obtener unos resultados representativos. Un metaanálisis no se pudo llevar a cabo por la falta de estudios randomizados que comparan ambos grupos de tratamiento, por lo que los resultados se enfocaron hacia un estudio descriptivo de las variables.

3. Resultados

3.1. Selección de estudios

Se obtuvieron un total de 259 artículos del proceso de búsqueda inicial: Medline-PubMed (n=52), Scopus (n=28) y Web of Science (n=179). Además, se obtuvo 1 estudio adicional a través de la búsqueda manual. De estas publicaciones, 15 se identificaron como artículos potencialmente elegibles mediante el cribado por títulos y resúmenes. Los artículos de texto completo fueron posteriormente obtenidos y evaluados a fondo. Como resultado, 9 artículos cumplieron con los criterios de inclusión y fueron incluidos en la presente revisión sistemática (Fig. 1). El valor k para el acuerdo interexaminador sobre la inclusión de los estudios fue de 1.0 (títulos y resúmenes) y 1.0 (textos completos) lo que indica un acuerdo "completo", respectivamente, según los criterios de Landis y Koch (1977).

Figura 1: Diagrama de flujo de búsqueda y proceso de selección de títulos durante la revisión sistemática.



3.2. Análisis de las características de los estudios revisados

De los 9 artículos incluidos en la presente revisión, 6 artículos describían la evaluación de los conocimientos en términos de violencia domestica (Alshouibi, 2022; Boyes & Fan, 2020; Farmer y cols., 2024; Femi-Ajao y cols., 2023; Isailă y cols., 2021; Meseli & Yildiz, 2024) y 3 evaluarían las violencias domesticas contra mujeres (Alothmani y cols., 2022; Gujrathi y cols., 2022; Levin y cols., 2024). Seis artículos fueron estudios transversales (Alothmani y cols., 2022; Alshouibi, 2022; Boyes & Fan, 2020; Gujrathi y cols., 2022; Isailă y cols., 2021; Meseli & Yildiz, 2024), 1 fue un estudio pseudo experimental (Femi-Ajao y cols., 2023), 1 un estudio cualitativo (Farmer y cols., 2024) y 1 un estudio de cohorte (Levin y cols., 2024).

3.3. Evaluación de la calidad metodológica

Para los 2 estudios cualitativo y observacional, fue considerado un bajo riesgo de sesgo (Tabla 1). El estudio de cohorte de considero bajo de sesgos (Tabla 2). Para los estudios transversales,

5 fueron considerados de alto riesgo de sesgo y 1 de sesgo moderado (Tabla 3). El valor k (Cohen kappa test) sobre el acuerdo entre los revisores de la calidad metodológica fue de 1 según la escala de Landis & Koch (1977).

Tabla 1.

Medición del riesgo de sesgo de los estudios cualitativo y observacional según la guía CASPe para estudio cualitativo.

CASPe: estudio cualitativo		
	Farmer y cols. (Farmer et al., 2024)	Femi-Ajao y cols. (Femi-Ajao et al., 2023)
1. ¿Se definieron de forma clara los objetivos de la investigación?	Sí	Sí
2. ¿Es congruente la metodología cualitativa?	Sí	Sí
3. ¿El método de investigación es adecuado para alcanzar los objetivos?	Sí	Sí
4. ¿La estrategia de selección de participantes es congruente con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	Sí
5. ¿Las técnicas de recogida de datos utilizados son congruentes con la pregunta de investigación y el método utilizado?	Sí	Sí
6. ¿Se ha reflexionado sobre la relación entre el investigador y el objeto de investigación (reflexividad)?	Parcial	Parcial
7. ¿Se han tenido en cuenta los aspectos éticos?	Sí	Sí
8. ¿Fue el análisis de datos suficientemente riguroso?	Sí	Sí
9. ¿Es clara la exposición de los resultados?	Sí	Sí
10. ¿Son aplicables los resultados de la investigación?	Sí	Sí
SESGO	BAJO	BAJO

Tabla 2.

Medición del riesgo de sesgo del estudio de cohorte según la guía CASPe para estudio de cohorte.

CASPe: estudio de cohorte	
	Levin y cols. (Levin et al., 2024)
1. ¿El estudio se centra en un tema claramente definido?	Sí
2. ¿La cohorte se reclutó de la manera más adecuada?	Sí
3. ¿El resultado se midió de forma precisa?	Sí
4. ¿Se han considerado factores de confusión?	Sí
5. ¿El seguimiento fue lo suficientemente largo y completo?	Sí
6. ¿Cuáles son los resultados?	Sí
7. ¿Cuál es la precisión de los resultados?	Parcial
8. ¿Te parecen creíbles los resultados?	Sí
9. ¿Coinciden con otra evidencia?	Sí
10. ¿Se pueden aplicar a tu medio?	Sí
11. ¿Va a cambiar tu decisión clínica?	Sí
SESGO	BAJO

Tabla 3.

Medición del riesgo de sesgo de los estudios transversales según la guía STROBE.

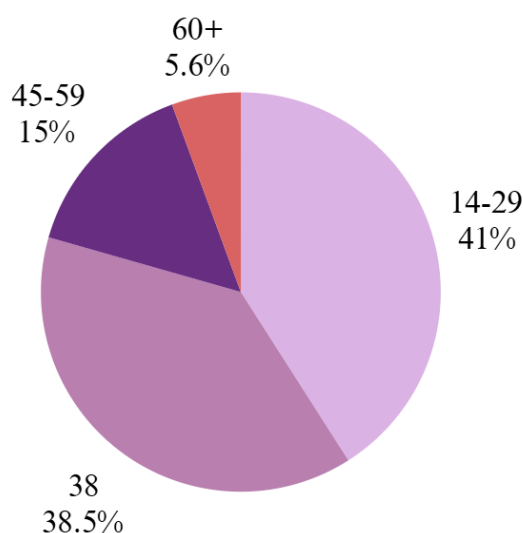
STROBE									
		Althumani y cols. (63)	Alshoubli y cols. (45)	Boyes y cols. (61)	Gujrathi y cols. (62)	Isalla y cols. (59)	Meseli y cols. (60)		
Título y resumen	(1a) Indicar el diseño del estudio con un término de uso común en el título o en el resumen. (1b) Proporcionar en el resumen un resumen informativo y equilibrado de lo que se ha hecho y lo que se ha encontrado.	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si		
Introducción									
Antecedentes	2. Explicar los antecedentes científicos y la justificación de la investigación de la que se informa.								
Objetivos	3. Enuncie los objetivos específicos, incluidas las hipótesis preestablecidas.								
Métodos									
Tipo del estudio	4. Presentar los elementos clave del tipo de estudio al principio del documento	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si		
Configuración	5. Describa el entorno, los lugares y las fechas pertinentes, incluidos los periodos de reclutamiento, exposición, seguimiento y recogida de datos.	Si Si	Si Si	No Si	Parcial Si	No Parcial	No Parcial	Si Si	
Participantes	6(a) Indique los criterios de admisibilidad y las fuentes y métodos de selección de los participantes. 7. Defina claramente todos los resultados, exposiciones, predictores, posibles factores de confusión y modificadores del efecto.	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si		
Variables	8. Para cada variable de interés, indique las fuentes de datos y los detalles de los métodos de evaluación (medición). Describa la comparabilidad de los métodos de evaluación si hay más de un grupo	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si		
Fuentes de datos/ medición	9. Describa los esfuerzos realizados para abordar las posibles fuentes de sesgo	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si		
Sesgo	10. Explique cómo se llegó al tamaño del estudio	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si		
Tamaño del estudio	11. Explique cómo se trataron las variables cuantitativas en los análisis. Si procede, describa qué agrupaciones se eligieron y por qué	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si		
Quantitativas variables	(12a) Describa todos los métodos estadísticos, incluidos los utilizados para controlar los factores de confusión. (12b) Describa los métodos utilizados para examinar los subgrupos y las interacciones (12c) Explique cómo se trataron los datos que faltaban (12d) Si procede, describa los métodos analíticos teniendo en cuenta la estrategia de muestreo. (12e) Describa cualquier análisis de sensibilidad	Si Si Si Si Si	Si Si Si Si Si	Si Si Si Si Si	Si Si Si Si Si	Si Si Si Si Si	Si Si Si Si Si		
Resultados									
Participantes	(13a) Informar del número de individuos en cada fase del estudio: número de individuos potencialmente elegibles, examinados para determinar su elegibilidad, confirmados como elegibles, incluidos en el estudio, que completan el seguimiento y analizados. (13b) Indique los motivos de la no participación en cada fase (13c) Considere el uso de un diagrama de flujo	Si No N/A	Si No N/A	Si No N/A	Si No N/A	Si No N/A	Si No N/A		
Datos descriptivos	(14a) Indicar las características de los participantes en el estudio (por ejemplo, demográficas, clínicas, sociales) e información sobre exposiciones y posibles factores de confusión. (14b) Indique el número de participantes con datos que faltan para cada variable de interés	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No	Si No		
Datos de resultados	15. Informar sobre el número de resultados o medidas de resumen (16a) Proporcione estimaciones no ajustadas y, si procede, estimaciones ajustadas por factores de confusión y su precisión (p. ej., intervalo de confianza del 95%). Aclare qué factores de confusión se ajustaron y por qué se incluyeron. (16b) Indique los límites de las categorías cuando se hayan categorizado variables continuas (16c) Si procede, considere la posibilidad de traducir las estimaciones de riesgo relativo en riesgo absoluto para un periodo de tiempo significativo. 17. Informe de otros análisis realizados, por ejemplo, análisis de subgrupos e interacciones y análisis de sensibilidad.	Si No Si Si Si No No	Si No Si Si Si No No	Si No Si Si Si No No	Si No Si Si Si No No	Si No Si Si Si No No	Si No Si Si Si No No		
Principales resultados									
Otros análisis									
Discusión									
Resultados claves	18. Resumir los principales resultados en relación con los objetivos del estudio	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si		
Limitaciones	19. Exponga las limitaciones del estudio, teniendo en cuenta las fuentes de posible sesgo o imprecisión. Discutir tanto la dirección como la magnitud de cualquier sesgo potencial.	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si		
Interpretación	20. Ofrecer una interpretación general prudente de los resultados teniendo en cuenta los objetivos, las limitaciones, la multiplicidad de análisis, los resultados de estudios similares y otras pruebas pertinentes.	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si		
Generalizabilidad	21. Discutir la generalizabilidad (validez externa) de los resultados del estudio.	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si	Si Si		
Otra información									
Financiación	22. Indique la fuente de financiación y el papel de los financiadores del presente estudio y, si procede, del estudio original en el que se basa el presente artículo.	No No	No No	No No	No No	No No	No No		
SESGO		ALTO	MODERADO	ALTO	ALTO	ALTO	ALTO		

3.4. Síntesis de resultados

Edad

Se evaluaron lesiones maxilofaciales en 234 mujeres víctimas de violencia en tres estudios. Levin y cols. (2024) analizaron mujeres hospitalizadas en Israel entre 2011 y 2021, con una edad media de 44 años. Gujrathi y cols. (2022) estudiaron 96 pacientes en Estados Unidos con lesiones faciales por violencia de pareja, registrando una edad media de 35 años (rango de 19 a 76 años). Alothmani y cols. (2022) evaluaron a 100 mujeres casadas en Arabia Saudita atendidas por traumatismos dentales, con una edad media de $28,4 \pm 5,7$ años, en un rango de 18 a 60 años. La edad media de las participantes fue de 35,8 años. Los resultados descriptivos sobre la edad de las mujeres víctimas de violencia se muestran en la Figura 2.

