Universidad Europea VALENCIA

**Máster Universitario en Psicología General Sanitaria**

**Trabajo Fin de Máster**

# Cuerpos que recuerdan: somatización y corporeidad en mujeres supervivientes de violencia de pareja: una revisión sistemática

**Presentado por: Ángela Rodríguez Bueno**

**Tutor/a: Dr. Roberto Martín Julián Rivas**

**Curso: 2024/2025**

**Convocatoria: Ordinaria**

**Resumen**

La violencia de género tiene consecuencias en la salud física, mental, sexual y reproductiva, así como en el bienestar psicosocial de las mujeres. Constituye un problema de salud pública que afecta aproximadamente a un tercio de las mujeres en el mundo. Si bien los efectos de la violencia de pareja en la salud mental—depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático (TEPT)—han sido ampliamente documentados, su impacto en las manifestaciones somáticas y en la corporeidad sigue siendo un área poco explorada. Esta revisión sistemática analiza 14 estudios para examinar la relación entre la violencia de pareja y sus efectos en la corporeidad y la sintomatología somática en mujeres. Los hallazgos identifican tres categorías principales: sintomatología somática, sintomatología corporal vinculada al TEPT y alteraciones en la corporeidad. La literatura revisada evidencia una alta prevalencia de síntomas físicos y vinculados al TEPT, pero pocos estudios profundizan en las alteraciones en la corporeidad fuera de estos dos marcos, sugiriendo vacíos teóricos en la comprensión de estos procesos. Las vivencias traumáticas se inscriben en el cuerpo de formas complejas en las que estamos, todavía, profundizando. Esta revisión destaca la importancia de que los/as profesionales de la salud conozcan estas cuestiones para facilitar la detección. Además, subraya la necesidad de un enfoque integral en la intervención, incluyendo el cuerpo en la ecuación. así como apoyo culturalmente sensible. También se enfatiza la importancia de futuras investigaciones para comprender mejor el impacto encarnado de la violencia de pareja en los cuerpos de las mujeres.

**Palabras clave:** Corporeidad, síntomas somáticos, violencia de pareja, violencia de género.

***Abstract***

Gender-based violence has consequences on women's physical, mental, sexual, and reproductive health, as well as their psychosocial well-being. It constitutes a public health issue affecting approximately one-third of women worldwide. While the effects of intimate partner violence on mental health—such as depression, anxiety, and post-traumatic stress disorder (PTSD)—have been widely documented, its impact on somatic manifestations and embodiment remains an underexplored area. This systematic review analyzes 14 studies to examine the relationship between intimate partner violence and its effects on embodiment and somatic symptomatology in women.

The findings identify three main categories: somatic symptomatology, PTSD-related bodily symptomatology, and alterations in embodiment. The reviewed literature reveals a high prevalence of physical and PTSD-related symptoms, yet few studies delve into embodiment alterations beyond these two frameworks, suggesting theoretical gaps in understanding these processes. Traumatic experiences are inscribed in the body in complex ways that are still being explored.

This review highlights the importance of healthcare professionals' awareness of these issues to facilitate detection. Additionally, it underscores the need for a comprehensive approach to intervention, including the body in the equation, as well as culturally sensitive support. The importance of future research is also emphasized to better understand the embodied impact of intimate partner violence on women's bodies.

***Keywords*****:** Embodiment, somatic symptoms, intimate partner violence, gender-based violence.

**Índice de contenidos**


1. Marco Teórico 1

1.1. Violencia de Género, un Problema de Salud Pública 1

1.2. Violencia de Pareja y sus Efectos en la Salud 1

1.3. El Trauma y el Cuerpo 2

1.4. El Cuerpo Más Allá del Cuerpo 3

1.5. Aportación al Campo de Estudio y Objetivos de esta Revisión 5

2. Método 6

2.1. Bases de Datos y Estrategia de Búsqueda 6

2.2. Criterios de Inclusión y Exclusión 8

3. Resultados 11

3.1. ¿Escrito en el cuerpo?: Prevalencia y Sintomatología 17

3.1.1. Síntomas Somáticos 19

3.1.2. Sintomatología Relacionada con la Corporalidad y TEPT 20

3.1.3. Efectos/Consecuencias en la Corporeidad 20

3.2. Tipos de Violencia y otros Moduladores 21

3.3. Implicaciones y Recomendaciones para la Práctica 22

3.4. Calidad de los Estudios y Posibles Sesgos 23

4. Discusión 24

4.1. Escrito en el cuerpo 24

4.1.1. Síntomas somáticos: de dolores inexplicables 25

4.1.2. Cuerpo en TEPT: desconexiones hacia adentro y hacia afuera 26

4.1.3. Corporeidad en crisis: cicatrices invisibles 27

4.2. El impacto de los diferentes subtipos de violencia y otros moduladores 28

4.3. Claves para la práctica 31

5. Implicaciones para la práctica clínica y futuras líneas de investigación 34

6. Limitaciones de los hallazgos 36

7. Conclusiones 37

**Índice de tablas**

**Tabla 1.** *Principales Características de la Muestra Incluida en esta Revisión.* 12

**Tabla 2.** *Tipo de Sintomtología o Efectos Descritos en los Artículos.* 17

**Índice de figuras**

**Figura 1.** *Diagrama de Flujo.* 10

**Listado de símbolos y siglas**

- **AECID:** Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo
- **CEDAW:** Convención sobre la Eliminación de Todas las Formas de Discriminación contra la Mujer (*Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*)
- **COP:** Consejo General de Psicología de España
- **LGTB:** Lesbianas, Gais, Transexuales y Bisexuales
- **LGTBIQ+:** Lesbianas, Gais, Transexuales, Bisexuales, Intersexuales, Queer y más identidades de la diversidad sexual y de género
- **ONU:** Organización de las Naciones Unidas**.**
- **OMS:** Organización Mundial de la Salud
- **TEPT:** Trastorno de estrés postraumático

# 1. Marco Teórico

## 1.1. Violencia de Género, un Problema de Salud Pública

La violencia de género engloba cualquier acto de violencia física, psicológica, sexual o económica ejercida en el contexto de una relación íntima, bien en curso o pasada. Engloban acciones deliberadas que provoquen un "daño físico, sexual o psicológico para la mujer, inclusive las amenazas de tales actos, la coacción o la privación arbitraria de libertad, tanto si se producen en la vida pública como en la privada" (Organización de Naciones Unidas [ONU], 1993, p. 2).

Las cifras indican que es un problema que afecta aproximadamente a un tercio de mujeres en el mundo (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021), siendo un problema de salud pública (Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo [AECID], 01/12/2022; Consejo General de Psicología de España [COP], 29/06/2021; Dillon et al., 2013; Rigores y Guerra, 2012), y una cuestión de Derechos Humanos, tal como señalan instituciones internacionales de referencia como la Asamblea General de las Naciones Unidas, en la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer [CEDAW], (1979, p.2); o la Unión Europea (Directiva Unión Europea, 2024/1385, 2024), así como muchos autores (Bott et al., 2019; Kendall, 2020).

## 1.2. Violencia de Pareja y sus Efectos en la Salud

Hay consenso en que estas violencias afectan negativamente la salud física y mental de las mujeres (Aliaga et al., 2003; Campbell, 2002; Ellsberg et al., 2008; García-Moreno, 2006), así como la salud sexual y reproductiva (García-Moreno et al., 2006, Tourné et al., 2024).

Las consecuencias en la salud mental de las mujeres supervivientes de violencia de género cuentan con amplia literatura, centrada principalmente en depresión, ansiedad y trastorno de estrés postraumático, así como apuntando a estas violencias como factor de riesgo para otros trastornos mentales (Bonomi et al., 2006; Calvo y Camacho, 2014; McFarlane, 2010; Kelly, 2010); aumentando también el riesgo autolítico y de suicidio (Dillon et al., 2013; Dufort et al., 2015; McManus et al., 2022; Sanz-Fuentes y Ruiz-Lorenzo, 2023).

La literatura disponible que busca esas consecuencias inscritas en el cuerpo de las mujeres explora distintos malestares, complicaciones y sintomatologías a nivel físico. Mucha de la evidencia reporta dolor crónicos -principalmente de cabeza, y pélvicos- (Aliaga et al., 2003; Coker et al., 2002; Kelly, 2010; Macy et al., 2009), pero también gastrointestinales (Kelly, 2010; Macy et al., 2009) y

musculares o fibromialgia (Bacchus et al., 2018; Chandan et al., 2021); patrones alterados del sueño y la alimentación (Bretaña et al., 2025; Gallegos et al., 2021; Lagdon et al., 2014); problemas cardiovasculares o cardiometabólicos (Chandan et al., 2021; Thurston el al., 2022), así como problemas respiratorios e hipertensión (Mason et al., 2012; Stubbs y Szoeke, 2022; Tourné et al., 2024). También se ha relacionado con problemas endocrinos y autoinmunes (Miller et al., 2007, 2009; Yim y Kofman, 2019), o un riesgo aumentado de padecer cáncer, diabetes, o trastornos del tiroides (Ponte-González et al., 2023). Existe también literatura sobre alteraciones a nivel neuroquímico y en el sistema psicofisiológico de alerta o respuesta al estrés (Bonomi et al., 2006; Payne et al., 2015; Porges y Dana, 2018; Shepherd y Wild, 2014; Van de Kamp y Hoven, 2019; Van der Kolk, 2014, 2015).

### 1.3. El Trauma y el Cuerpo

El impacto de las violencias y el trauma sobre el cuerpo es una cuestión compleja y que ha ido recibiendo cada vez más atención en las últimas décadas (Eckberg, 2000; Koch et al., 2012; Levine, 1997; Ogden et al., 2006; Rothschild, 2000; Van der Kolk, 2014). La mayoría de la literatura científica existente que explora las huellas del trauma en el cuerpo lo hace estudiándolo en población en contextos de guerra o refugio y veteranos de guerra, o bien personas que han sufrido abuso sexual infantil; mientras que en el caso de violencia de pareja está todavía poco estudiado, tal como afirman Rajah y Osborn (2022).

No obstante, la teorización sobre la relación entre experiencias traumáticas y somatización no es nueva, ya en 1920 Janet hablaba de cómo las experiencias traumáticas mal almacenadas pueden causar *histeria*, con la disociación y la somatización como centro, del mismo modo que Freud hablaría del mecanismo de la conversión sugiriendo en cierta forma algo similar (Vega et al., 2005), un mecanismo defensivo del yo que convertiría lo reprimido en síntomas somáticos. Incluso mucho antes de eso, en 1872, Darwin ya afirmaba que las emociones intensas implican no solo la mente, sino también las tripas y el corazón, que se comunican y hacen que "cuando la mente está muy excitada (…) afecta al estado de las vísceras" (Darwin, 1872, como se cita en Van der Kolk, B., 2015, p. 83). Esto sigue siendo hoy en día un campo de estudio interesante y fundamental para comprender cómo las vivencias traumáticas afectan al cuerpo. Y seguimos buscando y profundizando, aunque todavía quede mucho por delante. Y es que, aunque se encuentran correlaciones significativas entre la violencia de pareja y la somatización (Brunet, 2019; Calvo y

Camacho, 2014; López y Belloch, 2002), tal como sugiere Scaer (2001b), cuando hablamos de somatización es innegablemente un concepto confuso. La somatización fue definida por primera vez por Steckel (1943), como: "el proceso en que un trastorno psicológico puede producir trastornos corporales" (en López y Belloch, 2002, p. 74). De acuerdo con Vega et al. (2005) implica la manifestación del estrés o malestar a través de síntomas físicos o una preocupación recurrente por el cuerpo, en casos en los que los aspectos emocionales y corporales de la experiencia no se han integrado adecuadamente, por lo que la somatización también conlleva una alteración en la percepción y construcción del sentido del *self*.

Vega et al. (2005) también nos llama la atención sobre el hecho de que, para entender la somatización, debemos entender cómo funciona el mundo interno y a la vez cómo este se relaciona con el mundo externo. En este sentido hay trabajos recientes interesantes desde una perspectiva neuro-informada, como el de Kearney y Lanius (2022), que profundiza en la base somatosensorial de las respuestas traumáticas, y explorando su impacto en cómo nos relacionamos con nuestro cuerpo y con el mundo, a través de los sistemas vestibular y somatosensorial.

Más allá de consecuencias inscritas en lugares o funciones concretos del cuerpo, este tipo de violencias y otros traumas interpersonales golpean al cuerpo en formas inespecíficas, complejas y con impactos a largo plazo, que recién estamos empezando a comprender (McFarlane, 2010). Parece que comprender debe ir más allá que la descripción de síntomas "de origen psicológico" localizados en el cuerpo, como ya sugirieron Montenegro et al. (2006): "creemos imperativo un viraje desde la *somatolisis* actual a un proceso de integración cuerpo-corporalidad" (p. 168).

### 1.4. El Cuerpo *Más Allá del Cuerpo*

En las últimas décadas se ha estudiado más sobre la memoria traumática y cómo esta se almacena de forma fragmentada en el cuerpo, lo que parece promover que las somatizaciones y otras secuelas o cambios relacionados con el cuerpo se mantengan durante largo tiempo (Chung et al., 2014; Koch et al., 2012; Ogden et al., 2006); también en los últimos años surgen investigaciones sobre cómo estas memorias traumáticas afectan a la corporeidad, al cuerpo como vivencia (Leuzinger-Bohleber, 2018; Machorrinho, 2023). Esa *corporeidad* sería esa realidad subjetiva del cuerpo, mientras que la *corporalidad* haría referencia a la construcción social del mismo (Lancheros, 2019).

Si vamos más allá de la violencia inscrita en el cuerpo como ente físico -área donde podemos encontrar más investigación-, y exploramos *el cuerpo más allá del cuerpo*, no hay tanta literatura. Quizás las fronteras entre mente y cuerpo, heredadas del dualismo cartesiano, dejan una serie de realidades difíciles de conceptualizar o categorizar. De esa ruptura de fronteras emerge el concepto de *embodiment* o corporeidad, que trata de buscar las conexiones entre cuerpo, cognición, emoción y sensación.

Montenegro et al. (2006) nos ayudan a conceptualizar ese *cuerpo más allá del cuerpo,* esa corporalidad o corporeidad, afirmando que "el *cuerpo* no tiene historia o historicidad, bastándole sólo la espacialidad" (p. 166). En la fenomenología *husserliana*, existen dos términos diferenciados para el cuerpo: *korper*, que se corresponde con el cuerpo como realidad "objetiva", como objeto, y *leib*, que se correspondería con ese *embodiment* o corporeidad, como realidad experienciada (en López-Ibor, 1974).

Hay literatura que explora o teoriza ese *cuerpo más allá del cuerpo* o esa corporeidad, sobresalen Gallagher y Zahavi (2008), que proponen y defienden una mente incorporada/corporizada o un cuerpo mental (*embodied mind or minded body*) o Merleau-Ponty (2013) que habla del cuerpo vivido, cuerpo poseído, o espacios vividos, (*lived or own body* y *lived space*) para resaltar la estrecha interrelación entre el mundo y el sujeto. Propone un cuerpo sujeto, no objeto, y le adscribe la capacidad de agencia. Aporta también el concepto de hábito (*habit*) sugiriendo una especie de sabiduría encarnada.

Otras conceptualizaciones que parece interesante rescatar brevemente son las de autores como Repetto y Riva (2023), que señalan el cuerpo como componente o manifestación física del yo, y también como medio de relación con el mundo; o Gallaguer (2005) que habla de la corporeidad como un proceso que se modela durante toda la vida a través de cómo sentimos, nos movemos e interactuamos con los demás, y que a su vez esa corporeidad modela nuestra experiencia. También Price (2007), que habla del "yo corporal" que necesita de mecanismos de defensa como la disociación para hacer frente al trauma o al dolor cuando exceden nuestra capacidad de afrontamiento, Ogden et al (2006a, b) que hablan de las "memorias sensoriomotrices" o Riva (2018) que aborda el papel de los estados corporales en la construcción de la experiencia consciente y del *yo.*

Otras aportaciones interesantes en la línea de "procesos encarnados" nos aportan algunas categorías de análisis interesantes, como Rajah y Osborn (2022) que en su investigación sobre el cuerpo en los procesos de resistencia diferencia cuatro temas o categorías: el *cuerpo activo*, el *cuerpo herido/constreñido*, el *cuerpo interactivo*, y el *cuerpo transformativo*, Saunders et al. (2024) que entiende el cuerpo como un sistema complejo y hablan de categorías de sintomatología funcional del cuerpo (*disautonomía, disociación, ritmos, memoria corporal, sensibilización, pensar sobre los síntomas y el cuerpo conectado*) o Machorrinho (2022a) que diferencia entre sintiendo el cuerpo, accionando el cuerpo y "poseyendo el cuerpo" (*feeling, acting & owning the body*). Además, parece que los síntomas del TEPT relacionados con la corporalidad, principalmente disociación y desrealización, se acercan a esa "corporeidad" en teorizaciones como las de Dillon et al. (2013), González (2010), o Van der Hart et al., (2008). Al fin y al cabo, el síndrome de estrés postraumático se ha asociado con dificultades o disfunciones en la modulación del cuerpo sintiente (hiper/hipo sensibilidad o hipo/hiper reactividad) hacia el entorno (Engel-Yeger et al., 2013; Kearney y Lanius, 2022; o Shalev et al., 2000). Estas y otras numerosas aportaciones sobre esta sintomatología relacionada con la corporalidad en el TEPT, sin embargo, suelen circunscribirse a personas que cumplen los criterios diagnósticos, dejando fuera población sub-clínica, además de centrar su objeto de estudio principalmente en otras poblaciones objetivo, como se ha mencionado en líneas anteriores.