Figura 2: Desglose de mujeres víctimas por grupo de edad (Alothmani et al., 2022; Gujrathi et al., 2022; Levin et al., 2024).

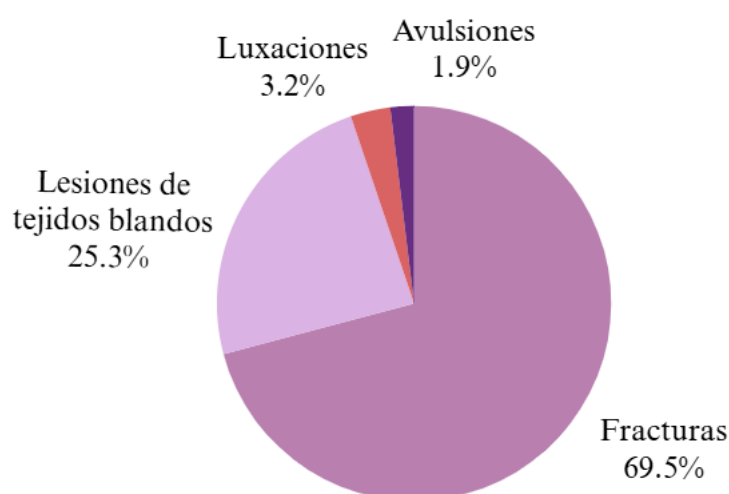


Tipo de lesiones y localización de los traumatismos

En total, se documentaron 290 lesiones maxilofaciales, incluyendo 214 fracturas y 78 lesiones de tejidos blandos. Solo Alothmani y cols. (2022) reportaron casos de luxaciones (10) y avulsiones dentales (6), sin que en ningún estudio se mencionaran marcas de mordedura. Levin y cols. (2024) identificaron como zonas más afectadas el maxilar superior, el hueso cigomático y la mandíbula, representando estas lesiones el 5% de las hospitalizaciones por violencia doméstica. Gujrathi y cols. (2022) observaron que el 67,7% de las víctimas presentaban daños en el tercio medio facial, principalmente en los huesos nasales, la mandíbula y las órbitas, con un 39,4% de lesiones de tejidos blandos en la región periorbitaria. Alothmani

y cols. (2022) centraron su análisis en traumatismos dentales, hallando mayoritariamente fracturas coronarias (84%), seguidas de luxaciones (10%) y avulsiones (6%), afectando principalmente dientes anteriores. El mecanismo de agresión predominante en todos los estudios fue el impacto directo por golpes. Los resultados descriptivos sobre el tipo de lesiones, la localización de los traumatismos y el mecanismo de agresión se muestran en la Figura 3.

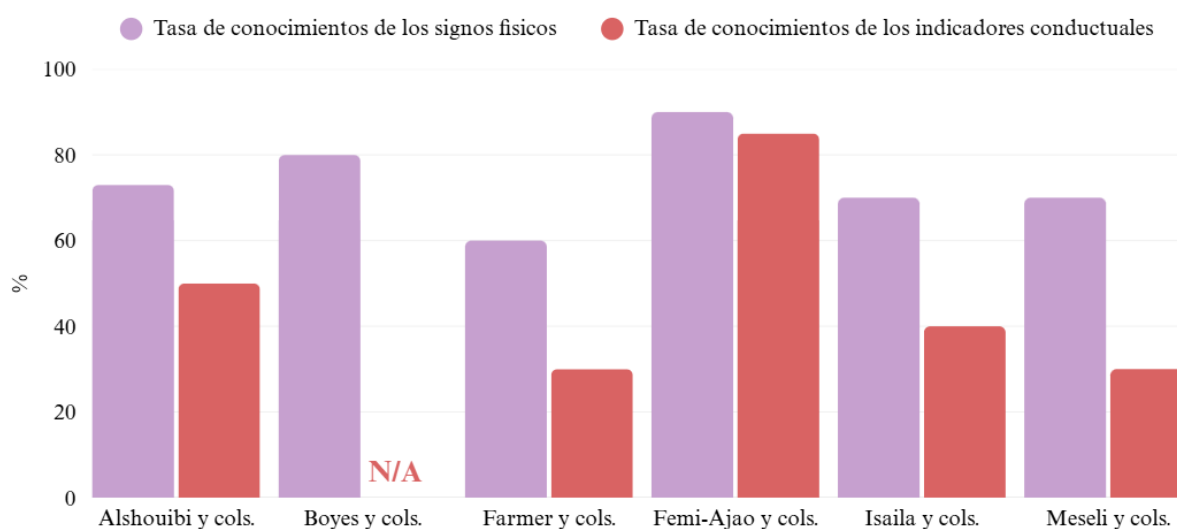
Figura 3: Distribución global de los tipos de lesiones observadas en mujeres víctimas de violencia doméstica (Alothmani et al., 2022; Gujrathi et al., 2022; Levin et al., 2024).



Educación y formación de profesionales

En total, 1274 personas participaron en los estudios, incluyendo 772 odontólogos y 437 estudiantes. La mayoría no había recibido formación previa en la detección de violencia, salvo en el estudio de Femi-Ajao y cols. (2023), que incorporó capacitación mediante el programa IRIS. El conocimiento medio sobre signos físicos de violencia interpersonal, como fracturas dentales, lesiones faciales o hematomas, fue del 73,8%, mientras que el conocimiento sobre indicadores conductuales, como evasión del contacto visual o miedo, fue considerablemente menor (47%). Además, estudios como los de Alshouibi y cols. (2022), Farmer y cols., Femi-Ajao y cols. (2023), e Isaila y cols. (2021) evidenciaron un nivel de confianza limitado para intervenir ante casos de violencia, atribuible principalmente a la falta de formación específica. Boyes y cols. (2020) también reportaron que los profesionales suelen sentirse incómodos o inseguros al actuar por desconocimiento sobre los procedimientos de derivación. Los resultados descriptivos sobre la evaluación de los conocimientos profesionales se muestran en la Figura 4.

Figura 4: Tasa de conocimientos de los signos físicos y indicadores conductuales por los profesionales del ámbito odontológico (Alshouibi, 2022; Boyes & Fan, 2020; Farmer et al., 2024; Femi-Ajao et al., 2023; Isailă et al., 2021; Meseli & Yildiz, 2024).



Técnicas y herramientas diagnósticas

Respecto a las técnicas diagnósticas, Levin y cols. (2024) realizaron un análisis retrospectivo de registros hospitalarios del Registro Nacional de Trauma de Israel, sin detallar el uso de técnicas de imagen específicas. Gujrathi y cols. (2022), en cambio, aplicaron un enfoque radiológico sistemático mediante tomografías computarizadas (TC) de cabeza y cara, lo que permitió una identificación precisa de fracturas y lesiones de tejidos blandos asociadas a violencia de pareja. Por su parte, Alothmani y cols. (2022) combinaron evaluación clínica y radiografías periapicales para diagnosticar traumatismos dentales, utilizando también pruebas de vitalidad pulpar, palpación y percusión para determinar el tipo de lesión y la necesidad de tratamiento endodóntico.

Perfil del agresor

En los estudios revisados, el agresor fue identificado de forma consistente como la pareja íntima o el cónyuge masculino de la víctima. En el estudio de Alothmani y cols. (2022), todas las mujeres confirmaron la agresión mediante la prueba HITS, mientras que Gujrathi y cols. (2022) y Levin y cols. (2024) seleccionaron casos específicamente relacionados con violencia de pareja íntima.

Límites y barreras

Las principales barreras para detectar violencia fueron el temor a ofender al paciente, la alta carga laboral, la falta de formación, la presencia del agresor y las dudas éticas sobre la confidencialidad. También se observó una baja correlación entre el conocimiento conductual y la edad del profesional. Como mejoras, se propuso fortalecer la formación continua, establecer protocolos claros de derivación, incluir capacitación desde el pregrado y reforzar la formación ética.

4. Discusión

4.1. Edad

Los estudios de Levin y cols. (2024), Gujrathi y cols. (2022) y Alothmani y cols. (2022) muestran que la violencia de pareja íntima afecta principalmente a mujeres adultas jóvenes y de mediana edad, aunque también se presenta en mujeres mayores. En este sentido, la revisión de Roberto y cols. (2013) subraya que la violencia no desaparece en edades avanzadas, aunque tiende a expresarse más en forma psicológica que física. Investigaciones como las de Regueira-Diéguez y cols. (2015) en España y Saddki y cols. (2010) en Malasia confirman que la mayoría de las víctimas tienen entre 21 y 50 años. Estos hallazgos coinciden con el metaanálisis de Souza Cantão y cols. (2024) que resalta una alta prevalencia de lesiones orales y maxilofaciales en mujeres de entre 18 y 45 años, evidenciando un patrón de abuso repetido en una etapa activa de la vida social y reproductiva de las mujeres.

4.2. Tipo de lesiones y localización de los traumatismos

A nivel clínico y forense, se ha observado que las lesiones faciales son las más frecuentes en víctimas de violencia doméstica, destacándose fracturas maxilofaciales y lesiones de tejidos blandos. Zeitler (2007) identificó que fracturas de nariz, mandíbula y órbitas son comunes, a menudo acompañadas de lesiones dentales. Caldas y cols. (2012) señalaron que, aunque las lesiones periorales de tejidos blandos predominan (80,1%), las fracturas dentales, luxaciones y avulsiones causan las secuelas más graves. De forma similar, Alothmani y cols. (2022) reportaron fracturas coronarias en el 84% de los casos, y Garbin y cols. (2012) registraron fracturas dentales en el 59,1% de las víctimas. Gassner y cols. (1999), en un extenso estudio, confirmaron la alta frecuencia de subluxaciones dentales (50,6%) y fracturas coronarias (37,5%).

Respecto a las estructuras óseas afectadas, los estudios de Gujrathi y cols. (2022), Levin y cols. (2024) y Saddki y cols. (2010) señalan el predominio de fracturas en el tercio medio facial, principalmente en hueso nasal, cigomático y maxilar superior. La literatura radiológica, como la de Tang y cols. (2023), respalda estos hallazgos, destacando el valor diagnóstico de la tomografía computarizada. Ochs y cols. (1996) y Percacciante y cols. (1999) concluyen que las lesiones en cabeza, cuello y cara son sensibles para identificar violencia de pareja, aunque con limitada especificidad.

Finalmente, se ha identificado que puñetazos y bofetadas, dirigidos mayormente al rostro, son los mecanismos de agresión más frecuentes, provocando lesiones periorales y fracturas nasales y dentales. Estudios como los de Mgopa y cols. (2021) y Rubini y cols. (2024) resaltan que, aunque algunas víctimas no presentan lesiones visibles severas, sufren importantes secuelas funcionales y psicosociales. La ausencia de marcas de mordedura también es un dato relevante, ya que su presencia podría indicar abuso más íntimo y severo.

4.3. Educación y formación de profesionales

Los datos analizados reflejan una carencia importante en la formación de odontólogos y estudiantes respecto a la detección y gestión de signos de violencia de pareja, un déficit ampliamente documentado en la literatura. Bregulla y cols. (2022) señalan que, pese a la posición estratégica del odontólogo, la educación en violencia doméstica sigue siendo marginal en los programas formativos, provocando que muchos profesionales no se sientan preparados para actuar. Esta falta de formación genera un conocimiento desigual: mientras el 73,8% puede identificar signos físicos, solo el 47% reconoce indicadores conductuales. Esta diferencia, también observada por Meseli y Yildiz (2024), evidencia que, aunque las lesiones visibles son reconocidas, los signos psicológicos sutiles, como evasión del contacto visual o actitudes de sumisión, pasan desapercibidos.