### 1.5. Aportación al Campo de Estudio y Objetivos de esta Revisión

La violencia de género o de pareja ha sido menos explorada en la literatura en cuanto a sus impactos en el cuerpo, tanto en términos de análisis como de teorización, como ya apuntaron Rajah y Osborn (2022). Pese a la amplia literatura sobre consecuencias de la violencia de género o de pareja a nivel de salud física y mental, las manifestaciones somáticas y especialmente las alteraciones en la corporeidad han recibido menos atención, en particular desde perspectivas que trasciendan el modelo dicotómico mente-cuerpo. Parece necesario explorar más en esa dirección.

Existen varias revisiones interesantes en torno al objeto de estudio de esta revisión, destacando la de Stubbs y Szoeke (2022), que pone el foco en la salud física y comportamientos relacionados con la salud, pero deja fuera del mismo cuestiones relacionadas con ese *cuerpo más allá del cuerpo*; o la de Rajah y Osborn (2022) que si bien pone en el objetivo procesos más relacionados con la corporeidad, lo hace desde el contexto de las formas de resistencia de las

mujeres ante las violencias. Mencionar también la de Koroglu y Durat (2024), que también explora cuestiones vinculadas a la corporeidad, pero explorando el impacto y efectividad de las intervenciones basadas en el cuerpo, sin profundizar en los efectos o impactos que este guarda.

Así, esta revisión sistemática busca contribuir al campo de estudio sobre la corporeidad y las manifestaciones somáticas en mujeres supervivientes de violencia de pareja, mediante el análisis de la literatura científica. Su objetivo general es examinar la evidencia disponible sobre las manifestaciones somáticas y las alteraciones en la corporeidad en esta población. Para ello, se plantean cuatro objetivos específicos: (1) explorar la literatura existente sobre la prevalencia de sintomatología somática y las alteraciones en la corporeidad en mujeres que han sufrido violencia de pareja; (2) identificar los principales síntomas somáticos y las dimensiones de la corporeidad afectadas según la evidencia científica; (3) analizar la relación entre los distintos tipos de violencia de pareja (física, psicológica, sexual, económica, etc.) y otros posibles mediadores en la aparición, frecuencia y gravedad de los síntomas vinculados al cuerpo y la corporeidad; y (4) sintetizar las implicaciones del fenómeno y recopilar recomendaciones para la práctica clínica, la prevención y la intervención.

## 2. Método

La presente revisión sistemática se ha llevado a cabo siguiendo las directrices actualizadas de la declaración PRISMA 2020, en Page et al. (2021) que proporcionan un marco estructurado para garantizar la transparencia y exhaustividad en la revisión de estudios, además de guiarse por la extensión de la guía PRISMA para las revisiones de tipo exploratorio. La elección de una revisión sistemática para la exploración de este campo, en lugar de un meta-análisis, viene justifica por la heterogeneidad de los textos seleccionados, atendiendo a las recomendaciones de Petticrew y Roberts (2006).

### 2.1. Bases de Datos y Estrategia de Búsqueda

Se realizó una búsqueda sistemática en tres bases de datos electrónicas: Web of Science (WoS), Scopus y PubMed. Las búsquedas fueron consultadas por última vez el 10 de febrero de 2025, y se diseñaron utilizando términos específicos para abarcar conceptos clave relacionados con las consecuencias o efectos de la violencia de género en la sintomatología somática o en la corporeidad de las mujeres sobrevivientes.

En Web of Science (WoS), se utilizó la ecuación de búsqueda:

TS=("embodied" OR "somatic" OR "somático" OR "embodiment" OR "corporeidad" OR “cuerpo”) AND TS=("domestic violence" OR "violencia doméstica" OR "intimate partner violence" OR "violencia de pareja" OR "violencia de género" OR “gender based violence”) AND TS=("wom?n" OR "mujer*" OR "female" OR "feminine") la búsqueda inicial generó 214 resultados, que se refinaron mediante filtros por idioma (incluyendo castellano e inglés, excluyendo el resto), tipo de documento (articulo) y categorías temáticas relevantes. Las categorías incluidas fueron: Psychology Psychoanalysis, Psychology Biological, Psychology Experimental, Psychology Applied, Psychology Educational, Psychiatry, Psychology Clinical, Psychology Multidisciplinary, Behavioral Sciences, Psychology, Psychology Developmental, Psychology Social, Neurosciences, excluyendo el resto de categorías, reduciendo el total a 67 estudios.

En Scopus, se utilizó la ecuación de búsqueda:

TITLE-ABS-KEY ("embodied" OR "somatic" OR "somático" OR "embodiment" OR "corporeidad" OR “cuerpo”) AND TITLE-ABS-KEY ( "domestic violence" OR "violencia doméstica" OR "intimate partner violence" OR "violencia de pareja" OR "violencia de género" OR “gender based violence”) AND TITLE-ABS-KEY ( "wom?n" OR "mujer*" OR "female" OR "feminine" ). Inicialmente se identificaron 264 estudios, pero se aplicaron filtros para restringir el idioma (nuevamente, incluyendo castellano e inglés y excluyendo el resto), tipo de documento (artículo) y la temática/categoría (Psicología, Neurociencia y multidisciplinar, excluyendo otras áreas), obteniéndose un total de 62 publicaciones.

En PubMed, se empleó la ecuación de búsqueda:

(("embodied"[Title/Abstract] OR "somatic"[Title/Abstract] OR "somático"[Title/Abstract] OR "embodiment"[Title/Abstract] OR "corporeidad"[Title/Abstract] OR "cuerpo"[Title/Abstract]) AND ("domestic violence"[Title/Abstract] OR "violencia doméstica"[Title/Abstract] OR "intimate partner violence"[Title/Abstract] OR "violencia de pareja"[Title/Abstract] OR "violencia de género"[Title/Abstract] OR "gender-based violence"[Title/Abstract]) AND ("women"[Title/Abstract] OR "woman"[Title/Abstract] OR "mujer"[Title/Abstract] OR "mujeres"[Title/Abstract] OR "female"[Title/Abstract] OR "feminine"[Title/Abstract])) obteniendo 91 resultados.

Adicionalmente, se encuentran tres artículos que, a priori, parecen adecuados, localizados a través de referencias en artículos relevantes. De estos, finalmente, sólo uno de ellos se incluye en la revisión al no cumplir el resto los criterios de inclusión.

**2.2. Criterios de Inclusión y Exclusión**

Durante el proceso de búsqueda, como criterios de inclusión, se toman los siguientes:

Respecto al tipo de documento, se incluyen artículos publicados en revistas científicas, excluyendo revistas, libros, tesis, disertaciones y proyectos, posters científicos, etc.

En referencia al tipo de estudio, se incluyen estudios e investigaciones empíricos, cuantitativos y cualitativos, estudios de caso, así como estudios teóricos, excluyéndose revisiones bibliográficas, revisiones sistemáticas y meta-análisis.

Se incluyen documentos en español o inglés, con estudios pertenecientes o vinculados a áreas de Psicología y Salud Mental, Psiquiatría, Medicina Psicosomática y Multidisciplinares, y se excluyen aquellos trabajos e investigaciones de otras áreas tales como la Sociología, la Antropología Social y Cultural, los Estudios de Género y Medicina (a excepción de medicina psicosomática), así como textos con enfoque legal.

No se estipulan criterios de fecha de publicación a fin de recoger el máximo posible de información.

Durante el proceso de tamizaje y selección, se tienen en cuenta las siguientes cuestiones y criterios: En esta revisión se incluyen artículos, bien fueran investigación empírica o teórica, cuantitativa o cualitativa, relacionada con efectos o síntomas somáticos y alteraciones en la corporalidad y corporeidad en mujeres que sufren o han sufrido violencia de pareja a manos de sus parejas o exparejas (excluyéndose abuso y maltrato infantil y otras agresiones y violencias en la adultez no vinculadas con parejas o exparejas), experimentadas durante la adultez.

En cuanto a la población objeto de estudio, se incluirán artículos centrados en mujeres adultas supervivientes de violencia de género, excluyendo aquellos cuya población principal sean niños/niñas, adolescentes, hombres o parejas como unidad de análisis, excluyendo también textos cuya población objeto eran hombres, niños, adolescentes u otros grupos que no sean mujeres adultas sobrevivientes, así como textos centrados en intervención en supervivientes de tortura, genocidio, conflictos armados, catástrofes naturales o contextos de refugio Se excluyen artículos

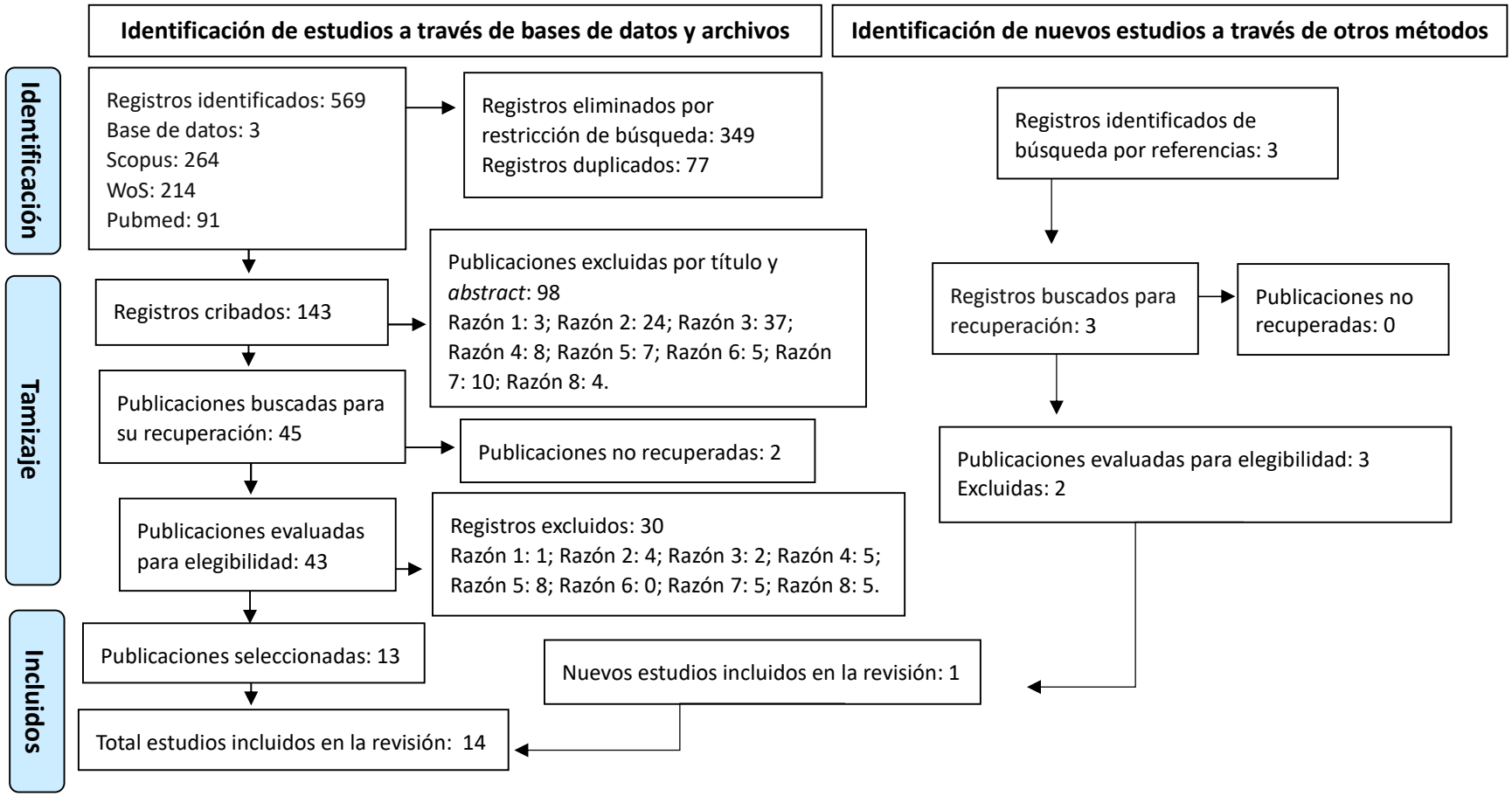
centrados de forma concreta en el periodo prenatal o postparto por considerarse que esta cuestión merece un análisis específico (recogido dentro de la razón 3, detallada más adelante). Sí se incluyen documentos que incluyan, además de mujeres adultas supervivientes de violencia de género, otro tipo de población, siempre que los datos estén desagregados y aporten información relevante al objeto de estudio de esta revisión.

Se incluyen artículos que exploran, desde la salud mental, psicología, psiquiatría transcultural, neurociencias o estudios multidisciplinares, excluyéndose textos de otras disciplinas (estudios de género, salud, derecho…). Se excluyen aquellos textos centrados en la validación de escalas o instrumentos de evaluación pero que no incluían información relevante sobre la sintomatología explorada en esta revisión. Asimismo, se excluyen aquellos estudios que centran su investigación o teorización sobre intervenciones, así como aquellos estudios que revisan predictores o factores de riesgo respecto a la probabilidad de perpetrar o sufrir este tipo de violencias.

En las siguientes líneas se describen detalladamente los criterios aplicados, mientras que puede encontrarse un resumen más visual en el diagrama de flujo (Figura 1), presentado a continuación.

**Figura 1.**

*Diagrama de Flujo.*




*Nota*: Razón 1: tipo de estudio; Razón 2: disciplinas no relevantes; Razón 3: población no relevante; Razón 4: violencias no relevantes; Razón 5: Ausencia de datos relevantes en el cuerpo o sintomatología somática; Razón 6: Validación de escalas o instrumentos; Razón 7: intervención que no aportan análisis de sintomatología; Razón 8: exploración de predictores o factores de riesgo respecto a perpetrar o sufrir este tipo de violencias.

Los criterios de exclusión que se han utilizado se han agrupado en las siguientes categorías o razones: 0) Tipo de documento: registros ya eliminados con el filtrado anterior a tamizaje y selección; 1) Tipo de estudio: 3 publicaciones eliminadas por título y *abstract*, 1 registro eliminado en la segunda fase de revisión de publicaciones evaluadas para elegibilidad; 2) Disciplinas no relevantes: 24 publicaciones excluidas por título y *abstract* y 4 publicaciones excluidas en la segunda fase de revisión de publicaciones evaluadas para elegibilidad; 3) Población no relevante a esta revisión: 37 Publicaciones excluidas por título y *abstract* y 2 publicaciones excluidas en la segunda fase de revisión de publicaciones evaluadas para elegibilidad; 4) Violencias no relevantes a esta revisión: 8 publicaciones excluidas por título y *abstract* y 5 publicaciones excluidas en la segunda fase de revisión de publicaciones evaluadas para elegibilidad; 5) Ausencia de enfoque o de datos relevantes en el cuerpo o sintomatología somática: 7 publicaciones excluidas por título y *abstract* y 8 publicaciones excluidas en la segunda fase de revisión de publicaciones evaluadas para elegibilidad; 6) Validación de escalas o instrumentos: 5 Publicaciones excluidas por título y *abstract*; 7) Documentos centrados en intervención que no aportan análisis de sintomatología/consecuencias de la violencia: 10 Publicaciones excluidas por título y *abstract* y 5 publicaciones excluidas en la segunda fase de revisión de publicaciones evaluadas para elegibilidad; 8) Documentos centrados en la exploración de predictores o factores de riesgo respecto a perpetrar o sufrir este tipo de violencias: 4 Publicaciones excluidas por título y *abstract* y 5 publicaciones excluidas en la segunda fase de revisión de publicaciones evaluadas para elegibilidad.

Para este proceso, se ha utilizado *Mendeley* (Elsevier, 2019) como herramienta digital de gestión bibliográfica.

## 3. Resultados

Los resultados del proceso de búsqueda y posterior elección de estudios se han descrito de forma detallada en el apartado anterior, y pueden verse reflejados en el diagrama de flujo (ver Figura 1), habiéndose incluido, finalmente, un total de catorce artículos.

Los estudios incluidos en la muestra final (un total de 14 artículos) han sido publicados entre 2009 y 2025 y aparecen en 13 revistas. Incluyen investigaciones con muestras recogidas en 8 países diferentes (El Salvador, Nicaragua, Portugal, Irán, EEUU, República Dominicana, India y Mozambique). Las características principales tales como el tipo de estudio, la descripción de la muestra o las limitaciones, quedan recogidas en la Tabla 1, a continuación.

**Tabla 1**

*Principales Características de la Muestra Incluida en esta Revisión.*

| Artículo | Metodología o tipo de estudio | Características de la muestra | Mediciones. Uso de test/ instrumentos | Limitaciones |
|---|---|---|---|---|
| 1. Bermúdez et al. (2009) | Diseño transversal con grupo control, muestra no aleatorizada | Grupo de mujeres maltratadas por su pareja (n = 176) y grupo de control: mujeres no maltratadas (n = 84) en El Salvador, edades entre 18 y 74 años, edad media 33.8 años, variabilidad en estado civil. | Inventario de Evaluación del Maltrato a la Mujer por su Pareja (APCM), Matud (1999); Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-28, Goldberg & Hillier, 1979); Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasúa, 1997) | Muestreo no aleatorizado, datos provenientes de autoinformes (posibles sesgos); diseño transversal (sólo se puede hablar de asociaciones y no de relaciones causa-efecto entre las variables). |
| 2. Venegas (2022) | Estudio cualitativo etnográfico | 20 participantes de entre 19 y 24 (moda 21). | No aplica | Muestra pequeña y falta de documentación respecto a la temática. |
| 3. Machorrinho et al. (2022) | Estudio transversal | 38 mujeres supervivientes de violencia doméstica, de edades entre 23 y 68, media 40 años y cuatro meses. 76,3% viviendo en refugio para víctimas de violencia. | PTSD Checklist – Civilian Version (PCL) Weathers et al., 1993; Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) Zigmond & Snaith, 1983; Heartbeat Counting Task (HCT) Schandry, 1981¸Assessment of Interoceptive Awareness (MAIA) Mehling et al., 2012¸ Rubber Hand Illusion (RHI) Rabellino et al., 2016; Scale of Body Connection (SBC) Price & Thompson, 2007; Movement Imagery Questionnaire-3 (MIQ-3) Williams et al., 2012 | Muestra pequeña, que limita la generalización de los resultados; diseño transversal, que impide establecer relaciones causales. Uso de la versión DSM-IV del PTSD Checklist. Falta de datos normativos sobre las variables, lo que limita la comparación con poblaciones no expuesta a violencia. |

| Artículo | Metodología o tipo de estudio | Características de la muestra | Mediciones. Uso de test/ instrumentos | Limitaciones |
|---|---|---|---|---|
| 4. Machorrinho et al. (2023) | Transversal con grupo de control. | 47 mujeres que han sufrido violencia de pareja y viven en refugios para víctimas (edad media 41,3 años) y 44 mujeres de la comunidad que no han sido víctimas (edad media 43.1) | Movement Imagery Questionnaire-3 (MIQ-3, Williams et al., 2012); Heartbeat Counting Task (HCT, Schandry, 1981); Multidim. Assessment of Interoceptive Awareness (Machorrinho et al., 2018); Rubber Hand Illusion; Scale of Body Connection (SBC; Price & Thompson, 2007); PTSD Checklist – civilian version (PCL; Weathers et al., 1993); Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS; Zigmond & Snaith, 1983). | Fiabilidad del instrumento de medición de interocepción (conteo de latidos cardíacos) problemas de fiabilidad en investigaciones recientes. Dificultades en la reclutación de participantes (finalmente incluyó solo a aquellas que vivían en refugios, muestra específica: dificil generalizar) |
| 5. Alizadeh et al. (2015) | Estudio de casos y controles | 402 mujeres en el noroeste de Irán. Casos: 200 mujeres que denunciaron y fueron remitidas a un centro. Controles: 202 mujeres de centros de salud sin evaluación previa de violencia. Edad media: 33.65 | Cuestionario autoadministrado validado por expertos, que evaluó: tipos de violencia y consecuencias físicas, mentales y sociales. | Dependencia de autoinformes: Posible sesgo en las respuestas. Muestra específica: Solo incluyó mujeres que denunciaron (no se puede generalizar a mujeres que sufren o han sufrido violencia, pero no han denunciado) |

| Artículo | Metodología o tipo de estudio | Características de la muestra | Mediciones. Uso de test/ instrumentos | Limitaciones |
|---|---|---|---|---|
| 6. Wong y Chang (2016) | Estudio cualitativo | 25 mujeres reclutadas en refugio para supervivientes de violencia doméstica en Pittsburgh, EE.UU. Edad media: 42.2 años (±12.5). IMC) medio: 28.9 kg/m² (±6.5). Diagnóstico previo de TCA: 8% bulimia nerviosa. | Encuestas demográficas; cuestionario sobre historial de violencia, entrevistas estructuradas. | Muestra limitada, sesgo de selección. Dificultad para diferenciar efectos (muchas participantes también habían sufrido abuso infantil), falta de uso de utilizaron instrumentos estandarizados. |
| 7. Scheer et al. (2021) | Estudio cuantitativo | 239 personas LGBTQ que experimentaron violencia de pareja y buscaron atención médica en el último año. Edad promedio: 27.66 años | Trauma-Informed Practice (TIP) Scales (Goodman et al., 2016); Emotion Regulation Questionnaire (Gross & John, 2003); Personal Feelings Questionnaire–2 (PFQ2-Shame) (Harder & Zalma, 1990); Victim Empowerment in Relation to Safety (Goodman et al., 2014), Patient Health Questionnaire (PHQ-9) (Kroenke et al., 2001); PTSD Checklist–Civilian Version (PCL-C); Escala de salud física basada en síntomas crónicos y somáticos. | Diseño transversal, lo que impide establecer causalidad. Uso de autoinformes: posible sesgo de respuesta. Muestra mayoritariamente blanca, limitando la generalización a otras poblaciones LGBTQ racializadas. |
| 8. Caba et al. (2023) | Estudio cuantitativo. | 170 mujeres de República Dominicana que sufrieron violencia de la pareja y que buscaron asistencia psicológica en una ONG en la capital. Edad promedio fue de 38.5 años | Inventario Depresión de Beck (BDI-II; Sanz et al., 2014); Inventario Evaluación de la Personalidad (PAI; Ortiz-Tallo et al., 2011); Escala Gravedad de Síntomas del Trastorno de Estrés Postraumático (EGS; Echeburúa et al., 1997); Escala Autoestima de Rosenberg (Vázquez Morejón et al., 2004). | La magnitud de las correlaciones es pequeña, lo que podría indicar la influencia de otros factores no considerados. Sesgo muestral (solo mujeres que han solicitado ayuda). |

| Artículo | Metodología o tipo de estudio | Características de la muestra | Mediciones. Uso de test/ instrumentos | Limitaciones |
|---|---|---|---|---|
| 9. Soleimani et al. (2017) | Estudio basado en población | 2.091 mujeres casadas residentes en el Norte de Irán. 1.339 habían sufrido al menos un tipo de violencia por parte de su pareja (edad media 35,23), y 752 no habían experimentado violencia por parte de su pareja (edad media 37,02). | Revised Conflict Tactics Scale (CTS-2)<br>General Health Questionnaire (GHQ-28) | Muestra incidental (resultados no fácilmente generalizables)<br>Datos auto-reportados, posible sesgo. |
| 10. Cesari et al. (2022) | Estudio teórico | No aplica. Estudio teórico. | No aplica. Estudio teórico. | Los autores no describen limitaciones. |
| 11. Kovacevic et al. (2023) | Estudio de métodos mixtos (cualitativo y cuantitativo). | 100 mujeres residentes en barrios marginales de Mumbai, India. edad promedio 34.05 años (SD = 9.58). 47% cumplía con los criterios para un diagnóstico probable de PTSD según la escala PCL-5. | Harvard Trauma Questionnaire (HTQ; Mollica et al., 1992)<br>PTSD Checklist for DSM-5 (PCL-5; Weathers et al., 2013)<br>Escala de "tensión" dentro del HTQ<br>Cuestionario sociodemográfico | Tamaño de muestra reducido: limita la generalización.<br>Métodos de evaluación limitados: No se midió el impacto funcional de la tensión en la vida diaria.<br>falta de evaluación sistemática en entrevistas (posible subreporte). |
| 12. Doria (2025) | Estudio cualitativo | 16 mujeres indígenas o de ascendencia indígena en el Medio Oeste de EE.UU. (29-79 años). Identidad de género y orientación sexual: Todas cisgénero, mayoría heterosexuales, una persona bisexual. | Cuestionario demográfico | Tamaño muestral reducido, que limita la generalización.<br>Falta de diversidad en identidad de género y orientación sexual.<br>No se exploraron estrategias de sanación más allá de las narradas en los círculos de conversación. |

| Artículo | Metodología o tipo de estudio | Características de la muestra | Mediciones. Uso de test/ instrumentos | Limitaciones |
|---|---|---|---|---|
| 13. Zacarías et al (2012). | Transversal sin grupo de control | 1442 mujeres de 15-49 años, residentes en Maputo (Mozambique) que contactaron con los Servicios del Hospital Central por VG entre el 1 de abril de 2007 y el 31 de marzo de 2008. | Symptom Check List-Revised (SCL-90-R) (Derogatis LR, 1994)<br><br>Conflict Tactic Scales-Version 2 (CTS2),<br>Controlling Behaviors Scale – Revised (CBS-R) Strauset al. (1996) | Estudio transversal, no se pueden establecer relaciones temporales ni causales. Muestra limitada a mujeres que buscaron ayuda (limita la generalización). Datos se basaron en autoinformes. Algunas variables no evaluadas en profundidad. Traducción y adaptación cultural de instrumentos: posible error. CTS2 cubre dimensiones limitadas del abuso psicológico. Muchas mujeres víctimas y agresoras, lo que pudo influir en los resultados. |
| 14. McCall-Hosenfeld (2014) | Transversal sin grupo de control. | 597 pacientes de atención primaria con dolor crónico, (59% mujeres, 41% hombres., edad media: 47, mayoría afroamericanos (61%), mujeres: 49% trauma sexual, violencia de pareja 57%). | Composite International Diagnostic Interview (CIDI; Robins et al., 1988)<br>Patient Health Questionnaire-9 (PHQ-9; Kroenke et al., 2001)<br>PHQ-15 para síntomas somáticos (Kroenke et al., 2002)<br>Escala de experiencias adversas en la infancia (Felitti et al., 1998) | Diseño transversal, no puede establecer causalidad. Muestra restringia: limitada la generalización. TEPT no se evaluó en relación con traumas específicos. Solo se incluyern traumas interpersonales, dejando fuera otros eventos traumáticos que podrían afectar los síntomas somáticos. |

En los artículos incluidos encontramos una gran variabilidad en cuanto a tipo de estudio: cinco son diseños transversales (el 35,7% de la muestra), de los cuales dos cuentan con grupo de control (Bermúdez et al., 2009; Machorrinho et al., 2023) y tres son diseños transversales sin grupo de control (Machorrinho et al., 2022b; McCall-Hosenfeld, 2014; Zacarías et al., 2012); dos son estudios cuantitativos (el 14,28% de la muestra): el de Caba et al. (2023) y el de Scheer et al. (2021); tres (el 21,43%) son estudios cualitativos: los de Doria (2025), Venegas (2022) y Wong y Chang (2016); mientras que el de Kovacevic et al. (2023) es un estudio de métodos mixtos (cuantitativo y cualitativo). De los tres restantes, el trabajo de Alizadeh et al. (2015) es un estudio de casos y controles, el de Soleimani et al. (2017) es un estudio basado en población, y el de Cesari et al. (2022) es un estudio teórico. Nueve de los catorce artículos revisados (el 64,28% de la muestra) utilizan instrumentos de medida estandarizados (Bermúdez et al., 2009; Caba et al., 2023; Kovacevic et al., 2023; Machorrinho et al., 2022b, 2023; McCall-Hosenfeld, 2014; Scheer et al., 2021; Soleimani et al., 2017; Zacarías et al., 2012).

A continuación, se analizan los resultados, que se han organizado, a fin de facilitar su lectura, alrededor de tres ejes, vinculados con los objetivos y preguntas de la presente revisión.

### 3.1. ¿Escrito en el cuerpo? Prevalencia y sintomatología

En términos generales todos los artículos de la muestra hablan de una forma u otra sobre cómo las violencias experimentadas tienen un impacto en el cuerpo y corporeidad de las mujeres sobrevivientes a violencia de pareja. Al examinar los principales síntomas somáticos y las áreas o aspectos de la corporalidad afectados en la muestra analizada en esta revisión, es posible establecer tres categorías: b) sintomatología relacionada con la corporalidad vinculada con TEPT y c) efectos/consecuencias en la corporeidad.

En la primera hemos agrupado la sintomatología más puramente física o identificada por los artículos como “síntomas somáticos” bien sea de forma genérica o desglosada; en la segunda se han agrupado las referencias a síntomas o alteraciones de la corporalidad en el marco del diagnóstico de trastorno por estrés postraumático; y en la última, hemos agrupado aquellas referencias a sintomatología o alteraciones vinculadas a la corporeidad, el cuerpo como vivencia subjetiva, cuerpo en relación hacia los otros, etc.

El 92,86% de la muestra (13 artículos) hablan de sintomatología somática y física, más vinculada al concepto de cuerpo objetivo, que podrían adscribirse a la primera categoría: a)

sintomatología somática. Ocho de los artículos (el 57,14% de la muestra) aportan información sobre la segunda categoría, b) sintomatología relacionada con la corporalidad vinculada con TEPT, y solo 4 (el 28,57%) exploran alteraciones de la corporeidad más allá de la sintomatología enmarcada en el diagnóstico TEPT, que hemos categorizado como c) efectos/consecuencias en la corporeidad. En muchas ocasiones, los trabajos mencionan o analizan sintomatología en varias de estas categorías, tal como puede verse a continuación.

**Tabla 2**

*Tipo de Sintomtología o Efectos Descritos en los Artículos*

| Artículo | Sintomatología Somática | Sintomatología Relacionada con la Corporalidad Vinculada con TEPT | Efectos/Consecuencias en la Corporeidad. |
|---|---|---|---|
| 1. Bermúdez et al. (2009) | X | X | |
| 2. Venegas (2022) | X | | |
| 3. Machorrinho et al. (2022) | | X | X |
| 4. Machorrinho et al. (2023) | X | X | X |
| 5. Alizadeh et al. (2015) | X | | |
| 6. Wong y Chang (2016) | X | | |
| 7. Scheer et al. (2021) | X | X | |
| 8. Caba et al. (2023) | X | X | |
| 9. Soleimani et al. (2017) | X | X | |
| 10. Cesari et al. (2022) | X | | |
| 11. Kovacevic et al. (2023) | X | X | X |
| 12. Doria (2025) | X | X | X |
| 13. Zacarías et al (2012). | X | | |
| 14. McCall-Hosenfeld (2014) | X | | |
| Total | 13 (92,86%) | 8 (57,14%) | 4 (28,57%) |

A continuación, procedemos a analizar los hallazgos en cada una de las categorías identificadas. Antes de comenzar, cabe señalar que los artículos revisados también mencionan sintomatologías no relacionadas con lo corporal y la corporeidad, las cuales no se abordan en este apartado, ya que no forman parte del objeto de estudio de esta revisión.

### *3.1.1. Síntomas Somáticos*

La mayoría de los artículos (trece de los catorce analizados) señalan la prevalencia de síntomas somáticos, como es el caso de Bermúdez et al. (2009), que habla de mayores medias (10,73 en el grupo de mujeres que han sufrido violencia frente a 4,9 en grupo control en GHQ-28 (Goldberg y Hillier, 1979)), o en el caso de Venegas (2022), que simplemente nombra los síntomas somáticos como recurrentes en esta población. Machorrinho et al. (2023) encuentran mayor prevalencia de síntomas somáticos en supervivientes de violencia que en grupo de control; Soleimani et al. (2017), que encuentra que haber sufrido violencia de pareja puede llegar a triplicar la presencia de sintomatología somática, así como Bermúdez et al. (2009), Cesari et al. (2022), McCall-Hosenfeld (2014) o Zacarías et al. (2012) que también resaltan mayor presencia de estos síntomas en mujeres que han sufrido violencia a manos de sus parejas. Scheer et al. (2021) que señalan la presencia de estos síntomas en la muestra, Kovacevic et al (2023), que mencionan la prevalencia de "tensión" en mujeres sobrevivientes (que asciende a un 88.37% de la muestra) como *un estado emocional y físico complejo, caracterizado por síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y somáticos*. Scheer et al. (2021) describe la prevalencia de efectos negativos en la salud física, en términos generales, mientras que Doria (2025) habla de un "impacto encarnado", con el 100% de la muestra afirmando que las violencias sufridas habían dejado secuelas duraderas no solo en la mente sino también inscritas en el cuerpo de las mujeres.