La baja autoconfianza para intervenir, destacada por Farmer y cols. (2024), subraya la necesidad de programas educativos más estructurados y prácticos. Iniciativas como el programa DRiDVA, evaluado por Femi-Ajao y cols. (2023), han demostrado que la formación específica, junto a protocolos claros y el acompañamiento de una figura referente, mejora significativamente el conocimiento, la conciencia y la confianza del personal odontológico. A pesar de las diferencias en niveles de experiencia, no se ha encontrado una correlación clara entre el nivel académico y la capacidad para abordar estos casos. Los odontólogos experimentados carecen, en muchos casos, de formación específica, mientras que los estudiantes, aunque con menos experiencia clínica, pueden mostrar mayor sensibilidad si han

recibido educación en la materia. El personal auxiliar también desempeña un papel clave, aunque suele contar con una preparación más limitada.

Bregulla y cols. (2022) y Buchanan y cols. (2021) coinciden en que la formación específica, como talleres enfocados en violencia de pareja, incrementa el conocimiento y la capacidad de derivación de los estudiantes de odontología. De forma similar, Coulthard y cols. (2007) demostraron que programas como IRIS-Dental, que combinan formación práctica, herramientas de registro y conexión con servicios de apoyo, aumentan la detección y derivación de víctimas. En conjunto, los estudios evidencian que tanto profesionales como estudiantes reconocen la importancia del rol del odontólogo en la violencia doméstica y destacan la necesidad urgente de reforzar la formación, no solo en el reconocimiento de lesiones físicas, sino también en la detección de señales conductuales, siempre dentro de un marco de actuación ética, respetando la confidencialidad y el consentimiento de las víctimas.

4.4. Técnicas y herramientas diagnósticas

Los resultados evidencian una notable diversidad metodológica en los estudios analizados. Levin y cols. (2024) emplearon un enfoque retrospectivo basado en registros hospitalarios, útil para obtener datos epidemiológicos a gran escala, pero limitado en la detección de patrones sutiles por la falta de técnicas de imagen detalladas. En contraste, Gujrathi y cols. (2022) utilizaron tomografías computarizadas, logrando caracterizar con mayor precisión las lesiones asociadas a violencia de pareja. Avon (2004) destacó el papel fundamental de los odontólogos forenses en la identificación de violencia interpersonal mediante la comparación de registros radiográficos, mientras que Jayakrishnan y cols. (2021) resaltaron el valor de la odontología forense en el análisis de tejidos duros y características anatómicas.

Alothmani y cols. (2022) demostraron que, mediante pruebas clínicas básicas y radiografías periapicales, es posible identificar traumatismos dentales relacionados con violencia, incluso en entornos no hospitalarios. Sin embargo, Lincoln y Lincoln (2010) y Moreira y Pinto da Costa (2023) subrayaron que la detección de violencia depende no solo de las herramientas técnicas, sino también de la voluntad de actuar y del conocimiento de protocolos legales e institucionales. Finalmente, Pereira y cols. (2022) y de Jesus Santos Nascimento y cols. (2023) insistieron en la necesidad de un enfoque integral en odontología de urgencias, que combine habilidades técnicas, actitud de escucha activa y protocolos de derivación, señalando que la falta de formación y apoyo institucional limita la identificación efectiva de casos de violencia.

4.5. Perfil del agresor

Los estudios revisados coinciden en que el agresor en los casos de violencia documentados suele ser la pareja íntima actual o el cónyuge masculino de la víctima. Investigaciones como las de Alothmani y cols. (2022), Gujrathi y cols. (2022) y Levin y cols. (2024) refuerzan esta tendencia, subrayando el componente de género en la violencia interpersonal en el ámbito íntimo, lo que plantea importantes desafíos éticos y clínicos en odontología. Desde la odontología forense, Jayakrishnan y cols. (2021) destacaron que el análisis detallado de lesiones orofaciales puede documentar el abuso y ayudar a reconstruir el contexto de las agresiones, ofreciendo evidencia clínica objetiva crucial en casos donde el agresor es cercano a la víctima. Coulthard y cols. (2007), mediante el programa IRIS adaptado a clínicas dentales, propusieron dotar a los equipos odontológicos de herramientas prácticas y protocolos de derivación, garantizando un entorno seguro y confidencial para las víctimas. Asimismo, Pereira y cols. (2022) y de Jesus Santos Nascimento y cols. (2023) enfatizaron la necesidad de una atención integral y humanizada. Subrayaron que el profesional debe ir más allá del tratamiento físico, prestando atención a indicadores emocionales o contextuales, y reconocer que el entorno íntimo, tradicionalmente percibido como seguro, puede ser origen de violencia.

4.6. Límites y barreras

Bregulla y cols. (2022) y Buchanan y cols. (2021) coinciden en que, aunque los odontólogos ocupan una posición privilegiada para detectar signos de violencia, el hecho de que el agresor pertenezca al entorno íntimo frena su actuación. La falta de formación, la inseguridad legal y el desconocimiento sobre los protocolos adecuados generan reticencias, como también señaló Lincoln y Lincoln. (2010), quien destacó que la dinámica de poder del agresor puede extenderse al espacio clínico, intimidando tanto a la víctima como al profesional. Moreira y Pinto da Costa (2023) subrayaron que la presencia del agresor y la ausencia de espacios de confidencialidad son barreras críticas que inhiben la posibilidad de expresión de las víctimas.

Desde un enfoque sociológico, Moreira y Pinto da Costa (2020) resaltaron que el entorno doméstico es el principal escenario de perpetuación de la violencia, y que la intervención resulta especialmente difícil cuando el agresor está presente. Además, de Jesus Santos Nascimento (2023) y Pereira (2020) señalaron las dudas éticas sobre cuándo romper la confidencialidad para proteger a la paciente, agravadas por la falta de protocolos claros y respaldo legal.

Como soluciones, los estudios proponen: formación continua en violencia de género, capacitación interdisciplinaria en el pregrado, implementación de protocolos de derivación y fortalecimiento ético del abordaje. Finalmente, se destaca que el papel del odontólogo no es

resolver conflictos ni asesorar, sino reconocer signos de violencia, intervenir con prudencia y remitir adecuadamente a las víctimas.

Bibliografía

- Allothmani, O. S., Basfar, R. T., Siddiqui, A. Y., Edrees, H. Y., & Alshouibi, E. N. (2022). Prevalence of Intimate Partner Violence and Endodontic Treatment Needs: Pilot Study. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 14, 289–295. <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S384335>
- Alshouibi, E. N. (2022). General dentists' readiness and barriers in intimate partner violence screening: a cross-sectional study in Jeddah City. *BMC Oral Health*, 22(1).
- Avon Sylvie Louise. (2004). Forensic Odontology: The Roles and Responsibilities of the Dentist. *J Can Dent Assoc*, 70(7), 453–458.
- Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2003). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health & Social Care in the Community*, 11(1), 10–18. <https://doi.org/10.1046/J.1365-2524.2003.00402.X>
- Bezgin, S., & Buzlu, S. (2023). Domestic Violence: Views of Married Men and Factors Affecting Violence. *Journal of Community Health Nursing*, 40(3), 207–218. <https://doi.org/10.1080/07370016.2023.2196960>
- Boyes, H., & Fan, K. (2020). Maxillofacial injuries associated with domestic violence: experience at a major trauma centre. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 58(2), 185–189. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2019.11.009>
- Bregulla, J. L., Hanisch, M., & Pfleiderer, B. (2022). Dentists' Competence and Knowledge on Domestic Violence and How to Improve It-A Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7). <https://doi.org/10.3390/IJERPH19074361>
- Buchanan, C., Kingsley, K., & Everett, R. J. (2021). Longitudinal curricular assessment of knowledge and awareness of intimate partner violence among first-year dental students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph18116039>

- Cabello, J. B. por CASPe. (2005). Plantilla para ayudarte a entender Estudios de Cohortes. En: CASPe. Alicante: CASPe. *Guías CASPe de Lectura Crítica de La Literatura Médica, Cuaderno II*, 23–27.
- Caldas, I. M., Grams, A. C., Afonso, A., & Magalhães, T. (2012). Oral injuries in victims involving intimate partner violence. *Forensic Science International*, 221(1–3), 102–105. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2012.04.010>
- Cano Arana, A., González Gil, T., & Cabello, J. B. por Casp. (2010). Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. *Guías CASPe de Lectura Crítica de La Literatura Médica. Alicante: CASPe, Cuaderno III*, 3–8.
- Coulthard, P., & Warburton, A. L. (2007). The role of the dental team in responding to domestic violence. *British Dental Journal*, 203(11), 645–648. <https://doi.org/10.1038/bdj.2007.1066>
- Cuschieri, S. (2019). The STROBE guidelines. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 13(Suppl 1), S31. https://doi.org/10.4103/SJA.SJA_543_18
- de Jesus Santos Nascimento, C. T., de Oliveira, M. N., Vidigal, M. T. C., Inocêncio, G. S. G., de Andrade Vieira, W., Franco, A., Ferreira, M. C., & Paranhos, L. R. (2023). Domestic Violence against Women Detected and Managed in Dental Practice: a Systematic Review. In *Journal of Family Violence* (Vol. 38, Issue 1, pp. 149–160). Springer. <https://doi.org/10.1007/s10896-021-00351-9>
- de Souza Cantão, A. B. C., da Silva Lima, T. C., Fernandes, M. I. A. P., Nagendrababu, V., Bastos, J. V., & Levin, L. (2024). Prevalence of dental, oral, and maxillofacial traumatic injuries among domestic violence victims: A systematic review and meta-analysis. *Dental Traumatology*, 40(S2), 33–42. <https://doi.org/10.1111/edt.12922>
- Farmer, S., Ellis, J., & Alderson, H. (2024). A qualitative study of dentists' and dental students' preparedness to support patients with lived experience of intimate partner violence and abuse. *British Dental Journal*. <https://doi.org/10.1038/s41415-024-8059-3>
- Femi-Ajao, O., Doughty, J., Evans, M. A., Johnson, M., Howell, A., Robinson, P. G., Armitage, C. J., Feder, G., & Coulthard, P. (2023). Dentistry responding in domestic violence and abuse (DRiDVA) feasibility study: a qualitative evaluation of the implementation experiences of dental professionals. *BMC Oral Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03059-y>

- Garbin, C. A. S., e Queiroz, A. P. D. de G., Roviada, T. A. S., & Garbin, A. J. I. (2012). Occurrence of traumatic dental injury in cases of domestic violence. *Brazilian Dental Journal*, 23(1), 72–76. <https://doi.org/10.1590/S0103-64402012000100013>
- Gassner, R., Bösch, R., Tuli, T., & Emshoff, R. (1999). Prevalence of dental trauma in 6000 patients with facial injuries: implications for prevention. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, 87(1), 27–33. [https://doi.org/10.1016/S1079-2104\(99\)70290-8](https://doi.org/10.1016/S1079-2104(99)70290-8)
- Gujrathi, R., Tang, A., Thomas, R., Park, H., Gosangi, B., Stoklosa, H. M., Lewis-O'Connor, A., Seltzer, S. E., Boland, G. W., Rexrode, K. M., Orgill, D. P., & Khurana, B. (2022). Facial injury patterns in victims of intimate partner violence. *EMERGENCY RADIOLOGY*, 29(4), 697–707. <https://doi.org/10.1007/s10140-022-02052-2>
- Halpern, L. R. (2010). Orofacial injuries as markers for intimate partner violence. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 22(2), 239–246. <https://doi.org/10.1016/J.COMS.2010.01.009>
- Isailă, O. M., Hostiuc, S., & Curcă, G. C. (2021). Perspectives and Values of Dental Medicine Students Regarding Domestic Violence. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(8). <https://doi.org/10.3390/MEDICINA57080780>
- Jayakrishnan, J. M., Reddy, J., & Vinod Kumar, R. B. (2021). Role of forensic odontology and anthropology in the identification of human remains. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, 25(3), 543–547. https://doi.org/10.4103/JOMFP.JOMFP_81_21
- Krishan, K., Kanchan, T., & Garg, A. K. (2015). Dental Evidence in Forensic Identification - An Overview, Methodology and Present Status. *The Open Dentistry Journal*, 9(1), 250–256. <https://doi.org/10.2174/1874210601509010250>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). An application of hierarchical Kappa type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. *Biometrics*, 33(2), 363–374. <https://doi.org/10.2307/2529786>
- Levin, L., Goldman, S., Lin, S., Radomislensky, I., & Savitsky, B. (2024). Dental and maxillofacial injuries associated with domestic violence against women in Israel: A report for 2011-2021. *Dental Traumatology: Official Publication of International Association for Dental Traumatology*, 40(2), 69–73. <https://doi.org/10.1111/EDT.12867>