En varios artículos se menciona una alta prevalencia o presencia de una activación aumentada y alteraciones del sistema nervioso autónomo, del eje hipotalámico-pituitario-adrenal y aumentos del cortisol, (Bermúdez et al., 2009; Cesari et al., 2022; Kovacevic et al., 2023), hipertensión (Doria, 2025; Kovacevic et al., 2023; Machorrinho et al., 2022), enfermedades cardiovasculares (Alizadeh et al., 2015; Cesari et al., 2022; Kovacevic et al., 2023; Zacarías et al., 2012), dolores crónicos de cabeza o migrañas (Alizadeh et al., 2015; Kovacevic et al., 2023; Machorrinho et al., 2022b; Scheer et al., 2021; Venegas, 2022; Zacarías et al., 2012), problemas respiratorios (Machorrinho et al., 2022b, 2023; Cesari et al., 2022; Scheer et al., 2021), pérdida de apetito y problemas gastrointenstinales (Kovacevic et al., 2023; Wong y Chang, 2016; Zacarías et al.,

2012). Dos de los artículos, que enfocan su investigación teniendo en cuenta el concepto de *idioms of distress*, mencionan los mareos, desmayos o pérdidas de conciencia como síntoma común en mujeres que han sufrido violencia de pareja, como es el caso de los trabajos de Doria (2025), con mujeres indígenas del medio oeste de Estados Unidos y Venegas (2022), con mujeres de Nicaragua.

### *3.1.2. Sintomatología Relacionada con la Corporalidad Vinculada con TEPT.*

Ocho de los artículos hablan de la sintomatología relacionada con el cuerpo y la corporeidad en el marco del diagnóstico de trastorno de estrés postraumático y describen una alta incidencia de sintomatología de este tipo vinculada con el TEPT – principalmente desrealización y despersonalización-. Bermúdez et al. (2009), que encuentra que un alto porcentaje de mujeres sobrevivientes que cumplían criterios de TEPT frente al grupo control; Machorrinho et al. (2022b, 2023) que encuentra también en ambos estudios una alta prevalencia o también Scheer et al. (2021), que encuentra esta sintomatología en la muestra y lo utiliza como variable de análisis. También trabajos como el de Caba et al. (2023) o Cesari et al. (2022), que señalan la presencia de esta sintomatología en mujeres expuestas a violencias de pareja, Kovacevic et al. (2023), que encuentra mayor prevalencia y severidad de los síntomas en mujeres violentadas y lo vincula al nivel de tensión relatada; o Doria (2025) que afirma haber encontrado prevalencia a largo plazo de esa sintomatología tras las experiencias vividas.

### *3.1.3. Efectos/Consecuencias en la Corporeidad*

De los artículos de la muestra, solo cuatro exploran alteraciones de la corporeidad como vivencia subjetiva más allá de la sintomatología enmarcada en el diagnóstico TEPT (un 28,7% de la muestra de artículos incluida en la revisión). Machorrinho et al. (2023), señalando que se encuentran niveles más altos de repudiación corporal y disociación corporal que las mujeres no víctimas; Machorrinho et al. (2022b) también, que exploran la autorregulación interoceptiva, la confianza interoceptiva y la disociación corporal y que señalan cómo las mujeres que habían sufrido violencia mostraron baja precisión interoceptiva (habilidad de percibir señales internas del cuerpo) y mayor desconexión con su cuerpo. Doria (2025) menciona en su estudio que es común encontrar en las mujeres sobrevivientes de la muestra cuestiones relacionadas con la hipersensibilidad y el malestar con el contacto físico o el entorno. De una forma menos explícita, Kovacevic et al. (2023) también apunta en esa dirección, con su concepto de *tanav* o "tensión", como un constructo multifacético que englobaba varios síntomas afectivos, cognitivos, conductuales y somáticos que

ocurren de forma conjunta y compleja y afectan a la relación del individuo con su cuerpo y con los otros.

### 3.2. Tipos de Violencia y Otros Moduladores

En este epígrafe sintetizaremos los hallazgos encontrados en la muestra respecto a la relación entre los diferentes tipos de violencia de pareja u otros mediadores identificados por los artículos, en la aparición, frecuencia y gravedad de los síntomas en relación al cuerpo y la corporalidad.

Ocho de los trabajos examinados (Alizadeh et al., 2015; Caba et al., 2023; Doria, 2025; Kovacevic et al., 2023; Machorrinho et al. 2023; McCall-Hosenfeld, 2014; Scheer et al., 2021; Soleimani et al., 2017) diferencian tipos de violencias (principalmente tres: física, psicológica y sexual, mientras que Alizadeh et al. (2015) añade "lesión") pero no aportan datos o conclusiones relevantes sobre el impacto diferencial de las mismas en la sintomatología asociada al cuerpo. Los trabajos de Bermúdez et al. (2009) y Zacarías et al. (2012) encuentran que la violencia psicológica se asocia con la sintomatología somática más que la violencia física. En la misma línea, Cesari et al. (2022) resaltan la violencia psicológica como la que más impacta en el Sistema Nervioso Autónomo y el aumento del cortisol.

Otro tipo de mediadores fueron identificados en los artículos incluidos en la muestra, tales como Bermúdez et al. (2009), que encuentra coeficientes de correlación estadísticamente significativos entre la intensidad del maltrato, tanto físico como psicológico y sexual, y la sintomatología somática y de TEPT; Soleimani et al. (2017) Y Cesari et al. (2022) que señala el hecho de que cuando las violencias son múltiples, exacerban los síntomas; Zacarías et al. (2012) que hablan de sintomatología más prevalente o grave cuando hay comorbilidad (principalmente con ansiedad y depresión); cuando la mujer que sufre la violencia ha sufrido, adicionalmente, abusos durante la infancia; cuando hay consumo de tóxicos o falta de apoyo social; y también menciona la edad como mediador de la sintomatología somática, encontrando mayor prevalencia e intensidad de los síntomas somáticos en mujeres adultas más jóvenes. Scheer et al. (2021) identifica la vergüenza como factor que influye negativamente en el estado de salud. Tres de los trabajos (Machorrinho et al., 2022b; McCall-Hosenfeld, 2014 y Zacarías et al., 2012) resaltan el papel de la depresión como mediador. Se encuentran incoherencias respecto al TEPT como mediador de los síntomas somáticos,

Caba et al. (2023) señala correlaciones significativas entre ellas, mientras que McCall-Hosenfeld (2014) afirma que el TEPT no parece ser mediador directo de la sintomatología somática.

### 3.3. Implicaciones y Recomendaciones para la Práctica Clínica, la Prevención o la Intervención.

Se ha considerado relevante analizar las recomendaciones propuestas por los/as autores/as. En este epígrafe se sintetizan las aportaciones de los trabajos revisados en relación a la práctica clínica, tanto a nivel de prevención como de intervención. En términos generales, los artículos de la muestra señalan la prevalencia y relevancia de los procesos somáticos y corporales vinculados a la violencia de pareja. Todos ellos apuntan a la interconexión de salud mental y física, o de mente y cuerpo, en las consecuencias derivadas de violencia intrapersonal.

Varios artículos analizan cómo factores como la vergüenza, el estigma, o el ser un fenómeno socialmente oculto o "privado", dificultan el estudio y la intervención y que estos deben ser abordados (Kovacevic et al., 2023; Scheer et al., 2021; Venegas, 2022).

Tres de los trabajos aluden a cuestiones culturales, señalando la necesidad de una atención culturalmente apropiada (Doria, 2025; Kovacevic et al., 2023) o de explorar más los significados y lenguajes culturales del malestar (Venegas, 2022). Dos de los artículos mencionan la importancia de una detección e intervención temprana de la sintomatología (Caba et al., 2023; Cesari et al., 2022).

En cuanto a las recomendaciones para la intervención, diversos artículos presentan conclusiones o sugerencias al respecto. Así, por ejemplo, Cesari et al. (2022) o Machorrinho et al. (2022b, 2023) abogan por la necesidad de integrar el trabajo sobre lo corporal o somático con la atención psicológica. En sus dos trabajos analizados en esta muestra, Machorrinho et al. (2022b, 2023) explicita además la necesidad de fomentar la alfabetización corporal y la conexión corporal -como contraria a síntomas disociativos- en las mujeres sobrevivientes, afirmando la importancia de trabajar por una corporeidad saludable para la recuperación. Proponen para la intervención la combinación de procesos ascendentes (conciencia de las sensaciones) y descendentes (autorregulación consciente). Cesari et al. (2022) además señala la importancia de restaurar el equilibrio del Sistema Nervioso Autónomo y propone intervenciones basadas en el "enriquecimiento ambiental". Caba et al. (2023) y Scheer et al. (2021) señalan la importancia del apoyo social o la falta del mismo como mediador relevante, invitando a incluir esta cuestión en las

intervenciones a fin de mejorar la salud física y mental, McCall-Hosenfeld (2014) recomienda poner el foco en la depresión para la mejora o disminución de sintomatología somática.

Ocho de los catorce artículos analizados apelan de una u otra forma a la necesidad de que los/as profesionales de la salud incorporen competencias o conocimientos sobre la relación entre la violencia de pareja y el cuerpo. Diversos estudios, como los de Alizadeh et al. (2015), Caba et al. (2023), Cesari et al. (2022), Soleimani et al. (2017) y Wong y Chang (2016), subrayan la importancia de incluir cribados en atención primaria para detectar situaciones de violencia en mujeres que presentan síntomas somáticos o alteraciones en el cuerpo y la corporalidad. En esta línea, Caba et al. (2023) y Cesari et al. (2022) destacan el cribado como una herramienta fundamental para la detección e intervención temprana, mientras que Zacarías et al. (2012) enfatizan la necesidad de capacitar al personal sanitario en este ámbito. McCall-Hosenfeld (2014) sugiere la necesidad de integrar la exploración de esta y otra sintomatología, así como incluir evaluaciones en trauma o violencia en la atención primaria. Scheer et al. (2021) subrayan la necesidad de que los servicios de atención a víctimas/sobrevivientes de violencias sean sensibles al trauma. Machorrinho et al. (2023) hace un llamamiento a los/as profesionales de salud sobre el valor de la corporeidad para la recuperación.

### 3.4. Calidad de los Estudios y Posibles Sesgos

Para finalizar este apartado, es pertinente hacer una breve mención a la calidad de los estudios y los posibles sesgos. No se utiliza un *checklist* al tratarse de una muestra muy heterogénea, pero a continuación se realiza un breve análisis de los posibles sesgos y calidad de los estudios.

En cuanto al *sesgo de selección*, todos los artículos de la muestra, a excepción de Cesari et al. (2022) apuntan a posibles sesgos de selección de las participantes. En la mayoría de los casos, por tamaños muestrales reducidos o por problemas de representación. Algunos reportan dificultad en el reclutamiento de participantes, por lo que acaba estudiándose mujeres que han denunciado (Caba et al., 2023); población interna en recursos de protección (como es el caso de Alizadeh et al., 2015; Machorrinho et al., 2022b, 2023; o Wong y Chang, 2016), o Scheer et al. (2021); que analizando la muestra señala la poca representatividad al no tener casi población racializada.

En cuanto al *sesgo de ejecución*, en varios estudios se identifica como limitación o posible sesgo el uso de autoinformes, con el posible sesgo que esto puede conllevar, como es el caso de Scheer et al., 2021; Soleimani et al., 2017; o Zacarías et al., 2012. También hay que resaltar que en

varios estudios se menciona que los instrumentos utilizados fueron adaptados y/o traducidos, pudiendo haberse comprometido su validez, como el caso de Zacarías et al (2012); en otros existe una falta de instrumentos de evaluación o falta de evaluación sistemática de las entrevistas (como en Kovacevic et al., 2023; Wong y Chang, 2016; Doria, 2025; o Venegas, 2022); uso de instrumentos que presentan problemas de fiabilidad (como en Machorrinho et al., 2022b, 2023 en el caso del *Heartbeat Counting Task* (HCT), de Schandry, 1981) o el uso de versiones anticuadas de instrumentos (Machorrinho et al., 2022b).

Respecto al *sesgo de clasificación o sesgo de información* (diagnóstico), es difícil de establecer en relación a las variables de estudio empleadas en esta revisión, ya que, si bien muchos de los trabajos incluyen instrumentos estandarizados, el mero hecho de aplicar uno u otro en ocasiones deja fuera información relevante al objeto de estudio que no se contempla o se contempla parcialmente en los instrumentos utilizados. Por poner un ejemplo, utilizar la Escala de Gravedad de Síntomas del TEPT (Echeburúa, Corral, Amor, Zubizarreta & Sarasúa, 1997), estará dejando fuera sintomatología corporal o de la corporeidad que no se englobe el diagnóstico del TEPT.

Se puede observar *sesgo de confusión o mezcla de efectos* en Wong y Chang, 2016 (muchas participantes también habían sufrido abuso infantil y es difícil establecer qué consecuencias se relacionan con la violencia de pareja), o en Zacarías et al. (2012) que, dentro de su muestra tiene muchas mujeres víctimas y agresoras, pudiendo darse una mezcla de efectos en las mediciones.

En ninguno de los estudios se observa un *sesgo de deserción (pérdidas)* que repercuta sobre el estudio.

## 4. Discusión

Este apartado analizará e integrará los resultados de la revision en relación a los objetivos y preguntas planteados en esta revisión, conectándolos con la literatura existente y haciendo una lectura de posibles explicaciones a lo encontrado. A fin de favorecer su lectura, se ordenan en varios epígrafes.

### 4.1. Escrito en el Cuerpo

Este epígrafe pretende integrar los resultados en relación a los dos primeros objetivos específicos, a) explorar la literatura científica existente sobre la prevalencia de sintomatología

somática y las alteraciones en la corporeidad en mujeres que han experimentado violencia de pareja y b) identificar los principales síntomas somáticos y áreas o aspectos afectados de la corporeidad analizados en la literatura científica. Esta revisión encuentra, en términos generales, que la violencia de pareja tiene efectos negativos sobre el cuerpo y la salud física de las mujeres, algo que está en línea con la literatura científica (Bonomi et al., 2006; Campbell, 2002; García-Moreno et al., 2008; o Macy et al., 2009). En la muestra, tal como se ha descrito en el apartado anterior, se han podido identificar tres categorías, que también aquí tomaremos como guía.

#### *4.1.1. Síntomas Somáticos: de Dolores Inexplicables*

Es importante observar que un elevado número de los artículos abordan este tema o aportan información relevante a esta categoría. Así, encontramos evidencia de síntomas somáticos concretos que la literatura científica ya venía señalando, tales como dolores crónicos de cabeza o migrañas (Alizadeh et al., 2015; Kovacevic et al., 2023; Machorrinho et al., 2022; Scheer et al., 2021; Venegas, 2022; Zacarías et al., 2012), en línea con la literatura científica existente (Aliaga et al., 2003; Coker et al., 2002; Kelly, 2010; Macy et al., 2009); o la activación aumentada, alteraciones del sistema nervioso autónomo, del eje hipotalámico-pituitario-adrenal o aumentos del cortisol (Bermúdez et al., 2009; Cesari et al., 2022; Kovacevic et al., 2023), y que son coherentes con la evidencia existente (Bonomi et al., 2006; Payne et al., 2015; Porges y Dana, 2018; Shepherd y Wild, 2014; Van de Kamp y Hoven, 2019; Van der Kolk, 2014,2015). Algunos de los trabajos mencionados también mencionaban hipertensión (Doria, 2025; Kovacevic et al., 2023; Machorrinho et al., 2022b), en línea con trabajos como el de Mason et al. (2012); enfermedades cardiovasculares (Alizadeh et al., 2015; Cesari et al., 2022; Kovacevic et al., 2023; Zacarías et al., 2012), lo que apoya datos ya existentes como los de Chandan et al (2021) o Thurston el al. (2022); problemas respiratorios (Cesari et al., 2022; Machorrinho et al., 2022b, 2023; Scheer et al., 2021), en línea con literatura como la de Stubbs y Szoeke (2022) o Tourné et al. (2024). También aparecen reportados problemas relacionadas con la alimentación, tales trastornos de la conducta alimentaria, pérdida de apetito o problemas gastrointestinales (Kovacevic et al., 2023; Wong y Chang, 2016; Zacarías et al., 2012), también en línea con aportes previos (Bretaña et al., 2025; Kelly, 2010; Lagdon et al., 2014; Macy et al., 2009).

El hecho de que una gran mayoría de artículos enumeren consecuencias de la violencia inscritas en distintos sistemas y localizaciones corporales confirma nuevamente que las violencias y experiencias traumáticas se “encarnan” en el cuerpo de las mujeres que lo sufren. La mayoría de los

artículos explican estos hallazgos señalando esta sintomatología como vía de expresión del malestar psicológico o de experiencias difíciles que no han podido ser procesadas por otra vía.

En términos generales, el haber encontrado que la mayoría de trabajos de la muestra aportan información dentro de esta categoría no parece sorprendente, ya que la mayoría de literatura científica disponible sobre esta cuestión centra su atención en describir o enumerar las consecuencias en ese cuerpo más físico y objetivo -aunque lo enraícen al sufrimiento psíquico-.