- Lincoln, H. S., & Lincoln, M. J. (2010). Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture. *Forensic Science International*, 201(1–3), 68–73. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2010.03.027>
- Meseli, S. E., & Yildiz, H. (2024). Dentists' knowledge about domestic violence against women: A questionnaire-based study. *Dental and Medical Problems*, 61(4), 563–575. <https://doi.org/10.17219/dmp/171540>
- Mgopa, L. R., Rosser, B. R. S., Ross, M. W., Mohammed, I., Lukumay, G. G., Massae, A. F., Mushy, S. E., Mwakawanga, D. L., Mkonyi, E., Trent, M., Bonilla, Z. E., Wadley, J., & Leshabari, S. (2021). Clinical Care of Victims of Interpersonal Violence and Rape in Tanzania: A Qualitative Investigation. *INTERNATIONAL JOURNAL OF WOMENS HEALTH*, 13, 727–741. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S301804>
- Morales Lastre, C. C., Romero, M. de las M., Cahuana Mercado, I., Castillo Pedraza, M. C., & Wilches Visbal, J. H. (2024). El papel del odontólogo en la detección del maltrato y negligencia infantil. *Avances En Biomedicina*, 13(1), 38–48.
- Moreira, D. N., & Pinto da Costa, M. (2020). The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 71. <https://doi.org/10.1016/J.IJLP.2020.101606>
- Moreira, D. N., & Pinto da Costa, M. (2023). The role of family doctors in the management of domestic violence cases - a qualitative study in Portugal. *BMC Health Services Research*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/S12913-023-09501-9>
- Nelms, A. P., Gutmann, M. E., Solomon, E. S., DeWald, J. P., & Campbell, P. R. (2009). What victims of domestic violence need from the dental profession. *Journal of Dental Education*, 73(4), 490–498. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2009.73.4.tb04720.x>
- Newton, A. W., & Vandeven, A. M. (2010). The role of the medical provider in the evaluation of sexually abused children and adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19(6), 669–686. <https://doi.org/10.1080/10538712.2010.523448>,
- Ochs, H. A., Neuenschwander, M. C., & Dodson, T. B. (1996). Are head, neck and facial injuries: Markers of domestic violence? *Journal of the American Dental Association*, 127(6), 757–761. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1996.0311>

- Ogunbowale, A., Costello, L., McCormack, D., Ekanayake, K., & Kearns, G. J. (2022). Maxillofacial fractures in females: a 5-year retrospective review. *Irish Journal of Medical Science*, 191(1), 367–374. <https://doi.org/10.1007/S11845-021-02534-1>
- Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., McDonald, S., ... Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>
- Perciaccante, V. J., Ochs, H. A., & Dodson, T. B. (1999). Head, neck, and facial injuries as markers of domestic violence in women. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery : Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 57(7), 760–762. [https://doi.org/10.1016/S0278-2391\(99\)90808-X](https://doi.org/10.1016/S0278-2391(99)90808-X)
- Pereira, M. F. dos S. M. da P. (2020). *Research Centre for Criminal Law and Criminal Sciences*.
- Pereira, S. G. M., Vargas, A. M. D., Sampaio, A. A., Silva, C. J. de P., Matoso, B. da S. M., & Ferreira, E. F. e. (2022). Dentists' perceptions and attitudes towards emergency care for women in situations of violence: a scope review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(9), 3729–3740. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.22532021>
- Regueira-Diéguez, A., Pérez-Rivas, N., Muñoz-Barús, J. I., Vázquez-Portomeñe, F., & Rodríguez-Calvo, M. S. (2015). Intimate partner violence against women in Spain: A medico-legal and criminological study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 34, 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2015.05.012>
- Roberto, K. A., McPherson, M. C., & Brossoie, N. (2013). Intimate Partner Violence in Late Life: A Review of the Empirical Literature. *Violence Against Women*, 19(12), 1538–1558. <https://doi.org/10.1177/1077801213517564>
- Rubini, E., Valente, M., Sguazzi, G., Trentin, M., Ragazzoni, L., & Gino, S. (2024). Forensic medical examination after conflict-related sexual violence: A scoping review of the literature. In *Journal of Forensic and Legal Medicine* (Vol. 106). Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2024.102736>
- Saddki, N., Suhaimi, A. A., & Daud, R. (2010). Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. *BMC Public Health*, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-268>

- Tang, A., Wong, A., & Khurana, B. (2023). Imaging of Intimate Partner Violence, From the AJR Special Series on Emergency Radiology. *American Journal of Roentgenology*, 220(4), 476–485. <https://doi.org/10.2214/AJR.22.27973>
- WHO. (2023). *Violence against women*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Wong, J. Y. H., Choi, A. W. M., Fong, D. Y. T., Wong, J. K. S., Lau, C. L., & Kam, C. W. (2014). Patterns, aetiology and risk factors of intimate partner violence-related injuries to head, neck and face in Chinese women. *BMC Women's Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-6>
- Zeitler, D. L. (2007). The Abused Female Oral and Maxillofacial Surgery Patient: Treatment Approaches for Identification and Management. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 19(2), 259–265. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2007.01.003>

Financiamiento

Ninguno declarado.

Conflicto de interés

Ninguno declarado.

Declaración de autoría

Camille Drouillard (diseño, aportación significativa en el trabajo de campo, revisión teórica, análisis de datos, discusión y conclusiones, redacción y corrección del manuscrito). Ana García Navarro (diseño, aportación significativa en el trabajo de campo, revisión teórica, análisis de datos, discusión y conclusiones, redacción y corrección del manuscrito).

Breaking the silence: The role of forensic dentistry in the identification and prevention of violence against women: a systematic review.

Autores:

Camille Drouillard¹, Ana Garcia Navarro²

¹ 5th year student of the Dentistry degree at the European University of Valencia, Valencia, Spain.

² Dentist in private practice (surgery, restorative, prosthodontics, esthetics, periodontics and pediatric dentistry) and Professor Faculty of Dentistry, European University of Valencia, Valencia, Spain.

Correspondence should be addressed to:

Ana Garcia Navarro
European University of Valencia,
Paseo Alameda 7, 46010, Valencia, Spain
ana.garcia2@universidadeuropea.es

Abstract

Violence against women is an urgent public health and human rights issue. This study evaluated the effectiveness of forensic dentistry in diagnosing, preventing and comprehensively addressing domestic violence, identifying challenges and proposing improvements. A search of PubMed, Scopus and Web of Science was conducted until December 2024 selecting 9 studies including 949 female victims and 1274 professionals. The most frequent injuries were maxillofacial and dental fractures, and the aggressors were mainly intimate partners. There was evidence of insufficient training of professionals, with moderate knowledge of physical signs and limited knowledge of behavioural indicators. The main barriers were fear of intervention, lack of protocols and the presence of the aggressor during care. Forensic dentistry plays a crucial role, but it is essential to improve professional training and incorporate specific protocols in clinical practice.

Keywords: *Forensic odontology, Dental professional, Abused women, Maxillofacial injuries*

1. Introduction

Violence against women constitutes one of the most persistent and devastating human rights violations in today's world, in addition to representing a critical public health issue. According to the World Health Organization (WHO), approximately 30% of women worldwide have experienced physical or sexual violence by an intimate partner at some point in their lives (Bezgin & Buzlu, 2023; WHO, 2023). This form of violence has profound physical, psychological, and social consequences and requires identification and intervention strategies from various professional disciplines.

Among them, forensic dentistry has emerged as a crucial tool in the detection of signs of abuse, given that a large proportion of physical assaults affect the craniofacial area (Nelms et al., 2009; Wong et al., 2014). Several studies have shown that injuries such as maxillofacial fractures, dental avulsions, contusions, and oral lacerations are common among victims of domestic violence (Halpern, 2010; Saddki et al., 2010). In this regard, the forensic dentist holds a privileged position to identify signs of violence that may go unnoticed by other healthcare professionals (Bacchus et al., 2003).

The existing body of knowledge has revealed significant advances in describing the injury patterns associated with domestic violence, as well as in recognizing the ethical and legal responsibilities of dentists in identifying and reporting such cases (Avon Sylvie Louise, 2004; Krishan et al., 2015). However, substantial gaps remain. The lack of specific training in violence detection during undergraduate education, unawareness of action protocols in suspected abuse cases, and the scarcity of applied research that integrates behavioral and emotional aspects of victims within the dental context are recognized barriers (Ogunbowale et al., 2022).

Furthermore, there is ongoing controversy regarding the role that dentists should play in these cases. While some authors advocate for an active role in reporting and supporting victims (Morales Lastre et al., 2024), others warn about the legal and ethical risks of intervening without adequate legal grounds or without ensuring the victim's safety (Newton & Vandeven, 2010). The presence of the aggressor during the consultation, fear of retaliation, and lack of communication skills training to address sensitive topics are recurring obstacles that limit dentists' ability to act effectively.

In this context, forensic dentistry must not only focus on the recognition of physical injuries but also on strengthening the clinical, ethical, and legal training of professionals, implementing early detection protocols, and fostering interdisciplinary work with other sectors of health and justice.

The main objective of this study is to evaluate the effectiveness of forensic dentistry in the diagnosis, prevention, and comprehensive management of domestic violence against women.

2. Materials and Methods

This systematic review was conducted following the PRISMA guidelines (Preferred Reporting Items for Systematic reviews and Meta-Analyses) (Page et al., 2021), ensuring systematic and comprehensive reporting of all research phases.

2.1. PEO Question

The research question was formulated using the PEO framework:

- P (Population): Women who are potential or confirmed victims of violence.
- E (Exposure): Use of forensic dentistry to diagnose and document signs of violence (such as oral injuries, human bite marks, maxillofacial fractures) and to develop preventive strategies.
- O (Outcomes):
 - O1: Characteristics of female victims and training of healthcare professionals.
 - O2: Diagnostic techniques and tools.
 - O3: Aggressor profile.
 - O4: Limitations and obstacles.

2.2. Eligibility Criteria

Titles and abstracts were screened, and those meeting the eligibility criteria were selected for full-text analysis. Primary studies had to be observational, randomized controlled trials, prospective or retrospective cohort studies, or case series; involve human subjects with ≥ 5 participants; be published using the Latin alphabet by December 2024. Included patients were women who were potential or confirmed victims of physical or sexual violence. The selected studies focused on forensic dentistry, general dentistry, forensic medicine, and anthropology.

Age range restrictions excluded children, adolescents, and the elderly. Abstracts, case reports, aprotocols, expert opinions, letters, posters, systematic reviews, meta-analyses, in vitro or animal studies, and outdated or irrelevant forensic genetics and pathology research were also excluded.

2.3. Sources of Information and Search Strategy

An automated search was conducted in three major databases (PubMed, Scopus, and Web of Science) using keywords such as: "women", "female", "physical abuse", "victims of violence", "abused woman", "abused women", "battered woman", "battered women", "neglect", "domestic violence", "orofacial trauma", "dental trauma", "bite mark*", "maxillofacial injuries", "oral injury", "forensic odontology", "forensic odontologist", "forensic dentistry", "legal medicine", "medicolegal", "dental", "dentist", "dental professional", and "knowledge". These were combined using Boolean operators (AND, OR, NOT) and controlled vocabulary terms (MeSH, Title/Abstract for PubMed; TITLE-ABS-KEY for Scopus) to ensure broad and accurate results. The PubMed search was conducted using the following query: ((abused women[MeSH Terms]) OR (abused woman[MeSH Terms]) OR (woman, abused[MeSH Terms]) OR (women, abused[MeSH Terms]) OR (battered woman[MeSH Terms]) OR ("neglect"[Title/Abstract]) OR (battered women[MeSH Terms]) OR (domestic violence[MeSH Terms]) OR (violence, domestic[MeSH Terms]) OR (abuse, partner[MeSH Terms]) OR ("intimate partner violence"[Title/Abstract])) AND (((maxillofacial injuries[MeSH Terms]) OR (maxillofacial injury[MeSH Terms]) OR ("oral injury"[Title/Abstract]) OR ("oral injuries"[Title/Abstract]) OR ("orofacial trauma"[Title/Abstract]) OR (legal medicine[MeSH Terms]) OR (dentistry, forensic[MeSH Terms]) OR (forensic dentistry[MeSH Terms]) OR (medicolegal[Title/Abstract]) OR ("dentist*"[Title/Abstract]) OR ("dental"[Title/Abstract]) OR ("dental professional*"[Title/Abstract])) AND (((tools[Title/Abstract]) OR (technic*[Title/Abstract]) OR (role[Title/Abstract]) OR (investigation[Title/Abstract]) OR (knowledge[Title/Abstract]) OR (limit*[Title/Abstract]) OR (screening[Title/Abstract])) NOT (child*) NOT (children) NOT (adolescent*) NOT (Elder) NOT (older) NOT (animal*).

To identify any potentially eligible studies that might have been missed during the initial search, a review of the reference lists in the bibliographies of each selected study was conducted. Duplicate studies were excluded from the review. Additionally, a manual search was performed for one scientific article.

2.4. Study Selection Process

A three-stage selection process was carried out. The selection of studies was performed by two reviewers (CD, AG). In the first stage, titles were screened to eliminate irrelevant publications. In the second stage, abstracts were reviewed and studies were selected based on study type, type of victims (children, women, elderly), information related to diagnosis or prevention,

trauma management, and the assessment of healthcare professionals' knowledge and preventive practices. In the third stage, full texts were read, and data were extracted using a pre-designed data collection form to confirm the eligibility of the studies. Disagreements between the reviewers at any stage were resolved through discussion, and when necessary, a third reviewer was consulted.

2.5. Data Extraction

The following data were extracted from the included studies and organized in a Microsoft Excel spreadsheet: Study data such as authors, title, year of publication, type of study (randomized controlled or not, prospective, retrospective, cross-sectional, longitudinal, etc.). Victim-related information included: sample size, age, and aggressor profile. Injury data included: type of injury (contusions, lacerations, abrasions, fractures, bite marks) and location. Diagnostic evaluation included: type of tools (if any) and diagnostic techniques (observational, radiographic, questionnaire-based). Prevention evaluation included: teaching method (yes or no, and if yes, the type of program used), assessment of professionals' knowledge (recognition of physical signs and behavioural indicators), and use of protocols (yes or no, and if yes, the type of protocol used). Also recorded were limitations and barriers in the use of forensic dentistry for the prevention, diagnosis, and management of domestic violence.

2.6. Quality Assessment

Risk of bias was assessed by two reviewers (CD, AG) with the aim of analyzing the methodological quality of the included articles. For evaluating the quality of qualitative and observational studies, the CASPe checklist "10 questions to help you understand a qualitative study" (Cano Arana et al., 2010) was used. For the cohort study, the CASPe checklist "11 questions to help you understand a cohort study" (Cabello, 2005) was applied. A score of more than 6 "YES" answers was considered indicative of low risk of bias, while a score of 6 or fewer was considered high risk of bias. The STROBE guideline (Cuschieri, 2019) was also used to assess limitations in cross-sectional studies; studies fulfilling all 22 criteria were deemed to have a low risk of bias, whereas failure to meet more than seven criteria indicated a high risk of bias, thus compromising the reliability of the results. Inter-examiner agreement in the quality assessment was measured using Cohen's kappa coefficient, following the scale proposed by Landis and Koch (1977).

2.7. Data Synthesis

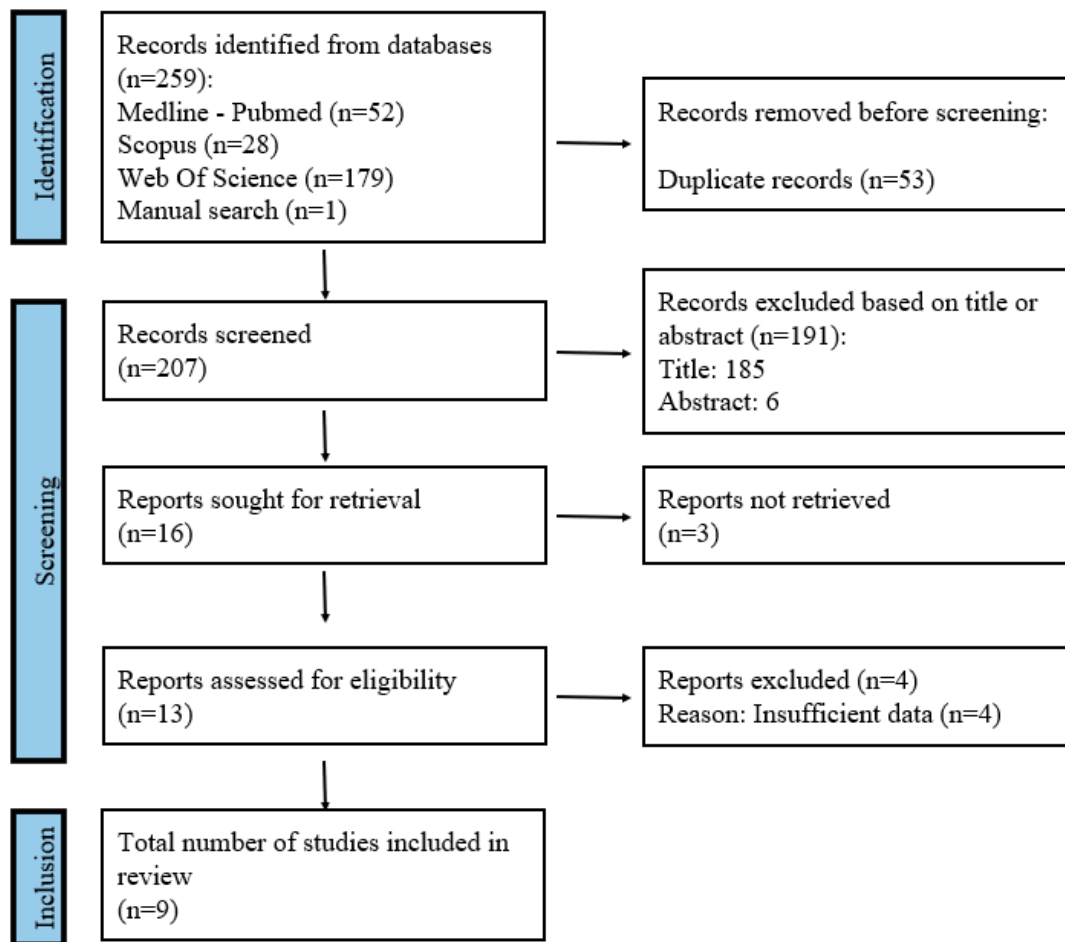
In order to summarize and compare outcome variables across the different studies, the means of the main variable values were grouped according to the study group. Since the means reported in the analysed studies came from samples with different numbers of female victims of domestic violence and healthcare professionals involved in knowledge assessments, it was necessary to calculate the weighted mean to obtain representative results. A meta-analysis could not be conducted due to the lack of randomized studies comparing treatment groups; therefore, the findings were presented as a descriptive analysis of the variables.

3. Results

3.1. Study Selection

A total of 259 articles were retrieved from the initial search process: Medline-PubMed (n=52), Scopus (n=28), and Web of Science (n=179). In addition, 1 additional study was identified through manual search. Of these publications, 15 were identified as potentially eligible through title and abstract screening. Full-text articles were subsequently obtained and thoroughly evaluated. As a result, 9 articles met the inclusion criteria and were included in this systematic review (Fig. 1). The inter-examiner agreement (k-value) for study inclusion was 1.0 for both title/abstract screening and full-text evaluation, indicating “perfect” agreement according to the criteria of Landis and Koch (1977).

Figure 1. Flow diagram of the search and title selection process during the systematic review.



3.2. Analysis of the Characteristics of the Reviewed Studies

Of the 9 articles included in the present review, 6 focused on the assessment of knowledge related to domestic violence (Alshouibi, 2022; Boyes & Fan, 2020; Farmer et al., 2024; Femi-Ajao et al., 2023; Isailă et al., 2021; Meseli & Yildiz, 2024), and 3 examined cases of domestic violence against women (Alothmani et al., 2022; Gujrathi et al., 2022; Levin et al., 2024).

Six of the articles were cross-sectional studies (Alothmani et al., 2022; Alshouibi, 2022; Boyes & Fan, 2020; Gujrathi et al., 2022; Isailă et al., 2021; Meseli & Yildiz, 2024), one was a quasi-experimental study (Femi-Ajao et al., 2023), one was a qualitative study (Farmer et al., 2024), and one was a cohort study (Levin et al., 2024).

3.3. Methodological Quality Assessment

The two qualitative and observational studies were considered to have a low risk of bias (Table 1). The cohort study was also classified as having a low risk of bias (Table 2). Among the cross-sectional studies, five were considered to have a high risk of bias, and one was assessed as

having a moderate risk of bias (Table 3). The k-value (Cohen's kappa test) for inter-reviewer agreement on methodological quality assessment was 1, indicating "perfect agreement," according to the scale proposed by Landis & Koch (1977).

Table 1.

Risk of bias assessment for qualitative and observational studies according to the CASPe guide for qualitative research.

CASPe: qualitative study		
	Farmer et al. (2024)	Femi-Ajao et al. (2023)
1. Were the research objectives clearly defined?	Yes	Yes
2. Is the qualitative methodology appropriate?	Yes	Yes
3. Is the research method suitable for achieving the objectives?	Yes	Yes
4. Is the participant selection strategy consistent with the research question and the method used?	Yes	Yes
5. Are the data collection techniques consistent with the research question and the method used?	Yes	Yes
6. Has the relationship between the researcher and the research subject been reflected upon (reflexivity)?	Partial	Partial
7. Have ethical considerations been taken into account?	Yes	Yes
8. Was the data analysis sufficiently rigorous?	Yes	Yes
9. Are the results clearly presented?	Yes	Yes
10. Are the research findings applicable?	Yes	Yes
Overall risk of bias	LOW	LOW

Table 2.