#### *4.1.2. Cuerpo en TEPT: Desconexiones hacia Adentro y hacia Afuera*

En el caso de la segunda categoría identificada, lo primero que puede observarse como son muchos los artículos de la muestra que aportan evidencia o teorización al respecto (Bermúdez et al., 2009; Caba et al., 2023; Cesari et al., 2022; Doria, 2025; Kovacevic et al., 2023; Machorrinho et al., 2022b, 2023; Scheer et al., 2021) los que describen este tipo de sintomatología y aportan datos sobre su prevalencia en la población objetivo. Los resultados que arrojan parecen alinearse con las hipótesis de los autores/as y son también coherentes con la investigación previa (Dillon et al., 2013; González, 2010; Van der Hart et al., 2008). En esta categoría se engloba sobre todo sintomatología disociativa como la desrealización o la despersonalización, cuestiones que bien podrían entrar en la tercera categoría, al referirse más a una corporeidad desajustada en la subjetividad hacia mí misma (despersonalización) o hacia el mundo (desrealización), si bien se ha diferenciado categorialmente a fin de destacar el hecho de que se tiende a estudiar dentro del diagnóstico de TEPT sin profundizar en ellas. Es decir, si bien hay muchos trabajos que valoran la prevalencia del TEPT en población expuesta a violencias y situaciones traumáticas, muchas veces se limitan a contabilizar porcentajes de personas que cumplen los criterios establecidos, y si, además, cumplen o no criterios para el subtipo disociativo. Esto presenta algunas limitaciones. Sin ánimo de ignorar las ventajas del sistema categoriales vigentes -que facilitan la comunicación entre profesionales, o unifican términos y criterios para la investigación más allá de las fronteras-, este modelo, basado en un modelo médico categorial de la enfermedad -aún habiéndose revisado y añadido una visión más dimensional, solo lo ha hecho *hasta cierto punto*, como bien señalan Echeburúa et al. (2014)-, puede entrañar una serie de trampas si no se utiliza de forma consciente. A veces la psicopatologización del malestar puede llevar a una sobre-medicalización que trate de borrar una sintomatología en lugar de comprenderla, otras veces esa etiqueta puede generar en la persona una sensación de que ahora el problema es suyo, aunque haya venido causado por una vivencia infligida por alguien externo, poniendo el acento en lo individual. Esto puede ser peligroso, especialmente en malestares que se

generan en relación y que necesitan de esto para su comprensión y abordaje. Y… ¿qué pasa con aquellas personas que presentan esta sintomatología o alteraciones en sus cuerpos y la vivencia subjetiva de los mismos, pero que no cumplen los criterios diagnósticos?

#### *4.1.3. Corporeidad en Crisis: Cicatrices Invisibles*

Esta tercera categoría solo cuenta con unos pocos artículos de la muestra aportando en esa línea (Doria, 2025; Kovacevic et al., 2023; y Machorrinho et al. 2022b, 2023), más afín a términos de *embodiment* o corporeidad. No sorprenden los malestares o disfunciones descritos por los artículos revisados: Machorrinho et al. (2022b, 2023), señalando la repudiación corporal y la disociación, disfunciones en la autorregulación o la confianza interoceptiva y que describen cómo es común encontrar un patrón de desconexión con su cuerpo, de lo que encontramos literatura disponible en Reinhardt et al. (2020), en el caso de la importancia de la interocepción en víctimas de violencia, Price y Thomson (2007) que hablan de la disociación corporal, o en Córdoba (2022) que también hablan de impactos negativos en autoestima y relación con el propio cuerpo. El trabajo de Doria (2025) habla sobre la hipersensibilidad y el malestar con el contacto físico o el entorno, o Kovacevic et al. (2023) que también refiere dificultades de relación del individuo con su cuerpo y con los otros, cuestiones tratadas en trabajos como los de Bonomi et al. (2016). Parece lógico que la exposición a una violencia sistemática y en muchos casos prolongada, y que encima es infligida a manos de un vínculo importante, afecte en cómo habitamos y conectamos con el mundo y con nuestro cuerpo. Aún así, parece que los artículos no profundizan en exceso en estas formas de habitar, identificando algunas claves desde luego relevantes, pero siendo evidente la falta de luz en otras cuestiones.

El hecho de que los artículos incluidos en la revisión aporten muchos más datos sobre prevalencia o sintomatología reportada en las categorías de a) sintomatología somática; b) sintomatología relacionada con la corporalidad vinculada con TEPT (un 92,86% y un 57,14%, respectivamente) y pocos de ellos (un 28,57% de la muestra) nombren si quiera ningún efecto o consecuencia relacionado con la tercera categoría (efectos/consecuencias en la corporeidad), no es sorprendente y parece ir en línea de lo que ya planteaba Montenegro et al. (2006), abogando por la necesidad de acercarnos a una integración del cuerpo y la corporeidad en lugar de quedarnos anclados en lo somático.

Quizás esto está relacionado con marcos teóricos poco desarrollados en ese sentido, o puede que aún arrastremos constructos del dualismo cartesiano, quizás venga dado por la propia naturaleza del objeto de estudio, menos aprehensible que describir la prevalencia de dolencias más

concretas y localizadas. Respecto a esto último, parece que si hubiera más existencia de estudios cualitativos que, además tenga en cuenta la cultura y la existencia de esos lenguajes del malestar, podría generarse más evidencia que haga referencia a la corporeidad. Del mismo modo se podría pensar que si se generara evidencia que tengan en cuenta una perspectiva *emic* (tomamos este término prestado de la antropología, donde la perspectiva *emic* emergía desde la perspectiva interna de una cultura, en este caso, desde la perspectiva del / de la "paciente", definida en sus términos) también podríamos acceder a subjetividades complejas que pueden ayudarnos a formular categorías para la investigación. Siendo la *corporeidad* definida como la vivencia subjetiva de ese cuerpo objeto, parece lógico que un tipo de lenguaje institucionalizado no sea capaz de captar estas subjetividades.

Surgen aquí debates interesantes sobre las perspectivas fenomenológica y positivista que parecen necesarios para el objeto de estudio de esta revisión. A este respecto, Osswald (2019) nos brinda una buena reflexión cuando clama que "el positivismo restringe (…), y al hacerlo, compromete a la ciencia con un objetivismo donde el sujeto no sólo carece de lugar, sino que debe ser cuidadosamente eliminado de la consideración científica para garantizar, justamente, la buscada objetividad" (p. 31). Osswald (2019) también recoge el pensamiento crítico de Husserl respecto a cómo la ciencia moderna tiende en ocasiones a la *homogeneización del mundo*. Y es que la preferencia por lo cuantificable, la estandarización, lo replicable y un largo etc. de cuestiones desde luego necesarias para la construcción rigurosa de conocimiento científico, se choca, en ocasiones, con la dificultad de aprehensión de experiencias complejas.

### 4.2. El Impacto de los Diferentes Subtipos de Violencia y otros Factores Moduladores

En este sentido, antes de proceder al análisis de los resultados, es pertinente señalar que la relación entre los diferentes tipos de violencia y sus consecuencias en las mujeres que están o han estado expuestas a violencia de pareja, y en especial en sus cuerpos, así como otros posibles mediadores, no constituye una cuestión ajena a la teorización, como en Sanmartín (2004). No obstante, dado que la presente revisión no ha tenido como objetivo central explorar dicha relación (los términos de búsqueda y criterios se han enfocado en filtrar lo relevante a la corporalidad y corporeidad, pudiendo haber dejado fuera mucha evidencia sobre moduladores), además de contar con una muestra pequeña de artículos, no parece adecuado metodológicamente hablando establecer conclusiones al respecto. Aun así, se describen a continuación y se trata de reflexionar

sobre lo encontrado. Varios de los artículos diferencian en su descripción o análisis diferentes tipos de violencias (Alizadeh et al., 2015; Caba et al., 2023; Doria, 2025; Kovacevic et al., 2023; Machorrinho et al., 2023; McCall-Hosenfeld, 2014; Scheer et al., 2021; Soleimani et al., 2017). Lo hacen principalmente en tres: física, psicológica y sexual, mientras que Alizadeh et al. (2015) añade otra más: "lesión"; pero no analizan de qué forma una u otra afectan al cuerpo o corporeidad de las supervivientes. Esto tiene sentido, teniendo en cuenta que el objetivo central de esta revisión no era el de encontrar moduladores, y por ende la búsqueda realizada no incluía términos clave al respecto. Por el contrario, sí llama la atención que ninguno de los artículos analizados categoriza o reflexiona sobre la violencia simbólica o estructural, categorías quizás cuyo análisis queda más relegado a disciplinas de las ciencias sociales o a estudios de género, pese a que parece lógico pensar que impactan las experiencias de las supervivientes a varios niveles.

En varios trabajos se analiza el impacto diferencial de los distintos tipos de violencias en el cuerpo y la corporeidad de las mujeres supervivientes, como es el caso de Bermúdez et al. (2009) y Zacarías et al. (2012), que señalan la psicológica como la violencia que más se asocia con la sintomatología somática. Apuntan a comportamientos de control como uno de los ejes principales que generan estas respuestas. En la línea, Cesari et al. (2022) apunta a que la violencia psicológica es la más impacta en el SNA y el aumento del cortisol. Estos hallazgos apoyan cuestiones ya apuntadas por Straight et al (2003) o Henao-Orrego (2020). Este último reflexiona sobre algunas cuestiones que podrían explicar el hecho de que la violencia psicológica sea la que más consecuencias tenga sobre nuestros cuerpos. Menciona, por ejemplo, cómo aquellas vivencias traumáticas generadas por violencias psicológicas no solo son invisibles -o menos visibles- muchas veces para el exterior, sino que son mucho más difíciles de explicar, de nombrar. Apunta también a las repercusiones del silencio, y cómo este logra encontrar las grietas por las que colarse y hablar, muchas veces, a través del cuerpo. Otros autores, como Casas (2020) apuntan al hecho de que la violencia psicológica es en general, de naturaleza progresiva, es continua y ocurre de manera sistemática, utilizando distintas estrategias. Quizás el impacto, al ser menos directo, progresivo, más repetitivo y "sutil", tenga más tiempo para ir impregnando la autoestima, la forma de relacionarse o de estar en el mundo de quien lo recibe. Llama mucho la atención el hecho de que ninguno de los artículos mencione la violencia sexual como algo relevante respecto a las somatizaciones, algo que quizás podría explicarse acorde al contexto en el que se inscribe esta investigación, la violencia de pareja. Y la violencia sexual dentro de la pareja es un tema difícil que está siendo nombrado y

estudiado de forma reciente, por considerarse anteriormente que no era posible que alguien te agrediera, abusara o ejerciera violencia sobre ti a nivel sexual si esa persona es tu pareja, por el hecho de ser tu pareja. Esta creencia dañina ha estado inserta durante mucho tiempo en la sociedad, y con total seguridad acompaña a muchas de las mujeres que la han sufrido o la sufren, así como a muchos de los y las profesionales sanitarios que reciben, atienden y acompañan a mujeres supervivientes de violencia, y, consecutivamente, por no identificarlo, por no explorarlo, o por no categorizarlo como tal, no se explora.

Los artículos analizados señalan otros mediadores, como la intensidad (Bermúdez et al., 2009), o la coexistencia de violencias múltiples (Soleimani et al., 2017; Cesari et al., 2022), cuestiones que los autores analizan como coherente en tanto a que una mayor exposición a la vivencia traumática, podría hacer mayor el efecto; cuestiones que parece lógicas y que otros autores y autoras ya mencionaron o analizaron, como es el caso de Palma y Fischman (2015) o Podaná (2021).

Otro de los moduladores identificados en los artículos analizados es la depresión, que Zacarías et al. (2012), McCall-Hosenfeld (2014), o Machorrinho et al. (2022b) refieren como factores clave en la prevalencia o intensidad de la sintomatología somática, más presente y con mayor gravedad cuando hay comorbilidad con estas dos condiciones, algo que parece también intuitivo y que es coherente con aportaciones de otros/as autores/as como Kelly (2010) o, muchos años antes, Lipowski (1990). Los autores coinciden en que tratar la sintomatología depresiva previsiblemente mitigará las somatizaciones. También Zacarías et al. (2012) identifican otros moduladores como haber sido víctima de abusos durante la infancia; el consumo de tóxicos o la falta de apoyo social, sugiriendo que opera un efecto acumulativo que potencia los síntomas, cuestiones que ya se habían explorado en la literatura anteriormente, tal como podemos ver en la revisión de Stubbs y Szoeke (2022). Otro de los documentos revisados apunta a la vergüenza (Scheer et al., 2021), cuestión que ya fue abordada anteriormente por Thaggard y Montayre (2019), que lo explican, entre otras cosas, como un factor que evita, dificulta o retrasa la búsqueda de ayuda y por tanto contribuye al empeoramiento o cronificación de las consecuencias y sintomatologías asociadas.

En la literatura incluida en esta revisión, se encuentran incoherencias interesantes respecto al TEPT como mediador de los síntomas somáticos. Mientras Caba et al. (2023) señala correlaciones significativas entre ellas, mientras que McCall-Hosenfeld (2014) afirma que el TEPT no parece ser mediador directo de la sintomatología somática. Si profundizamos en los razonamientos de estos

últimos, no parece tan contradictorio como a priori se muestra. Estos apelan a que "los caminos no son tan directos", y el TEPT podría co-ocurrir con las somatizaciones, ambas como respuesta a las vivencias traumáticas y mediado quizás por variables no estudiadas, pero no es la existencia de TEPT la que aumenta la sintomatología somática. Esa coexistencia de sintomatología y reflexiones sobre las correlaciones entre ambas pueden verse anteriormente exploradas, como en Grupta (2013) o en el trabajo de López et al. (2009) en el caso de TEPT y dolor crónico.

### 4.3. Claves para la Práctica

Los artículos revisados nos dejan una serie de aportaciones que pueden ser de utilidad y aplicación práctica que parece pertinente reflexionar. Algunos señalan cómo factores como la vergüenza, el estigma y el "carácter oculto" de la violencia dificultan su estudio e intervención (Kovacevic et al., 2023; Scheer et al., 2021; Venegas, 2022). En este sentido, son varios los autores que se han preguntado cómo abordar estas cuestiones, viéndolo como algo prioritario a nivel colectivo, y también para la intervención. Murray et al. (2016), por ejemplo, teorizan sobre ello y además plantean aspectos clave a reflexionar, ya que señalan cómo, muchas veces, ese estigma está también presente en los cuerpos de seguridad y en profesionales de la salud. Estas cuestiones, sumadas a creencias populares arraigadas en distintas sociedades que entienden la violencia de pareja como un problema privado, refuerzan la idea de que "airear" estas situaciones es inapropiado o innecesario. Todo ello impacta tanto a nivel colectivo como individual, afectando los procesos de detección, prevención e intervención. Por lo tanto, parece suficientemente relevante como para detenerse a revisar críticamente cómo estas dinámicas operan y cómo así se perpetúa el silencio. limita el acceso a las mujeres supervivientes a la intervención, y lo que aumenta el estigma internalizado de muchas personas.

Otro tema que emerge durante la revisión y que parece relevante es la necesidad de un abordaje culturalmente sensible (Doria, 2025; Kovacevic et al., 2023; Venegas, 2022). Esta es una necesidad que vienen señalando otros autores desde hace décadas y que aún así, en muchas ocasiones, no se aplica o profundiza lo suficiente. Varios trabajos en la literatura científica subrayan la importancia de esto en el contexto de la intervención con mujeres supervivientes de violencia de género, como es el caso de Henriksen et al. (2023), o en trabajo con trauma, el de Kahn (2009), mientras que otros muchos autores lo hacen en términos más amplios señalando la necesidad de incluir un abordaje culturalmente sensible al trabajar temas de salud mental (como es el caso de

Healey (2017)). Uno de los referentes en este campo es Nichter, que en 1981 acuña el término *idioms of distress* (que se ha traducido como lenguajes o idiomas del malestar) y que empieza a teorizar sobre ello. En la población objeto de esta revisión, destacar un trabajo interesante que explora estos *idioms of distress* en supervivientes de violencia de género (Thakur y Rangaswamy, 2019). Aunque no vinculado a esta población concreta, Desai y Chaturvedi (2017) abordan los idiomas del malestar y aportan algo interesante, hablando de esos lenguajes o formas de expresar como algo con gran influencia cultural, pero… también personal. Y es que la biografía de cada persona, así como la historia de violencia y sus entresijos, habrán conformado un abanico de señales y síntomas únicos. Esto conecta con algo que ya se ha mencionado unos párrafos atrás, la probable necesidad de incluir investigación sobre esos términos EMIC, que aportará datos valiosos sobre cómo las personas experimentan esos sentires complejos, perspectiva que podría aportar mucho para la intervención.

Varios de los artículos revisados emiten recomendaciones para la intervención, algunos proponen integrar el trabajo corporal con la atención psicológica (Cesari et al., 2022; Machorrinho et al., 2022, 2023;), y, en la misma línea, de promover la alfabetización corporal y la conexión mente-cuerpo (Machorrinho et al., 2022, 2023), o de trabajar hacia la restauración del equilibrio del sistema nervioso autónomo (Cesari et al., 2022), viendo como fundamental el trabajo en este aspecto a fin de acompañar de forma efectiva la integración de las vivencias traumáticas y a la vez, de restaurar esa capacidad del sujeto de vivirse y de vivir en relación a los otros. Todo ello se explora en la literatura científica, especialmente en la de los últimos años, como puede verse en la revisión realizada por Nickel et al. (2020), que engloba trabajos de distintos autores y corrientes desde la corporalidad y corporeidad, advirtiendo de la necesidad de integrar el cuerpo en el trabajo con supervivientes.