Risk of Bias Assessment of the Cohort Study According to the CASPe Guide for Cohort Studies

CASPe: estudio de cohorte	
	Levin et al. (2024)
1. Does the study address a clearly focused issue?	Yes
2. Was the cohort recruited in an acceptable way?	Yes
3. Was the exposure accurately measured?	Yes
4. Were confounding factors identified and considered?	Yes
5. Was the follow-up sufficiently long and complete?	Yes
6. What are the results?	Yes
7. How precise are the results?	Partial
8. Do you believe the results?	Yes
9. Do the results fit with other available evidence?	Yes
10. Can the results be applied to the local population?	Yes
11. Will the results change your clinical practice?	Yes
Overall risk of bias	LOW

Table 3.

Risk of Bias Assessment of Cross-Sectional Studies According to the STROBE Guidelines.

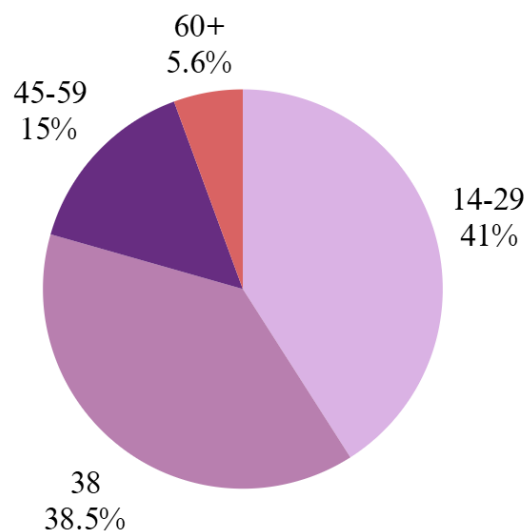
STROBE									
		Alothmani et al. (63)	Alshouli et al. (45)	Boyes et al. (61)	Gujrathi et al. (62)	Isaila et al. (59)	Meseli et al. (60)		
Title and abstract	(1a) Indicate the study design with a commonly used term in the title or abstract. (1b) Provide an informative and balanced summary of what has been done and what has been found in the abstract.	Yes Yes	Yes Yes	Yes Yes	Yes Yes	Yes Yes	Yes Yes		
Introduction									
Background	2. Explain the scientific background and rationale for the research being reported.	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes		
Objectives	3. State the specific objectives, including pre-established hypotheses.	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes		
Methods									
Type of study	4. Presentar los elementos clave del tipo de estudio al principio del documento	Yes	Yes	No	Partial	No	Yes		
Setting	5. Describe the relevant setting, locations and dates, including recruitment, exposure, monitoring and data collection periods.	Yes	Yes	Yes	Yes	Partial	Partial		
Participants	6(a) State the eligibility criteria and the sources and methods of selection of participants.	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes		
Variables	7. Clearly define all outcomes: exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers.	Yes	Yes	Yes	Yes	Partial	Partial		
Sources of data/measurement	8. For each variable of interest, provide data sources and details of assessment (measurement) methods. Describe the comparability of assessment methods if more than one group is involved.	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes		
Bias	9. Describe the efforts made to address potential sources of bias.	Partial	Yes	No	Partial	Partial	Partial		
Study size	10. Explain how the study size was arrived at	No	Partial	No	No	No	No		
Quantitative variables	11. Explain how quantitative variables were treated in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why.	Partial	Yes	No	Partial	Partial	Partial		
Statistical methods	(12a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding factors. (12b) Describe the methods used to examine subgroups and interactions. (12c) Explain how missing data were treated. (12d) If applicable, describe the analytical methods taking into account the sampling strategy. (12e) Describe any sensitivity analysis.	Partial No No No No	Yes Yes Partial Partial No	No No No No No	Partial Partial No Partial No	Partial Partial No No No	Partial Partial No No No		
Results									
Participants	(13a) Report the number of individuals at each phase of the study: number of individuals potentially eligible, screened for eligibility, confirmed eligible, enrolled in the study, completing follow-up and analysed. (13b) Indicate the reasons for non-participation in each phase. (13c) Consider the use of a flow chart.	Yes No N/A	Yes No N/A	Yes No N/A	Yes No N/A	Yes No N/A	Yes No N/A		
Descriptive data	(14a) Indicate characteristics of study participants (e.g. demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders.	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes		
Outcome data	(14b) Indicate the number of participants with missing data for each variable of interest 15. Report the number of outcomes or summary measures.	No	No	No	No	Partial	Partial		
Main findings	(16a) Provide unadjusted estimates and, if appropriate, confounder-adjusted estimates and their precision (e.g. 95% confidence interval). Clarify which confounders were adjusted for and why they were included. (16b) Indicate the limits of the categories when continuous variables have been categorised. (16c) If appropriate, consider translating relative risk estimates into absolute risk for a meaningful time period. 17. Report other analyses performed, e.g. subgroup and interaction analyses and sensitivity analyses.	Yes Yes Yes No No	Yes Yes Yes No Partial	Yes Yes Partial No No	Yes Yes Partial No No	Yes Yes Partial No No	Yes Yes Partial No No		
Other analyses									
Discussion									
Key results	18. Summarise the main results in relation to the study objectives.	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes		
Limitations	19. Discuss the limitations of the study, including sources of potential bias or imprecision. Discuss both the direction and magnitude of any potential bias.	Yes	Yes	Yes	Yes	Partial	Partial		
Interpretation	20. Provide a conservative overall interpretation of the results taking into account the objectives, limitations, multiplicity of analyses, results of similar studies, and other relevant evidence.	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes	Yes		
Generalisability	21. Discuss the generalisability (external validity) of the results of the study.	Yes	Yes	Yes	Partial	Partial	Partial		
Other information									
Funding	22. Indicate the source of funding and the role of the funders of the present study and, if applicable, of the original study on which the present article is based.	No	No	No	No	No	No		
Overall risk of bias		HIGH	PARTIAL	HIGH	HIGH	HIGH	HIGH		

3.4. Synthesis of Results

Age

Maxillofacial injuries in 234 female victims of violence were assessed across three studies. Levin et al. (2024) analyzed hospitalized women in Israel between 2011 and 2021, reporting a mean age of 44 years. Gujrathi et al. (2022) studied 96 patients in the United States with facial injuries resulting from intimate partner violence, with a mean age of 35 years (range 19–76). Alothmani et al. (2022) evaluated 100 married women in Saudi Arabia treated for dental trauma, with a mean age of 28.4 ± 5.7 years, ranging from 18 to 60. The overall mean age of participants was 35.8 years. Descriptive results on the age of women victims of violence are shown in Figure 2.

Figure 2: Breakdown of female victims by age group (Alothmani et al., 2022; Gujrathi et al., 2022; Levin et al., 2024).

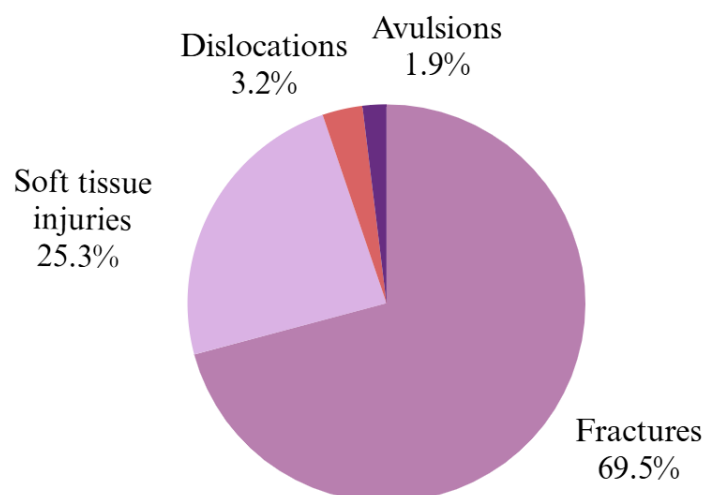


Type of Injuries and Trauma Location

A total of 290 maxillofacial injuries were documented, including 214 fractures and 78 soft tissue injuries. Only Alothmani et al. (2022) reported cases of dental luxations (10) and avulsions (6), with no study mentioning bite marks. Levin et al. (2024) identified the most affected areas as the maxilla, zygomatic bone, and mandible, with such injuries accounting for 5% of hospitalizations due to domestic violence. Gujrathi et al. (2022) found that 67.7% of victims sustained injuries to the midface, primarily involving the nasal bones, mandible, and orbital bones, with 39.4% presenting soft tissue trauma in the periorbital region. Alothmani et al. (2022) focused on dental trauma, reporting mostly crown fractures (84%), followed by luxations (10%) and avulsions (6%), mainly affecting anterior teeth. In all studies, the

predominant mechanism of assault was direct impact from physical blows. Descriptive results on the type of injuries, location of trauma and mechanism of aggression are shown in Figure 3.

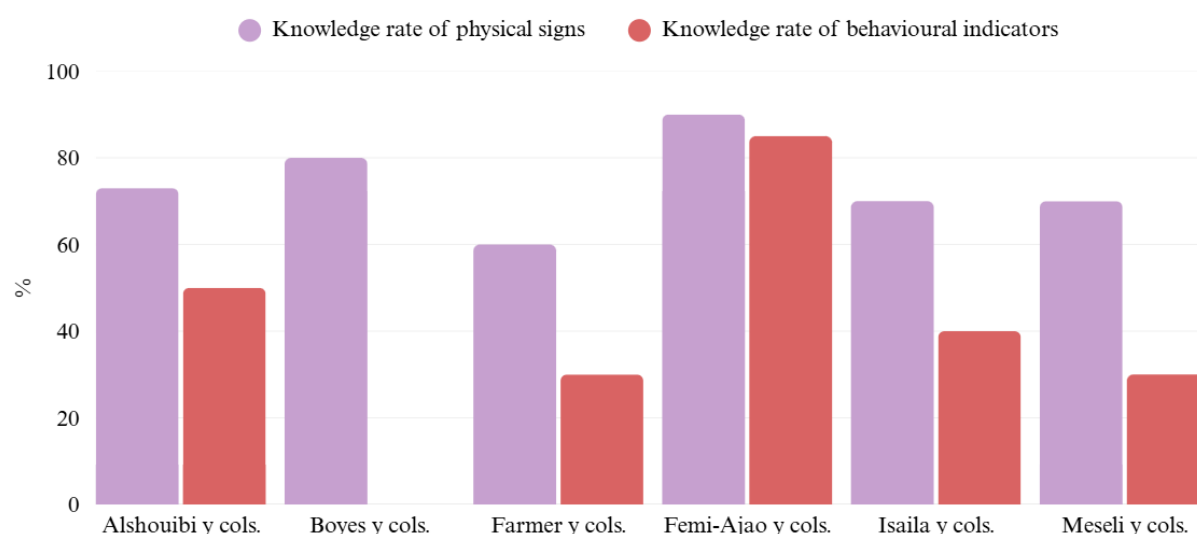
Figure 3: Overall distribution of injury types observed in female victims of domestic violence (Alothmani et al., 2022; Gujrathi et al., 2022; Levin et al., 2024).



Education and Training of Professionals

A total of 1,274 individuals participated in the studies, including 772 dentists and 437 students. Most had not received prior training in violence detection, except for the study by Femi-Ajao et al. (2023), which incorporated training through the IRIS program. The average knowledge level regarding physical signs of interpersonal violence—such as dental fractures, facial injuries, or bruising—was 73.8%, while knowledge of behavioral indicators—such as avoiding eye contact or showing fear—was considerably lower (47%). Additionally, studies by Alshouibi et al. (2022), Farmer et al., Femi-Ajao et al. (2023), and Isailă et al. (2021) revealed a limited level of confidence to intervene in cases of violence, primarily due to the lack of specific training. Boyes et al. (2020) also reported that professionals often feel uncomfortable or unsure about how to act due to unfamiliarity with referral procedures. Descriptive results on the assessment of professional knowledge are shown in Figure 4.