Algunos de los trabajos analizados también destacan el rol del apoyo social como mediador clave y que por tanto se debe abordar en el trabajo hacia la recuperación (Caba et al., 2023; Scheer et al., 2021;), en línea con trabajos anteriores como el de Costa y Gomes (2018. Una posible explicación que sugieren los autores es que el apoyo social percibido, así como el apoyo social efectivo, protegen de la severidad y cronificación de los síntomas; o la necesidad de abordar la depresión para reducir la sintomatología somática (McCall-Hosenfeld, 2014) que parece mediar en gran medida la frecuencia e intensidad de los síntomas.

Finalmente, muchos de los trabajos analizados insisten en la necesidad de que los/as profesionales de la salud incorporen conocimientos sobre la relación entre violencia de pareja y salud corporal, recomendando la inclusión de cribados específicos (Alizadeh et al., 2015; Caba et al., 2023; Cesari et al., 2022; Soleimani et al., 2017; Wong y Chang, 2016), la capacitación del personal sanitario (Zacarías et al., 2012), la evaluación del trauma en atención primaria (McCall-Hosenfeld, 2014) y la sensibilización hacia el trauma en los servicios especializados (Machorrinho et al., 2023 y Scheer et al., 2021), señalando la importancia de todo esto para la detección e intervención temprana (Caba et al., 2023; Cesari et al., 2022). Todo esto parece fundamental, siendo una de las primeras líneas de atención de mujeres que sufren o han sufrido violencia, tanto si la reconocen y/o denuncian como si no. Poder adquirir competencias para la sospecha, la identificación y el adecuado manejo es fundamental y está en línea con la literatura en trabajos como el de Usaola y López (2003) o Alonso et al. (2024), por ejemplo, y apunta en la misma línea que las recomendaciones del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2015) y que de hecho se contemplaron en el Protocolo Común de Actuación Sanitaria frente a la Violencia Sexual en el Sistema Nacional de Salud, que genera el Catálogo de medidas urgentes del Plan de Mejora y Modernización contra la violencia de género, incluyendo en su quinta medida la formación en este ámbito (Presidencia del Gobierno de España, 2021).

Además de los epígrafes discutidos, que tratan de abarcar y organizar la información en esos grandes bloques vinculados a los objetivos de la investigación, cabe mencionar algunas cosas.

Una de ellas es el hecho de que en esta revisión se han encontrado muchos menos artículos de los esperados. Once de los catorce estudios incluidos en la muestra son de la última década (representando un 78,57%), lo que nos hace pensar que se trata de un área que aunque ha estado desatendida, suscita mayor atención de la comunidad científica en los últimos años. Aún así, queda mucho por explorar, especialmente en el campo de la corporeidad. La violencia de pareja, asimismo, parece haber recibido menos atención que otras experiencias traumáticas que cuentan con más avances y evidencias. En cierto modo, el hecho de que haya sido considerado históricamente un asunto privado, ha hecho que no sea uno de los objetos de investigación preferidos. Pero si hablamos de lo oculto o lo privado, hay que mencionar otra cuestión, la violencia de pareja en el colectivo LGTBI o LGTBIQ+, o como lo han nombrado a veces, "*el armario dentro del armario*". De los artículos seleccionados para esta muestra solo uno de ellos cuenta con esa población objetivo, y de entre los descartados, no había ninguno más. Quizás la problematización sobre el término

"violencia de género" en parejas no heteronormativas ha contribuido a que este sea un tema que apenas se ha abordado. En cualquier caso, es un tema necesario.

## 5. Implicaciones para la Práctica Clínica y Futuras Líneas de Investigación

Las violencias objeto de esta investigación son, en la actualidad, una problemática global con altas tasas de incidencia, y las implicaciones que estas tienen sobre los cuerpos de las mujeres -además, por supuesto, de sobre su salud integral y su bienestar psicosocial- son innegables. Los resultados de esta revisión indican que se trata de un tema aún poco explorado, lo que pone de manifiesto la necesidad de continuar avanzando en esta dirección. De esta revisión emergen algunas reflexiones necesarias para la práctica clínica en varios niveles.

En relación a las implicaciones teóricas, parece que es un campo de estudio que está aún en sus primeras etapas de desarrollo, especialmente aquellas partes que abordan el cuerpo más allá de lo puramente biológico, a lo sumo vinculando estas dolencias con algún malestar psíquico, pero no ahondando en los mecanismos que lo explican y tampoco entrando en el terreno de la corporeidad, en la vivencia subjetiva del cuerpo, o en cómo el cuerpo media entre nuestros mundos internos y el mundo externo. Parece que hay marcos teóricos suficientemente desarrollados en ese sentido dentro de los que plantear investigación empírica. Parece necesario que continúen evolucionando los marcos existentes, o se desarrollen marcos nuevos, así como también se hace necesaria la generación de evidencia científica al respecto ya que esto podría contribuir no solo a la mejor comprensión del objeto de estudio, si no, quizás más importante, al mejor abordaje e intervención con mujeres supervivientes de estas violencias. También en este nivel teórico, merece reflexionar cómo existe o no evidencia y literatura no solo en tanto en cuanto una cuestión es relevante, sino también según hacia donde se enfoque la búsqueda. Puede haber una tendencia a estudiar y explorar "trastornos" bien delimitados y categorizados, dejando fuera del campo de visión una gran población que podríamos llamar *sub-clínica* que sufre igualmente y que no recibe la debida atención. Así, vemos mucha investigación sobre, por ejemplo, si una determinada persona o grupo que ha sufrido situaciones traumáticas cumple criterios diagnósticos para TEPT, pero nos dejamos quizás fuera experiencias y realidades que no llegan a cumplir esos requisitos. A nivel metodológico parece interesante explorar esta cuestión compleja desde la perspectiva de quien lo experimenta (quizás más estudios cualitativos, más estudios exploratorios que tomen la terminología EMIC de la que hemos hablado anteriormente, podrían aportar en este sentido), y no reduciendo la búsqueda a una serie de criterios genéricos puramente corporales como pueden sugerir algunos cuestionarios,

dejando escapar gran parte de la complejidad del objeto de estudio. Es fundamental generar evidencia científica sólida sin incurrir en una simplificación categorial excesiva, garantizando al mismo tiempo el máximo rigor metodológico, y esto plantea retos complicados pero necesarios.

En una esfera también más práctica, llama al personal sanitario a formarse y sensibilizarse sobre estas cuestiones, a fin de poder detectar e intervenir de forma temprana, o derivar, en su caso, a recursos específicos. Si el personal sanitario no está familiarizado con las cuestiones tratadas en esta revisión, difícilmente podrá identificar los vínculos entre dolencias o anomalías corporales y otros sufrimientos no visibles, como tampoco podrá abordarlos de la mejor forma. Parece también, como alguno de los artículos de la muestra ha señalado y como emana de la literatura científica revisada, que el cuerpo tiene un papel fundamental no solo en cómo la persona sufre, sino también en los caminos hacia su recuperación. En este sentido hay numerosas orientaciones y modelos que trabajan vivencias traumáticas a partir del cuerpo, y parece que esto puede contribuir en gran medida a la reducción del malestar y a la generación de resiliencia y nuevas estrategias de afrontamiento (o a la recuperación de estrategias que ya existían, pero se ha perdido durante el maltrato). Aunque un abordaje íntegramente corporal probablemente no respondería a las complejidades de las consecuencias de la violencia de pareja, desde luego parece que el cuerpo debe ser incluido en la ecuación. En este sentido, aunque hay amplia literatura sobre este tipo de modelos, no se ha encontrado tanta investigación que trate de esclarecer hacia dónde deben apuntar estas intervenciones, cuáles son los ejes que vertebran ese sufrimiento *incorporado*, cuáles son las diferentes aristas del mismo, o qué mecanismos hay implicados. Avanzar hacia esa dirección permitiría tener unas premisas sobre las que diseñar intervenciones o sobre las que una profesional podría incluir este enfoque y líneas de trabajo en su intervención, sin necesidad de integrarse en técnicas corporales concretas, de alguna forma, contribuyendo hacia la democratización del uso del cuerpo y la corporeidad como co-adyudante en el trabajo con mueres supervivientes. Cada vez hay más intervenciones basadas en el cuerpo o que dan una centralidad al *embodiment* para la recuperación del trauma y parece que este enfoque puede, en efecto, ayudar en la recuperación de las sobrevivientes, pero para diseñar intervenciones de calidad y basadas en la evidencia, se hace necesario seguir ahondando en esta línea. Para ello, podría ser útil hacerse preguntas. A continuación, planteo algunas que, sin ánimo alguno de ser exhaustivas, han surgido durante esta esta revisión. ¿Qué categorías podrían ser susceptibles de estudiar?, ¿qué marcos teóricos podrían enriquecer la comprensión de la corporeidad?, ¿de qué forma la clasificación diagnóstica actual limita la comprensión de los efectos de la violencia en la corporeidad?, ¿qué enfoques

metodológicos podían captar mejor la vivencia subjetiva del cuerpo?, ¿cómo pueden los estudios cualitativos y la perspectiva EMIC aportar nuevos conocimientos sobre la corporeidad?, ¿cuáles son las principales barreras para la integración de la corporeidad en el trabajo para la recuperación del trauma?; ¿cómo afectan las violencias a los procesos sensoriomotores y a las representaciones mentales del propio cuerpo?, ¿cómo influye la interocepción en la percepción del propio cuerpo y en los procesos de sanación de las mujeres sobrevivientes?, ¿qué procesos neurológicos acompañan estas alteraciones?, ¿puede ser útil la exploración de la corporeidad dividida en dos categorías - hacia dentro/sí misma y hacia fuera/las demás/el mundo?...

## 6. Limitaciones de los hallazgos.

La primera de las limitaciones de esta revisión sistemática está relacionada con el idioma, habiendo seleccionado artículos en castellano e inglés y excluyendo el resto, y por ende limitando los hallazgos y previsiblemente dejando fuera literatura relevante.

El segundo grupo de limitaciones está vinculada a los términos de búsqueda. El hecho de buscar términos amplios para referirnos al cuerpo y la corporeidad (tales como "embodied", "somatic", "somático", "embodiment", "corporeidad" o “cuerpo”) ha sido una decisión estudiada, a fin de realizar una prospección, una búsqueda exploratoria, orientada más a ver cuánta literatura versa sobre el tema, qué variables de estudio contempla, etc., si bien es cierto que pueden haberse quedado fuera artículos que abordaran cuestiones más concretas dentro de la categoría de corporeidad o *embodiment*, que quizás podrían haberse recogido al haber incluido términos como “interocepción”, “imagen corporal”, “agencia”, “disociación corporal”, etc.

En tercer lugar, mencionar las implicaciones de las decisiones tomadas respecto a los criterios de inclusión y exclusión a la hora de seleccionar la muestra. En este sentido, el hecho de excluir los artículos médicos (aunque sí se han incluido los “medicina psicosomática”), puede haber dejado fuera evidencia que aportara información relevante. Del mismo modo, el criterio de exclusión que eliminaba los artículos centrados en la intervención, puede haber hecho que no se incluyan conceptos, categorías o teorizaciones relevantes.

Si bien esta decisión se toma para evitar incluir literatura que parta de un modelo de intervención y busque evidencias afines, generando esto posibles sesgos, es cierto que al ser un campo relativamente emergente, quizás algunos de estos enfoques o terapias, desde la búsqueda, la hipótesis y la prueba-error encuentren cuestiones relevantes respecto a la corporalidad y

corporeidad. Cuestiones que quizás son más accesibles o visibles desde la práctica y que cuentan con reflexiones y aportes interesantes respecto al objeto de esta revisión. Quizás aquí se ha perdido conocimiento valioso.

También merece mención la heterogeneidad de los documentos analizados y el hecho de tener una muestra final relativamente pequeña, hechos que dificulta la comparación de hallazgos y que también limitan la generalización de los resultados y conclusiones.

Para finalizar, no se ha realizado un análisis explícito sobre la perspectiva de género en la muestra seleccionada, por alejarse, en principio, del campo y objeto de estudio definido, si bien la problemática estudiada tiene raíces y ramas en estructuras que trascienden la experiencia individual y analizar los artículos desde esta óptica podría haber aportado datos interesantes, especialmente de cara a las implicaciones para la práctica clínica.

## 7. Conclusiones

Esta revisión sistemática explora los efectos de la violencia de pareja sobre el cuerpo. A través del análisis de la literatura existente, no solo se ha trazado un panorama general sobre la temática, sino que también se han identificado vacíos teóricos y se han formulado recomendaciones prácticas. La principal motivación de este trabajo ha sido ofrecer una revisión exploratoria con una orientación aplicada, recopilando claves que puedan guiar la práctica clínica y proporcionando herramientas que faciliten la detección e intervención por parte de los profesionales de la salud.

La violencia de pareja es una forma particular de violencia interpersonal que, por su naturaleza sistemática, genera un impacto profundo en el cuerpo, además de afectar la salud y el bienestar psicosocial de las víctimas. Si bien se han identificado aspectos relevantes en este estudio, persiste la necesidad de seguir explorando esta línea de investigación. El cuerpo y la corporeidad no solo están intrínsecamente ligados a la experiencia del trauma, sino que también juegan un papel central en los procesos de recuperación. Aún queda un largo camino por recorrer en esta dirección.

Este trabajo se enmarca dentro de la dimensión de sostenibilidad social de la Agenda 2030, cuyo objetivo es garantizar el bienestar humano, la equidad, la justicia social y el acceso a derechos fundamentales como la salud, la educación y la igualdad de género.

Asimismo, se alinea con los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), en particular con el ODS 3 (Salud y bienestar), al abordar las consecuencias de la violencia de pareja en la salud de las

mujeres; el ODS 5 (Igualdad de género), al visibilizar y contribuir a la generación de conocimiento sobre una problemática que vulnera los derechos de las mujeres a nivel global; y el ODS 16 (Paz, justicia e instituciones sólidas), al proporcionar evidencia que puede orientar políticas de prevención y atención a la violencia de género.

**Referencias**


Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo. (1 de diciembre de 2022). *La Violencia de Género es un problema de salud de primera magnitud que afecta a las mujeres en todas las etapas de su ciclo de vida.* https://intercoonecta.aecid.es/contenidocomunicacion/Paginas/violencia-de-genero-problema-de-salud-de-primera-magnitud.aspx

Aliaga, P., Ahumada, S. y Marfull, M. (2003). Violencia hacia la mujer: un problema de todos. *Revista chilena de obstetricia y ginecología*, 75-78. https://doi.org/10.4067/S0717-75262003000100015

* Alizadeh, M., Ravanshad, Y., Rad, B. S., Khamnian, Z., & Azarfar, A. (2015). A Case–control study on socio-psycho-somatic consequences of intimate partner violence in North-West of Iran. *Journal of family violence*, 30, 803-806. https://doi.org/10.1007/s10896-015-9722-x

Alonso, M. D. C. F., Sánchez, L. S., Bustillo, M. B. G., & Escribá-Agüir, V. (2024). La respuesta necesaria de los servicios de salud ante la violencia de género. Atención integral y prestación de servicios integrados. *Atención Primaria*, *56*(11), 102858. https://doi.org/10.1016/j.aprim.2023.102858

Bacchus, L. J., Ranganathan, M., Watts, C., & Devries, K. (2018). Recent intimate partner violence against women and health: A systematic review and metaanalysis of cohort studies. *BMJ Open*, 8(7). https://doi.org/10.1136 /bmjopen-2017-019995

Barsalou, L. W. (2008). Grounded cognition. *Annual Review of Psychology.*, *59*(1), 617-645. https://doi.org/10.1146/annurev.PS.59.080212.200001

Bechara, A., Damasio, H., & Damasio, A. R. (2000). Emotion, decision making and the orbitofrontal cortex. *Cerebral cortex*, *10*(3), 295-307. https://doi.org/10.1093/cercor/10.3.295

* Bermudez, P., Matud, MP., & Buela-Casal, G. (2009). Mental health of women battered by their partners in El Salvador. *Revista Mexicana De Psicología*, *26*(1), 51-59. https://doi.org/10.1177/1077801220978803

Bonomi, A. E., Thompson, R. S., Anderson, M., Reid, R. J., Carell, D., Dimer, J. A. y Rivara, F. P. (2006). Intimate partner violence and women's physical, mental, and social functioning.