Figure 4: Knowledge rate of physical signs and behavioural indicators by dental professionals (Alshouibi, 2022; Boyes & Fan, 2020; Farmer et al., 2024; Femi-Ajao et al., 2023; Isailă et al., 2021; Meseli & Yildiz, 2024).



Diagnostic Techniques and Tools

Regarding diagnostic techniques, Levin et al. (2024) conducted a retrospective analysis of hospital records from the Israeli National Trauma Registry, without specifying the use of particular imaging modalities. In contrast, Gujrathi et al. (2022) employed a systematic radiologic approach using head and facial computed tomography (CT) scans, enabling precise identification of fractures and soft tissue injuries associated with intimate partner violence. Alothmani et al. (2022) combined clinical evaluation with periapical radiographs to diagnose dental trauma, also employing pulp vitality tests, palpation, and percussion to determine the type of injury and the need for endodontic treatment.

Aggressor Profile

In the reviewed studies, the perpetrator was consistently identified as the intimate partner or the female victim's male spouse. In the study by Alothmani et al. (2022), all women confirmed the assault using the HITS screening tool, while Gujrathi et al. (2022) and Levin et al. (2024) specifically selected cases involving intimate partner violence.

Limitations and Barriers

The main barriers to detecting violence included fear of offending the patient, high workload, lack of training, the presence of the aggressor, and ethical concerns regarding confidentiality. A

low correlation was also noted between behavioral knowledge and the professional's age. As potential improvements, the studies proposed strengthening continuing education, establishing clear referral protocols, incorporating training at the undergraduate level, and reinforcing ethical education.

4. Discussion

4.1. Age

The studies by Levin et al. (2024), Gujrathi et al. (2022), and Alothmani et al. (2022) indicate that intimate partner violence primarily affects young adult and middle-aged women, although it also occurs among older women. In this context, the review by Roberto et al. (2013) emphasizes that violence does not cease in advanced age but tends to manifest more in psychological rather than physical forms. Research such as that by Regueira-Diéguez et al. (2015) in Spain and Saddki et al. (2010) in Malaysia confirms that the majority of victims are between 21 and 50 years old. These findings are consistent with the meta-analysis by de Souza Cantão et al. (2024), which highlights a high prevalence of oral and maxillofacial injuries among women aged 18 to 45, revealing a pattern of repeated abuse during an active stage of women's social and reproductive lives.

4.2. Type of Injuries and Trauma Location

At both clinical and forensic levels, facial injuries are the most common among victims of domestic violence, with maxillofacial fractures and soft tissue injuries being particularly prevalent. Zeitler (2007) identified fractures of the nose, mandible, and orbital bones as frequent, often accompanied by dental trauma. Caldas et al. (2012) reported that although perioral soft tissue injuries predominate (80.1%), dental fractures, luxations, and avulsions result in the most severe sequelae. Similarly, Alothmani et al. (2022) reported crown fractures in 84% of cases, while Garbin et al. (2012) found dental fractures in 59.1% of victims. In a large-scale study, Gassner et al. (1999) confirmed a high frequency of dental subluxations (50.6%) and crown fractures (37.5%).

Regarding the affected bone structures, studies by Gujrathi et al. (2022), Levin et al. (2024), and Saddki et al. (2010) highlight the predominance of fractures in the midface, mainly involving the nasal bone, zygomatic bone, and maxilla. Radiologic literature, such as that by Tang et al. (2023), supports these findings and emphasizes the diagnostic value of computed tomography. Ochs et al. (1996) and Percacciante et al. (1999) concluded that injuries to the

head, neck, and face are sensitive indicators for identifying partner violence, although they have limited specificity.

Finally, punches and slaps, mostly directed at the face, have been identified as the most frequent mechanisms of assault, causing perioral injuries as well as nasal and dental fractures. Studies such as those by Mgopa et al. (2021) and Rubini et al. (2024) stress that, although some victims do not exhibit severe visible injuries, they suffer significant functional and psychosocial consequences. The absence of bite marks is also a relevant finding, as their presence may indicate more intimate and severe forms of abuse.

4.3. Education and Training of Professionals

The data analyzed reveal a significant gap in the training of dentists and dental students regarding the detection and management of signs of intimate partner violence—a deficit widely documented in the literature. Bregulla et al. (2022) note that, despite the strategic position of dentists, education on domestic violence remains marginal in training programs, leaving many professionals unprepared to act. This lack of training results in uneven knowledge: while 73.8% can identify physical signs, only 47% recognize behavioral indicators. This disparity, also observed by Meseli and Yildiz (2024), demonstrates that although visible injuries are recognized, subtle psychological signs—such as avoidance of eye contact or submissive behavior—often go unnoticed.

The low self-confidence to intervene, highlighted by Farmer et al. (2024), underscores the need for more structured and practical educational programs. Initiatives such as the DRiDVA program, evaluated by Femi-Ajao et al. (2023), have shown that specific training, along with clear protocols and the support of a designated professional figure, significantly improves the knowledge, awareness, and confidence of dental personnel. Despite differences in experience levels, no clear correlation has been found between academic seniority and the ability to address these cases. Many experienced dentists lack specific training, while students, though less clinically experienced, may exhibit greater sensitivity if they have received relevant education. Auxiliary staff also play a key role, though they typically have more limited preparation.

Bregulla et al. (2022) and Buchanan et al. (2021) agree that targeted training, such as workshops focused on intimate partner violence, increases knowledge and referral capacity among dental students. Similarly, Coulthard et al. (2007) demonstrated that programs like IRIS-Dental, which combine practical training, record-keeping tools, and connections to support services, enhance the detection and referral of victims.

Taken together, the studies show that both professionals and students recognize the importance of the dentist's role in addressing domestic violence and emphasize the urgent need to strengthen training—not only in recognizing physical injuries but also in detecting behavioral signs—always within an ethical framework that respects confidentiality and informed consent.

4.4. Diagnostic Techniques and Tools

The results reveal considerable methodological diversity among the analyzed studies. Levin et al. (2024) employed a retrospective approach based on hospital records, which is useful for obtaining large-scale epidemiological data but limited in detecting subtle patterns due to the lack of detailed imaging techniques. In contrast, Gujrathi et al. (2022) used computed tomography, allowing for a more accurate characterization of injuries associated with intimate partner violence. Avon (2004) emphasized the essential role of forensic dentists in identifying interpersonal violence through the comparison of radiographic records, while Jayakrishnan et al. (2021) highlighted the value of forensic dentistry in the analysis of hard tissues and anatomical features.

Alothmani et al. (2022) demonstrated that it is possible to identify dental trauma related to violence through basic clinical tests and periapical radiographs, even in non-hospital settings. However, Lincoln and Lincoln (2010) and Moreira and Pinto da Costa (2023) stressed that the detection of violence depends not only on technical tools but also on the willingness to act and knowledge of legal and institutional protocols.

Finally, Pereira et al. (2022) and de Jesus Santos Nascimento et al. (2023) emphasized the need for a comprehensive approach in emergency dentistry—one that combines technical skills, active listening, and referral protocols—stating that the lack of training and institutional support limits the effective identification of violence cases.

4.5. Aggressor Profile

The reviewed studies consistently indicate that the perpetrator in documented violence cases is typically the victim's current intimate partner or male spouse. Research by Alothmani et al. (2022), Gujrathi et al. (2022), and Levin et al. (2024) supports this pattern, highlighting the gendered nature of interpersonal violence within intimate settings—an issue that poses significant ethical and clinical challenges in dentistry. From a forensic dentistry perspective, Jayakrishnan et al. (2021) emphasized that detailed analysis of orofacial injuries can document abuse and help reconstruct the context of the assaults, providing crucial objective clinical evidence in cases where the perpetrator is close to the victim.

Coulthard et al. (2007), through the IRIS program adapted for dental clinics, proposed equipping dental teams with practical tools and referral protocols to ensure a safe and confidential environment for victims. Similarly, Pereira et al. (2022) and de Jesus Santos Nascimento et al. (2023) stressed the need for comprehensive and humanized care. They underscored that the professional must go beyond physical treatment, paying attention to emotional or contextual indicators and recognizing that the intimate environment—traditionally seen as safe—can in fact be the origin of violence.

4.6. Limitations and Barriers

Bregulla et al. (2022) and Buchanan et al. (2021) agree that although dentists occupy a privileged position to detect signs of violence, the fact that the aggressor is part of the victim's intimate circle often hinders their intervention. The lack of training, legal uncertainty, and unawareness of appropriate protocols lead to reluctance, as also noted by Lincoln and Lincoln (2010), who emphasized that the aggressor's power dynamic can extend into the clinical space, intimidating both the victim and the professional. Moreira and Pinto da Costa (2023) highlighted that the presence of the aggressor and the lack of confidential spaces are critical barriers that inhibit victims from speaking out.

From a sociological perspective, Moreira and Pinto da Costa (2020) emphasized that the domestic setting is the main environment where violence is perpetuated, and intervention becomes especially difficult when the perpetrator is present. Additionally, de Jesus Santos Nascimento (2023) and Pereira (2020) pointed out the ethical dilemma of when to break confidentiality in order to protect the patient, a decision made more difficult by the lack of clear protocols and legal support.

As potential solutions, the studies propose continuous training in gender-based violence, interdisciplinary education at the undergraduate level, the implementation of referral protocols, and the ethical strengthening of professional approaches. Ultimately, it is emphasized that the role of the dentist is not to resolve conflicts or offer counseling, but rather to recognize signs of violence, intervene prudently, and properly refer victims to appropriate services.

Bibliography

Alothmani, O. S., Basfar, R. T., Siddiqui, A. Y., Edrees, H. Y., & Alshouibi, E. N. (2022). Prevalence of Intimate Partner Violence and Endodontic Treatment Needs: Pilot Study. *Clinical, Cosmetic and Investigational Dentistry*, 14, 289–295. <https://doi.org/10.2147/CCIDE.S384335>

Alshouibi, E. N. (2022). General dentists' readiness and barriers in intimate partner violence screening: a cross-sectional study in Jeddah City. *BMC Oral Health*, 22(1).

Avon Sylvie Louise. (2004). Forensic Odontology: The Roles and Responsibilities of the Dentist. *J Can Dent Assoc*, 70(7), 453–458.

Bacchus, L., Mezey, G., & Bewley, S. (2003). Experiences of seeking help from health professionals in a sample of women who experienced domestic violence. *Health & Social Care in the Community*, 11(1), 10–18. <https://doi.org/10.1046/J.1365-2524.2003.00402.X>

Bezgin, S., & Buzlu, S. (2023). Domestic Violence: Views of Married Men and Factors Affecting Violence. *Journal of Community Health Nursing*, 40(3), 207–218. <https://doi.org/10.1080/07370016.2023.2196960>

Boyes, H., & Fan, K. (2020). Maxillofacial injuries associated with domestic violence: experience at a major trauma centre. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*, 58(2), 185–189. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2019.11.009>

Bregulla, J. L., Hanisch, M., & Pfeleiderer, B. (2022). Dentists' Competence and Knowledge on Domestic Violence and How to Improve It-A Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(7). <https://doi.org/10.3390/IJERPH19074361>

Buchanan, C., Kingsley, K., & Everett, R. J. (2021). Longitudinal curricular assessment of knowledge and awareness of intimate partner violence among first-year dental students. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11). <https://doi.org/10.3390/ijerph18116039>

Cabello, J. B. por CASPe. (2005). Plantilla para ayudarte a entender Estudios de Cohortes. En: CASPe. Alicante: CASPe. *Guías CASPe de Lectura Crítica de La Literatura Médica, Cuaderno II*, 23–27.

Caldas, I. M., Grams, A. C., Afonso, A., & Magalhães, T. (2012). Oral injuries in victims involving intimate partner violence. *Forensic Science International*, 221(1–3), 102–105. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2012.04.010>

Cano Arana, A., González Gil, T., & Cabello, J. B. por Casp. (2010). Plantilla para ayudarte a entender un estudio cualitativo. En: CASPe. *Guías CASPe de Lectura Crítica de La Literatura Médica. Alicante: CASPe, Cuaderno III*, 3–8.

Coulthard, P., & Warburton, A. L. (2007). The role of the dental team in responding to domestic violence. *British Dental Journal*, 203(11), 645–648. <https://doi.org/10.1038/bdj.2007.1066>

Cuschieri, S. (2019). The STROBE guidelines. *Saudi Journal of Anaesthesia*, 13(Suppl 1), S31. https://doi.org/10.4103/SJA.SJA_543_18

de Jesus Santos Nascimento, C. T., de Oliveira, M. N., Vidigal, M. T. C., Inocência, G. S. G., de Andrade Vieira, W., Franco, A., Ferreira, M. C., & Paranhos, L. R. (2023). Domestic Violence against Women Detected and Managed in Dental Practice: a Systematic Review. In *Journal of Family Violence* (Vol. 38, Issue 1, pp. 149–160). Springer. <https://doi.org/10.1007/s10896-021-00351-9>

de Souza Cantão, A. B. C., da Silva Lima, T. C., Fernandes, M. I. A. P., Nagendrababu, V., Bastos, J. V., & Levin, L. (2024). Prevalence of dental, oral, and maxillofacial traumatic injuries among domestic violence victims: A systematic review and meta-analysis. *Dental Traumatology*, 40(S2), 33–42. <https://doi.org/10.1111/edt.12922>

Farmer, S., Ellis, J., & Alderson, H. (2024). A qualitative study of dentists' and dental students' preparedness to support patients with lived experience of intimate partner violence and abuse. *British Dental Journal*. <https://doi.org/10.1038/s41415-024-8059-3>

Femi-Ajao, O., Doughty, J., Evans, M. A., Johnson, M., Howell, A., Robinson, P. G., Armitage, C. J., Feder, G., & Coulthard, P. (2023). Dentistry responding in domestic violence and abuse (DRiDVA) feasibility study: a qualitative evaluation of the implementation experiences of dental professionals. *BMC Oral Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12903-023-03059-y>

Garbin, C. A. S., e Queiroz, A. P. D. de G., Rovida, T. A. S., & Garbin, A. J. I. (2012). Occurrence of traumatic dental injury in cases of domestic violence. *Brazilian Dental Journal*, 23(1), 72–76. <https://doi.org/10.1590/S0103-64402012000100013>

Gassner, R., Bösch, R., Tuli, T., & Emshoff, R. (1999). Prevalence of dental trauma in 6000 patients with facial injuries: implications for prevention. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology, Oral Radiology, and Endodontics*, 87(1), 27–33. [https://doi.org/10.1016/S1079-2104\(99\)70290-8](https://doi.org/10.1016/S1079-2104(99)70290-8)

Gujrathi, R., Tang, A., Thomas, R., Park, H., Gosangi, B., Stoklosa, H. M., Lewis-O'Connor, A., Seltzer, S. E., Boland, G. W., Rexrode, K. M., Orgill, D. P., & Khurana, B. (2022). Facial injury patterns in victims of intimate partner violence. *EMERGENCY RADIOLOGY*, 29(4), 697–707. <https://doi.org/10.1007/s10140-022-02052-2>

- Halpern, L. R. (2010). Orofacial injuries as markers for intimate partner violence. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 22(2), 239–246. <https://doi.org/10.1016/J.COMS.2010.01.009>
- Isailă, O. M., Hostiuc, S., & Curcă, G. C. (2021). Perspectives and Values of Dental Medicine Students Regarding Domestic Violence. *Medicina (Kaunas, Lithuania)*, 57(8). <https://doi.org/10.3390/MEDICINA57080780>
- Jayakrishnan, J. M., Reddy, J., & Vinod Kumar, R. B. (2021). Role of forensic odontology and anthropology in the identification of human remains. *Journal of Oral and Maxillofacial Pathology*, 25(3), 543–547. https://doi.org/10.4103/JOMFP.JOMFP_81_21
- Krishan, K., Kanchan, T., & Garg, A. K. (2015). Dental Evidence in Forensic Identification - An Overview, Methodology and Present Status. *The Open Dentistry Journal*, 9(1), 250–256. <https://doi.org/10.2174/1874210601509010250>
- Landis, J. R., & Koch, G. G. (1977). An application of hierarchical Kappa type statistics in the assessment of majority agreement among multiple observers. *Biometrics*, 33(2), 363–374. <https://doi.org/10.2307/2529786>
- Levin, L., Goldman, S., Lin, S., Radomislensky, I., & Savitsky, B. (2024). Dental and maxillofacial injuries associated with domestic violence against women in Israel: A report for 2011-2021. *Dental Traumatology : Official Publication of International Association for Dental Traumatology*, 40(2), 69–73. <https://doi.org/10.1111/EDT.12867>
- Lincoln, H. S., & Lincoln, M. J. (2010). Role of the odontologist in the investigation of domestic violence, neglect of the vulnerable, and institutional violence and torture. *Forensic Science International*, 201(1–3), 68–73. <https://doi.org/10.1016/j.forsciint.2010.03.027>
- Meseli, S. E., & Yildiz, H. (2024). Dentists' knowledge about domestic violence against women: A questionnaire-based study. *Dental and Medical Problems*, 61(4), 563–575. <https://doi.org/10.17219/dmp/171540>
- Mgopa, L. R., Rosser, B. R. S., Ross, M. W., Mohammed, I., Lukumay, G. G., Massae, A. F., Mushy, S. E., Mwakawanga, D. L., Mkonyi, E., Trent, M., Bonilla, Z. E., Wadley, J., & Leshabari, S. (2021). Clinical Care of Victims of Interpersonal Violence and Rape in Tanzania: A Qualitative Investigation. *INTERNATIONAL JOURNAL OF WOMENS HEALTH*, 13, 727–741. <https://doi.org/10.2147/IJWH.S301804>

Morales Lastre, C. C., Romero, M. de las M., Cahuana Mercado, I., Castillo Pedraza, M. C., & Wilches Visbal, J. H. (2024). El papel del odontólogo en la detección del maltrato y negligencia infantil. *Avances En Biomedicina*, 13(1), 38–48.

Moreira, D. N., & Pinto da Costa, M. (2020). The impact of the Covid-19 pandemic in the precipitation of intimate partner violence. *International Journal of Law and Psychiatry*, 71. <https://doi.org/10.1016/J.IJLP.2020.101606>

Moreira, D. N., & Pinto da Costa, M. (2023). The role of family doctors in the management of domestic violence cases - a qualitative study in Portugal. *BMC Health Services Research*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/S12913-023-09501-9>

Nelms, A. P., Gutmann, M. E., Solomon, E. S., DeWald, J. P., & Campbell, P. R. (2009). What victims of domestic violence need from the dental profession. *Journal of Dental Education*, 73(4), 490–498. <https://doi.org/10.1002/j.0022-0337.2009.73.4.tb04720.x>

Newton, A. W., & Vandeven, A. M. (2010). The role of the medical provider in the evaluation of sexually abused children and adolescents. *Journal of Child Sexual Abuse*, 19(6), 669–686. <https://doi.org/10.1080/10538712.2010.523448>,

Ochs, H. A., Neuenschwander, M. C., & Dodson, T. B. (1996). Are head, neck and facial injuries: Markers of domestic violence? *Journal of the American Dental Association*, 127(6), 757–761. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1996.0311>

Ogunbowale, A., Costello, L., McCormack, D., Ekanayake, K., & Kearns, G. J. (2022). Maxillofacial fractures in females: a 5-year retrospective review. *Irish Journal of Medical Science*, 191(1), 367–374. <https://doi.org/10.1007/S11845-021-02534-1>

Page, M. J., Mckenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., Shamseer, L., Tetzlaff, J. M., Akl, E. A., Brennan, S. E., Chou, R., Glanville, J., Grimshaw, J. M., Hróbjartsson, A., Lalu, M. M., Li, T., Loder, E. W., Mayo-Wilson, E., Mcdonald, S., ... Moher, D. (2021). *The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews*. 372(71). <https://doi.org/10.1136/bmj.n71>

Perciaccante, V. J., Ochs, H. A., & Dodson, T. B. (1999). Head, neck, and facial injuries as markers of domestic violence in women. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery : Official Journal of the American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons*, 57(7), 760–762. [https://doi.org/10.1016/S0278-2391\(99\)90808-X](https://doi.org/10.1016/S0278-2391(99)90808-X)

- Pereira, M. F. dos S. M. da P. (2020). *Research Centre for Criminal Law and Criminal Sciences*.
- Pereira, S. G. M., Vargas, A. M. D., Sampaio, A. A., Silva, C. J. de P., Matoso, B. da S. M., & Ferreira, E. F. e. (2022). Dentists' perceptions and attitudes towards emergency care for women in situations of violence: a scope review. *Ciência & Saúde Coletiva*, 27(9), 3729–3740. <https://doi.org/10.1590/1413-81232022279.22532021>
- Regueira-Diéguez, A., Pérez-Rivas, N., Muñoz-Barús, J. I., Vázquez-Portomeñe, F., & Rodríguez-Calvo, M. S. (2015). Intimate partner violence against women in Spain: A medico-legal and criminological study. *Journal of Forensic and Legal Medicine*, 34, 119–126. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2015.05.012>
- Roberto, K. A., McPherson, M. C., & Brossoie, N. (2013). Intimate Partner Violence in Late Life: A Review of the Empirical Literature. *Violence Against Women*, 19(12), 1538–1558. <https://doi.org/10.1177/1077801213517564>
- Rubini, E., Valente, M., Sguazzi, G., Trentin, M., Ragazzoni, L., & Gino, S. (2024). Forensic medical examination after conflict-related sexual violence: A scoping review of the literature. In *Journal of Forensic and Legal Medicine* (Vol. 106). Churchill Livingstone. <https://doi.org/10.1016/j.jflm.2024.102736>
- Saddki, N., Suhaimi, A. A., & Daud, R. (2010). Maxillofacial injuries associated with intimate partner violence in women. *BMC Public Health*, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-10-268>
- Tang, A., Wong, A., & Khurana, B. (2023). Imaging of Intimate Partner Violence, From the AJR Special Series on Emergency Radiology. *American Journal of Roentgenology*, 220(4), 476–485. <https://doi.org/10.2214/AJR.22.27973>
- WHO. (2023). *Violence against women*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
- Wong, J. Y. H., Choi, A. W. M., Fong, D. Y. T., Wong, J. K. S., Lau, C. L., & Kam, C. W. (2014). Patterns, aetiology and risk factors of intimate partner violence-related injuries to head, neck and face in Chinese women. *BMC Women's Health*, 14(1). <https://doi.org/10.1186/1472-6874-14-6>
- Zeitler, D. L. (2007). The Abused Female Oral and Maxillofacial Surgery Patient: Treatment Approaches for Identification and Management. *Oral and Maxillofacial Surgery Clinics of North America*, 19(2), 259–265. <https://doi.org/10.1016/j.coms.2007.01.003>

Funding

None declared.

Conflict of Interest

None declared.

Author Contributions

Camille Drouillard: study design, substantial contribution to fieldwork, theoretical review, data analysis, discussion and conclusions, drafting and revision of the manuscript.

Ana Garcia Navarro: study design, substantial contribution to fieldwork, theoretical review, data analysis, discussion and conclusions, drafting and revision of the manuscript.