*American Journal of Preventive Medicine*, 30 (6), 458–466. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2006.01.015

Bott, S., Guedes, A., Ruiz-Celis, A. P., & Mendoza, J. A. (2019). Intimate partner violence in the Americas: A systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Revista Panamericana de Salud Pública, 43*, 26-33. https://doi.org/10.26633/RPSP.2019.26

Bretaña, I., Mendia, J., Díaz-Gorriti, V., & Rotaetxe, O. (2025). Intimate partner violence and eating disorders: a systematic review. *Current Psychology*, 1-21. https://doi.org/10.1007/s12144-024-07164-1

Brunet, D. L. (2019). Consecuencias del trauma: alexitimia, disregulación emocional y somatización.: II SIMPOSIO DE PSIQUIATRÍA Y PSICOSOMÁTICA, Barcelona 2019. Psicosomàtica y Psiquiatría, (11). https://doi.org/10.34810/PsicosomPsiquiatrnum1148

* Caba, E. Z. L., & Estévez, L. P. (2023). Afección psicopatológica de la mujer víctima de violencia. *Revista Argentina de Ciencias del Comportamiento (RACC)*, *15*(1), 117-129. https://doi.org/10.32348/1852.4206.v15.n1.33128

Cacioppo, J. T., Cacioppo, S., Capitanio, J. P., and Cole, S. W. (2015). The neuroendocrinology of social isolation. *Annu. Rev. Psychol.* 66, 733–767. https://doi:10.1146/annurev-psych-010814-015240

Calvo González, G., & Camacho Bejarano, R. (2014). La violencia de género: evolución, impacto y claves para su abordaje. *Enfermería Global, 13*(1), 424-439. https://doi:10.6018/eglobal.13.1.181941

Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet* 359, 1331–1336. https://doi:10.1016/S0140-6736(02)08336-8

Campos, M. R. (2016). Trastorno de estrés postraumático. *Revista Médica de Costa Rica y Centroamérica* LXXII, 619, 233–240. https://www.binasss.sa.cr/revistas/rmcc/619/art07.pdf

Casas, J. L. C. (2020). Consecuencias psicológicas en mujeres víctimas de violencia de pareja. *Educa UMCH*, (15), 51-60. https://doi.org/10.35756/educaumch.202015.129.

* Cesari, V., Vallefuoco, A., Agrimi, J., Gemignani, A., Paolocci, N., & Menicucci, D. (2022). Intimate partner violence: psycho-physio-pathological sequelae for defining a holistic enriched treatment. *Frontiers in behavioral neuroscience*, *16*, 943081. https://doi.org/10.3389/fnbeh.2022.943081

Chandan, J. S., Thomas, T., Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Bandyopadhyay, S., & Nirantharakumar, K. (2020). Risk of cardiometabolic disease and all-cause mortality in female survivors of domestic abuse. *Journal of the American Heart Association*, *9*(4), e014580. https://doi.org/10.1161/jaha.119.014580

Chandan, J. S., Thomas, T., Raza, K., Bradbury-Jones, C., Taylor, J., Bandyopadhyay, S., & Nirantharakumar, K. (2021). Intimate partner violence and the risk of developing fibromyalgia and chronic fatigue syndrome. *Journal of interpersonal violence*, *36*. 21-22. https://doi.org/10.1177/0886260519888515

Chung, S., Tang, S., Shie, J., Tsai, K., & Chou, F. (2014). Emotional memory and posttraumatic stress disorder: A preliminary neuropsychological study in female victims of domestic violence. *Journal of Psychiatry*, *17*(06). 1000148. https://doi.org/10.4172/psychiatry.1000148

Coker, A. L., Davis, K. E., Arias, I., Desai, S., Sanderson, M., Brandt, H. M., & Smith, P. H. (2002). Physical and mental health effects of intimate partner violence for men and women. *American journal of preventive medicine*, 23(4), 260-268. https://doi.org/10.1016/s0749-3797(02)00514-7

Coker, A. L., Smith, P. H., Bethea, L., King, M. R., & McKeown, R. E. (2000). Physical health consequences of physical and psychological intimate partner violence. *Archives of family medicine*, *9* (5), 451. https://doi.org/10.1001/archfami.9.5.451

Consejo General de Psicología de España. (29 de junio de 2021). *Violencia de género: cómo afecta a la salud de las mujeres.* https://www.infocop.es/violencia-de-genero-como-afecta-a-la-salud-de-las-mujeres/

Córdova-Galarza, A. (2022). *Autoestima y Autoimagen en mujeres víctimas de violencia basada en género.* [Tesis de Pregrado, Universidad Tecnológica de Quito]. https://repositorio.uti.edu.ec/handle/123456789/5060

Costa, E. C. V., & Gomes, S. C. (2018). Social support and self-esteem moderate the relation between intimate partner violence and depression and anxiety symptoms among Portuguese women. Journal of Family Violence, 33(5), 355–368. https://doi.org/10.1007/s10896-018-9962-7

Darwin, C. (1872). *La expresión de las emociones en el hombre y en los animales.* Recuperado de https://www.marxists.org/espanol/darwin/expresion-emociones.pdf

Desai, G., & Chaturvedi, S. K. (2017). Idioms of distress. *Journal of neurosciences in rural practice*, *8* (Supplement 1), S094–S097. https://doi.org/10.4103/jnrp.jnrp_235_17

Dillon, G., Hussain, R., Loxton, D., & Rahman, S. (2013). Mental and Physical Health and Intimate Partner Violence against Women: A Review of the Literature. International Journal of Family Medicine, 2013, 1–15. https://doi.org/10.1155/2013/313909

Directiva (UE) 2024/1385 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 14 de mayo de 2024, sobre la lucha contra la violencia contra las mujeres y la violencia doméstica. (2024). *Diario Oficial de la Unión Europea (DOUE),* L-1385, 1-36. https://www.boe.es/buscar/doc.php?id=DOUE-L-2024-80770

* Doria, C. M. (2025). "I Can Feel It in My Spine": Indigenous Women's Embodied Experiences of Violence and Healing. *Violence Against Women*, *31*(1), 22-40. https://doi.org/10.1177/10778012241275692

Dufort, M., Stenbacka, M., & Gumpert, C. H. (2015). Physical domestic violence exposure is highly associated with suicidal attempts in both women and men. Results from the national public health survey in Sweden. *The European Journal of Public Health*, *25*(3), 413-418. https://doi.org/10.1093/eurpub/cku198

Dutton, M. A., Green, B. L., Kaltman, S. I., Roesch, D. M., Zeffiro, T. A., & Krause, E. D. (2006). Intimate partner violence, PTSD, and adverse health outcomes. *Journal of interpersonal violence*, *21*(7), 955-968. https://doi.org/10.1177/0886260506289178

Echeburúa, E., Salaberría, K., & Cruz-Sáez, M. (2014). Aportaciones y limitaciones del DSM-5 desde la Psicología Clínica. *Terapia psicológica*, 32(1), 65-74. http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082014000100007

Eckberg, M. (2000). *Victims of cruelty: Somatic psychotherapy in the treatment of posttraumatic stress disorder.* North Atlantic Books.

Engel-Yeger, B., Palgy-Levin, D., and Lev-Wiesel, R. (2013). The sensory profile of people with post-traumatic stress symptoms. Occup. Ther. Ment. Health 29, 266–278. https://doi.org/10.1080/0164212X.2013.819466

European Union, & Agency for Fundamental Rights. (2014). *Violence against women: An EU-wide survey: Main results.* EFRA. against Women, V. (2014). Recuperado de https://fra.europa.eu/sites/default/files/fra_uploads/fra-2014-vaw-survey-main-results-apr14_en.pdf el 10 de marzo de 2025.

Fernández Fillol, C. (2023). *Trastorno de estrés postraumático complejo en mujeres supervivientes de violencia de género.* [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. https://digibug.ugr.es/handle/10481/79665

Fischbach, R. L. & Herbert, B. (1997). Domestic violence and mental health: correlates and conundrums within and across cultures. *Social Science & Medicine*, 45, 1161-176. https://doi.org/10.1016/s0277-9536(97)00022-1

Gallagher, S. (2005). *How the body shapes the mind*. Clarendon press. https://doi.org/10.1093/0199271941.001.0001

Gallagher S., Zahavi D. (2008). *The Phenomenological Mind: an Introduction to Philosophy of Mind and Cognitive Science:* Routledge https://doi.org/10.4324/9780203126752

Gallegos, A. M., Trabold, N., Cerulli, C., & Pigeon, W. R. (2021). Sleep and interpersonal violence: a systematic review. *Trauma, Violence, & Abuse*, *22*(2), 359-369. https://doi.org/10.1177/1524838019852633

Garcia-Moreno, C. (2006). WHO Multicountry Study on Women's Health and Domestic Violence against Women Study Team. Prevalence of intimate partner violence: findings from the WHO multicountry study on women's health and domestic violence. *Lancet*, *368*(9543), 1260-1269. https://doi.org/10.1016/s0140-6736(06)69523-8

Golding, J. M. (1999). Intimate partner violence as a risk factor for mental disorders: A meta-analysis. *Journal of family violence*, *14*, 99-132. https://doi.org/10.1023/A:1022079418229

González, Anabel. 2010. *Trastornos disociativos*. Madrid: Pléyades. Recuperado de https://pdfcoffee.com/transtornos-disociativos-diagnostico-y-tratamiento-gonzalez-vazquez-anabel-4-pdf-free.html el 1 de marzo de 2025.

Guerrero-Vaca, D. J., García-Ramos, D. C., Ángeles Peñafiel, D. D. L. Ã., del Carmen Villavicencio-Narváez, L., & Flores-Fernández, V. F. (2021). Trastorno de estrés postraumático en mujeres víctimas de violencia. Una revisión. *Dominio de las Ciencias*, *7*(3), 667-688. http://dx.doi.org/10.23857/dc.v7i3.1960

Gupta, M. A. (2013). Review of somatic symptoms in post-traumatic stress disorder. *International review of psychiatry*, *25*(1), 86-99. https://doi.org/10.3109/09540261.2012.736367

Healey, P., Stager, M. L., Woodmass, K., Dettlaff, A. J., Vergara, A., Janke, R., & Wells, S. J. (2017). Cultural adaptations to augment health and mental health services: a systematic review. *BMC health services research*, *17*, 1-26. https://doi.org/10.1186/s12913-016-1953-x

Heise, L., Ellsberg, M. & Gottemoeller, M. (1999). Ending violence against women. Populatioc Reports, *Series L, Nº 11. Baltimore: Johns Hopkins University School of Public Health, Population Information Program*, Recuperado de https://www.researchgate.net/profile/Lori-Heise/publication/287170875_Population_reports_Ending_violence_against_women/links/5adf6d38458515c60f63bd33/Population-reports-Ending-violence-against-women.pdf?_tp=eyJjb250ZXh0Ijp7ImZpcnN0UGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIiwicGFnZSI6InB1YmxpY2F0aW9uIn19

Henao-Orrego, O. (2020). Violencia y medicina sicosomática: el lenguaje del cuerpo. *Medicina*, *42*(3), 403-412. https://doi.org/10.56050/01205498.1537

Henry, M. 2007. *Filosofía y fenomenología del cuerpo*. Sígueme.

Henriksen, L., Kisa, S., Lukasse, M., Flaathen, E. M., Mortensen, B., Karlsen, E., & Garnweidner-Holme, L. (2023). Cultural sensitivity in interventions aiming to reduce or prevent intimate partner violence during pregnancy: A scoping review. *Trauma, Violence, & Abuse*, *24*(1), 97-109. https://doi.org/10.1177/15248380211021788

Herman, J. L. (1992). Complex PTSD: A syndrome in survivors of prolonged and repeated trauma. *Journal of traumatic stress*, *5*(3), 377-391. https://doi.org/10.1002/jts.2490050305

Howarth, E., & Feder, G. (2013). Prevalence and physical health impact of domestic violence. In L. M. Howard, G. Feder, & R. Agnew-Davies (Eds.), *Domestic violence and mental health*. 1–17. RCPsych Publications. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/280739701_Howarth_E_Feder_G_Prevalence_and_physical_health_impact_of_domestic_violence_In_Howard_L_Feder_G_AgnewDavies_R_eds_Domestic_Violence_and_Mental_Health_London_RCPsych_publications_2013

Janet, P. (1920).*The Major Symptoms of Hysteria*. McMillen. Recuperado de https://archive.org/download/symptomsofhyster00janeiala/symptomsofhyster00janeiala.pdf el 2 de marzo de 2025.

Kahn, L. (2009). *Cultural Competence in Trauma Therapy: Beyond the Flashback*, American Psychological Association. https://doi.org/10.1080/15299730802492546

Karakurt, G., Smith, D., and Whiting, J. (2014). Impact of intimate partner violence on women's mental health. *Journal of Family Violence* 29, 693–702. https://doi.org/10.1007/s10896-014-9633-2

Kearney, B. E., and Lanius, R. A. (2022). The brain-body disconnect: A somatic sensory basis for trauma-related disorders. *Frontiers in neuroscience*, *16*, 1015749. https://doi.org/10.3389/fnins.2022.1015749

Kelly, U. (2010). Intimate partner violence, physical health, posttraumatic stress disorder, depression, and quality of life in Latinas. *Western Journal of Emergency Medicine*, *11*(3), 247-51. Recuperado de https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20882144/

Kendall, T. (2020). *A Synthesis of Evidence on the Collection and Use of Administrative Data on Violence against Women: Background Paper for the Development of Global Guidanc*e. UN Women. Recuperado de https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Synthesis-of-evidence-on-collection-and-use-of-administrative-data-on-VAW-en.pdf.

Khan, K. S., Cavanillas, A. B., & Zamora, J. (2022). Revisiones sistemáticas en cinco pasos: III. Cómo evaluar la calidad de los estudios. *Medicina de Familia. SEMERGEN*, *48*(7), 101808. https://doi.org/10.1016/j.semerg.2022.05.001

Khan, M.N. (1963) The concept of cumulative trauma. *The Psychoanalitic Study of the Child*, 18, 286-306. https://doi.org/10.1080/00797308.1963.11822932

Koch, S. C., Müller, C., Summa, M., & Fuchs, T. (2012). *Body memory, metaphor and movement*. https://doi.org/10.1075/aicr.84

Koroglu, S., & Durat, G. (2024). The impact of mind–body therapies on the mental health of women victims of violence: A meta-analysis. *Archives of women's mental health*, 1-17. https://doi.org/10.1007/s00737-024-01484-8

* Kovacevic, M., Patel, A. R., & Newman, E. (2023). Mixed-method investigations uncovering tension, PTSD symptoms, and trauma-related difficulties among indian women from slums reporting gender-based violence. *Culture, medicine, and psychiatry*, *47*(1), 195-216. https://doi.org/10.1007/s11013-021-09759-w

Lagdon, S., Armour, C., and Stringer, M. (2014). Adult experience of mental health outcomes as a result of intimate partner violence victimization: a systematic review. *European Journal of Psychotraumatol*ogy. 5:1. https://doi.org/10.3402/ejpt.v5.24794

Lakoff, G. y Johnson, M. (1999). *Filosofía en la carne: la mente incorporada y su desafío al pensamiento occidental*. Libros básicos. Recuperado de https://archive.org/details/philosophyinfles00lako/page/100/mode/2up el 4 de marzo de 2025.

Lancheros, K. (2019). Corporalidad y Corporeidad: resignificación desde la experiencia de personas con diversidad funcional, en el campo de la rehabilitación. [Tesis de Maestría, Universidad Nacional de Colombia]. Recuperado de https://repositorio.unal.edu.co/bitstream/handle/unal/77827/1026572767.2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y el 26 de febrero de 2025.

Leuzinger-Bohleber, M. (2018). *Finding the body in the mind: Embodied memories, trauma, and depression.* Routledge. https://doi.org/10.4324/9780429474781

Levine, P. A. (1997). *Waking the tiger: Healing trauma*. North Atlantic Books Recuperado de https://med-fom-learningcircle.sites.olt.ubc.ca/files/2015/04/Waking-the-Tiger.pdf el 20 de febrero de 2025.

Liebig, N. N. (2019). Trauma, embodiment, and compromised agency. *Public Philosophy Journal*, *2*(2), 1-8. https://doi.org/10.25335/PPJ.2.2-05

Lipowski Z. (1990). Somatization and depression. *Psychosomatics*; 31. 13–21. https://doi.org/10.1016/S0033-3182(90)72212-8

López Martínez, A. E., Gómez Pérez, L., & Ruiz Párraga, G. T. (2009). Trastorno de estrés postraumático y dolor crónico: nexos entre psico y pato (logía). *Escritos de Psicología (Internet)*, *3*(1), 8-19. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6484310.pdf

López S. y Belloch A. (2002). La somatización como síntoma y como síndrome: Una revisión del trastorno de somatización. *Revista de Psicopatología y psicología clínica* 2002; 7: 73-93. https://doi.org/10.5944/rppc.vol.7.num.2.2002.3923

López-Ibor (1974). *El cuerpo y la corporalidad*. Gredos. Recuperado de https://www.samorini.it/doc1/alt_aut/lr/lopez-lopez-ibor-cuerpo-corporalidad.pdf el 10 de febrero de 2025.

Machorrinho, J., Veiga, G., Santos, G., & Marmeleira, J. (2019). The body of female victims of domestic violence. *Cuestiones de Género*, 14, 207–219. https://doi.org/10.18002/cg.v0i14.5801

Machorrinho, J., Veiga, G., Santos, G., & Marmeleira, J. (2022a). Embodiment: Features, Measures, and Importance in Intimate Partner Violence. In *Handbook of Anger, Aggression, and Violence*. 1-21. https://doi.org/10.1007/978-3-030-98711-4_30-1

* Machorrinho, J., Veiga, G., Santos, G., & Marmeleira, J. (2022b). Embodiment-related risk factors for Posttraumatic Stress, Anxiety and Depression in female victims of intimate partner violence. *Journal of Trauma & Dissociation*, *23*(3), 212-228. https://doi.org/10.1080/15299732.2021.1989109

* Machorrinho, J., Veiga, G., Santos, G., & Marmeleira, J. (2023). Battered body, battered self: a cross-sectional study of the embodiment-related impairments of female victims of intimate partner violence. *Journal of Aggression, Maltreatment & Trauma*, *32*(11), 1589-1603. https://doi.org/10.1080/10926771.2023.2178989

Macy, R., Ferron, J. y Crosby, C. (2009). Partner Violence and Survivors' Chronic Health Problems: Informing Social Work Practice. *National Association of Soctal Workers,* 29-43. https://doi.org/10.1093/sw/54.1.29

Mason, S. M., Wright, R. J., Hibert, E. N., Spiegelman, D., Forman, J. P., & Rich-Edwards, J. W. (2012). Intimate partner violence and incidence of hypertension in women. *Annals of epidemiology*, *22*(8), 562-567. https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2012.05.003

* McCall-Hosenfeld, J. S., Winter, M., Heeren, T., & Liebschutz, J. M. (2014). The association of interpersonal trauma with somatic symptom severity in a primary care population with chronic pain: exploring the role of gender and the mental health sequelae of trauma. *Journal of psychosomatic research*, *77*(3), 196-204. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2014.07.011

McFarlane, A. C. (2010). The long-term costs of traumatic stress: Intertwined physical and psychological consequences. *World Psychiatry: Official Journal of the World Psychiatric Association* (WPA), 9(1), 3–10. https://doi.org/10.1002/j.2051-5545.2010.tb00254.x

McManus, S., Walby, S., Barbosa, E. C., Appleby, L., Brugha, T., Bebbington, P. E., ... & Knipe, D. (2022). Intimate partner violence, suicidality, and self-harm: A probability sample survey of the general population in England. The Lancet Psychiatry, 9(7), 574-583. https://doi.org/10.1016/S2215-0366(22)00201-0

Meline, T. (2006). Selecting studies for systemic review: Inclusion and exclusion criteria. *Contemporary issues in communication science and disorders*, *33*(Spring), 21-27. https://doi.org/10.1044/cicsd_33_S_21

Mensch, J. (2008). Violence and embodiment. In *Symposium Canadian Journal of Continental Philosophy/Revue canadienne de philosophie continentale.* Vol. 12 (1), 4-15. https://doi.org/10.5840/symposium20081211

Merleau-Ponty, M., Landes, D., Carman, T., & Lefort, C. (2013). *Phenomenology of perception*. Routledge. Recuperado de https://ia601000.us.archive.org/11/items/G.BachelardThePoeticsOfSpace/Phenomenology%20of%20Perception.pdf el 1 de febrero de 2025.

Moya, P. (2014). Habit and embodiment in Merleau-Ponty. *Frontiers in human neuroscience*, 8, 542, 1-3. https://doi.org/10.3389/fnhum.2015.00226

Miller, E., and McCaw, B. (2019). Intimate partner violence. *New England J.Med*. 380, 850–857. https://doi.org/10.1056/nejmra1807166

Miller, G., Chen, E., and Zhou, E. (2007). If it goes up, must it come down? Chronic stress and the hypothalamic-pituitary-adrenocortical axis in humans. *Psychol. Bull*. 133, 25–45. https://doi.org/10.1037/0033-2909.133.1.25

Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (2015). Atención primaria y violencia de género: Recomendaciones para la detección y atención psicológica. Recuperado de https://www.cop.es/GT/Atencion_Primaria_VG.pdf a 10 de marzo de 2025.

Montenegro, M., Ornstein, C., & Tapia Ilabaca, P. (2006). Cuerpo y corporalidad desde el vivenciar femenino. *Acta bioethica*, *12*(2), 165-168. http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2006000200004

Muñoz, V., Echeburúa, E. (2016). Diferentes modalidades de violencia en la relación de pareja: implicaciones para la evaluación psicológica forense en el contexto legal español. *Anuario de Psicología Jurídica*, Vol. 26, 1. 2-12. https://doi.org/10.1016/j.apj.2015.10.001

Murray, C., Crowe, A., & Akers, W. (2016). How can we end the stigma surrounding domestic and sexual violence? A modified Delphi study with national advocacy leaders. *Journal of family violence*, 31, 271-287. https://doi.org/10.1007/s10896-015-9768-9

Naciones Unidas. (1993). *Declaración sobre la Eliminación de la Violencia contra la Mujer* (Resolución 48/104). Recuperado de https://www.refworld.org/es/docid/50ac921e2.html a 5 de febrero de 2025.

Nichter, M. (1981). Idioms of distress: Alternatives in the expression of psychosocial distress: A case study from South India. *Culture, medicine and psychiatry*, *5*(4), 379-408. https://doi.org/10.1007/BF00054782

Ogden, C., Minton, K., & Pain, C. (2006). Trauma and the body: A sensorimotor approach to psychotherapy. *Norton series on interpersonal neurobiology*. WW Norton & Company. Recuperado de https://archive.org/details/traumabodysensor0000ogde a 10 de febrero de 2025.

Ogden, P., Pain, C., & Fisher, J. (2006). A sensorimotor approach to the treatment of trauma and dissociation. *Psychiatric Clinics*, *29*(1), 263-279. https://doi.org/10.1016/j.psc.2005.10.012

Orengo, F., Alvarez-Buylla, S., Gonzalez, C., & Herrando, M. (2004). An integrated psychotherapy program for women suffering from post traumatic stress as a consequence of domestic and gender violence. *Psiquis*, *25*(1),16-25. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/292924566_An_integrated_psychotherapy_program_for_women_suffering_from_post_traumatic_stress_as_a_consequence_of_domestic_and_gender_violence

Organización Mundial de la Salud (2021). Estimaciones mundiales, regionales y nacionales de la prevalencia de la violencia de pareja contra la mujer y estimaciones mundiales y regionales de la prevalencia de la violencia sexual sufrida por la mujer por alguien que no es su pareja. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/349589/9789240027114-spa.pdf

Osswald, A. M. (2019). Fenomenología y violencia. La condición europea de la filosofía frente al problema de la alteridad. *Tábano*, (15), 29-47. http://doi.org/10.46553/tab.15.2019

Page, M. J., McKenzie, J. E., Bossuyt, P. M., Boutron, I., Hoffmann, T. C., Mulrow, C. D., ... & Alonso-Fernández, S. (2021). Declaración PRISMA 2020: una guía actualizada para la publicación de revisiones sistemáticas. *Revista española de cardiología*, *74*(9), 790-799. https://doi.org/10.1016/j.recesp.2021.06.016

Palma-Ceballos, M., & Fischman, D. (2015). Cuerpos aislados, cuerpos deshabitados, violencia de género y DMT. [Tesis de Maestría, Universidad Autónoma de Barcelona]. Dipòsit Digital de Documents de la Universidad Autónoma de Barcelona. https://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2015/hdl_2072_250967/cuerposdeshabitadostrabajofindemaster.pdf

Payne, P., Levine, P. A., & Crane-Godreau, M. A. (2015). Somatic experiencing: using interoception and proprioception as core elements of trauma therapy. *Frontiers in psychology*, *6*, 124489. http://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.00093

Petticrew, M., & Roberts, H. (2006). *Systematic reviews in the social sciences: A practical guide*. John Wiley & Sons. http://doi.org/10.1002/9780470754887

Podaná, Z. (2021). Patterns of intimate partner violence against women in Europe: Prevalence and associated risk factors. *J Epidemiol Community Health*, *75*(8), 772-778. http://doi.org/10.1136/jech-2020-214987

Polo Usaola, C. y López Gironés, M. (2003). Atención psicológica a la mujer víctima de malos tratos. *Revista Clínica Electrónica en Atención Primaria*, 12, 1-9. Recuperado de https://ddd.uab.cat/pub/rceap/rceap_a2007m3n12/rceap_a2007m3n12a8.pdf

Ponte-González, A. D., Guerrero-Morales, A. L., & López-Ortiz, G. (2023). Violencia hacia la mujer y su impacto en la salud. *Revista mexicana de medicina familiar*, *10*(3), 117-125. https://doi.org/10.24875/rmf.22000099

Porges, S. W., & Dana, D. (2018). *Clinical applications of the polyvagal theory: The emergence of polyvagal-informed therapies* (1st ed.). W.W. Norton & Company.

Price, C. J., & Thompson, E. A. (2007). Measuring dimensions of body connection: body awareness and bodily dissociation. *The Journal of Alternative and Complementary Medicine*, *13*(9), 945-953. http://doi.org/10.1089/acm.2007.0537

Presidencia del Gobierno de España. (2021, 27 de julio). Catálogo de medidas urgentes del Plan de Mejora y Modernización contra la violencia de género. La Moncloa. https://www.lamoncloa.gob.es/consejodeministros/Paginas/enlaces/270721-enlace_viogen.aspx

Rajah, V., y Osborn, M. (2022). Understanding the body and embodiment in the context of women's resistance to intimate partner violence: A scoping review. *Trauma, Violence, & Abuse*, *23*(5), 1461-1477. https://doi.org/10.1177/1524838021995941

Reinhardt, K. M., Zerubavel, N., Young, A. S., Gallo, M., Ramakrishnan, N., Henry, A., & Zucker, N. L. (2020). A multi-method assessment of interoception among sexual trauma survivors. *Physiology & Behavior,* 226, 113108. https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2020.113108

Repetto, C., & Riva, G. (2023). The neuroscience of body memory: Recent findings and conceptual advances. *EXCLI journal*, *22*, 191-206. http://doi.org/10.17179/excli2023-5877

Rigores, M. A., & Guerra, N. (2012). La violencia de género un problema de salud pública. *Interacción y perspectiva: Revista de Trabajo Social*, 2(2), 97-106. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5154889 el 12 de febrero de 2025.

Riva, G. (2018). The neuroscience of body memory: From the self through the space to the others. *Cortex*, *104*, 241-260. http://doi.org/10.1016/j.cortex.2017.07.013

Rothschild, B. (2000). *The body remembers*. Norton. Recuperado de https://pdfroom.com/books/the-body-remembers-the-psychophysiology-of-trauma-and-trauma-treatment/X623zorEg4Z el 15 de febrero de 2025.

Sanmartín Esplugues, J. (2004). El laberinto de la violencia. *Barcelona: Ariel*. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/descarga/libro/559678.pdf

Sanz-Fuentes, V. Ruiz-Lorenzo. (2023). Pensamiento e intento suicida en mujeres y su relación con la violencia de género. *Revista Española Investigación en Sociología*, 181, 81-100. http://doi.org/10.5477/cis/reis.181.81

Saunders, C., Burton, C., Pedersen, H. F., Rask, C., & Frostholm, L. (2024). The Body Multiple: Conceptualizing the Body to Explain Functional Somatic Symptoms. *BJPsych Open*, *10*(S1), S78-S79. http://doi.org/10.1192/bjo.2024.241

Scaer, R.C. (2001a). The Neurophisiology of dissociation and chronic disease. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 26*(1), 73-91. http://doi.org/10.1023/a:1009571806136

Scaer, R.C. (2001b). *The body bears the burden. Trauma, dissociation and disease*. The Haworth Medical Press. https://doi.org/10.4324/9780203081822

* Scheer, J. R., & Poteat, V. P. (2021). Trauma-informed care and health among LGBTQ intimate partner violence survivors. *Journal of interpersonal violence*, *36*(13-14), 6670-6692. http://doi.org/10.1177/0886260518820688

Shalev, A. Y., Peri, T., Brandes, D., Freedman, S., Orr, S. P., & Pitman, R. K. (2000). Auditory startle response in trauma survivors with posttraumatic stress disorder: a prospective study. *American Journal of Psychiatry*, *157*(2), 255-261. http://doi.org/10.1176/appi.ajp.157.2.255

Shepherd, L., & Wild, J. (2014). Emotion regulation, physiological arousal and PTSD symptoms in trauma-exposed individuals. *Journal of behavior therapy and experimental psychiatry*, *45*(3), 360-367. http://doi.org/10.1016/j.jbtep.2014.03.002

Siemieniuk, R. A., Krentz, H. B., Gish, J. A., & Gill, M. J. (2010). Domestic violence screening: prevalence and outcomes in a Canadian HIV population. *AIDS patient care and STDs*, *24*(12), 763-770. http://doi.org/10.1089/apc.2010.0235

Simon, N., Roberts, N. P., Lewis, C. E., van Gelderen, M. J., & Bisson, J. I. (2019). Associations between perceived social support, posttraumatic stress disorder (PTSD) and complex PTSD (CPTSD): implications for treatment. *European journal of psychotraumatology*, *10*(1), 1573129. https://doi.org/10.1080/20008198.2019.1573129

* Soleimani, R., Ahmadi, R., & Yosefnezhad, A. (2017). Health consequences of intimate partner violence against married women: a population-based study in northern Iran. *Psychology, health & medicine*, *22* (7), 845-850. https://doi.org/10.1080/13548506.2016.1263755

Stern, C., Jordan, Z., & McArthur, A. (2014). Developing the review question and inclusion criteria. *AJN The American Journal of Nursing*, *114*(4), 53-56. http://doi.org/10.1097/01.NAJ.0000445689.67800.86

Straight, E. S., Harper, F. W., & Arias, I. (2003). The impact of partner psychological abuse on health behaviors and health status in college women. *Journal of Interpersonal Violence*, *18*(9), 1035-1054. http://doi.org/10.1177/0886260503254512

Stubbs, A., & Szoeke, C. (2022). The effect of intimate partner violence on the physical health and health-related behaviors of women: A systematic review of the literature. *Trauma, violence, & abuse*, *23*(4), 1157-1172. http://doi.org/10.1177/1524838020985541

Thaggard, S., & Montayre, J. (2019). "There was no-one I could turn to because I was ashamed": Shame in the narratives of women affected by IPV. In *Women's Studies International Forum* 74, 218-223. https://doi.org/10.1016/j.wsif.2019.05.005

Thakur, A., & Rangaswamy, M. (2019). Expressions of Women Survivors of Domestic Violence: Idioms of Distress. *Psychological Studies*, *64*(4), 377-389. https://doi.org/10.1007/s12646-019-00491-5

Thurston, R. C., Chang, Y., Matthews, K. A., Harlow, S., El Khoudary, S. R., Janssen, I., & Derby, C. (2022). Interpersonal trauma and risk of incident cardiovascular disease events among women. *Journal of the American Heart Association*, *11*(7), e024724. http://doi.org/10.1161/JAHA.121.024724

Tricco, A. C., Lillie, E., Zarin, W., O'Brien, K. K., Colquhoun, H., Levac, D., ... & Straus, S. E. (2018). PRISMA extension for scoping reviews (PRISMA-ScR): checklist and explanation. Annals of internal medicine, 169(7), 467-473. http://doi.org/10.7326/M18-0850

Tourné García, M., Herrero Velázquez, S., & Garriga Puerto, A. (2024). Consecuencias para la salud de la violencia contra la mujer por la pareja. *Atención Primaria*, *56*(11). https://doi.org/10.1016/j.aprim.2024.102903

UN General Assembly (1979). *Convention on the Elimination of All Forms of Discrimination Against Women*, *Treaty Series*, vol. 1249, p. 13. https://digitallibrary.un.org/record/198621/?ln=es

Van de Kamp, M. M., Scheffers, M., Hatzmann, J., Emck, C., Cuijpers, P., & Beek, P. J. (2019). Body-and movement-oriented interventions for posttraumatic stress disorder: A systematic review and meta-analysis. *Journal of traumatic stress*, *32*(6), 967-976. http://doi.org/10.1002/jts.22465

Van der Hart, O., Nijenhuis, E. R., & Steele, K. (2008). El yo atormentado. *Desclée de Brouwer.*

Van der Kolk, B. A., Roth, S., Pelcovitz, D., Sunday, S., & Spinazzola, J. (2005). Disorders of extreme stress: The empirical foundation of a complex adaptation to trauma. *Journal of Traumatic Stress: Official Publication of the International Society for Traumatic Stress Studies*, *18*(5), 389-399. http://doi.org/10.1002/jts.20047

Van der Kolk, B. (2015). *The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma.* Penguin.

Vega, B. R., Liria, A. F., & Pérez, C. B. (2005). Trauma, disociación y somatización. *Annuary of clinical and health psychology*, 27. Recuperado de https://www.masterpsicoterapia.com/wp-content/uploads/2015/06/Rodrigeuez-Vega-et-al-2005-Trauma_disociacion_somatizacion.pdf el 12 de marzo de 2025.

* Venegas, M. D. (2022). Grisi Siknis: a cultural idiom of gender-based violence and structural inequalities in eastern Nicaragua. *Transcultural Psychiatry*, *59*(4), 539-550. http://doi.org/10.1177/13634615221098310

Wilson, M. (2002). Six views of embodied cognition. *Psychonomic bulletin & review*, *9*, 625-636. https://doi.org/10.3758/BF03196322

* Wong, S. P., & Chang, J. C. (2016). Altered eating behaviors in female victims of intimate partner violence. *Journal of interpersonal violence*, *31*(20), 3490-3505. http://doi.org/10.1177/0886260515585535

Yim, I. S., & Kofman, Y. B. (2019). The psychobiology of stress and intimate partner violence. *Psychoneuroendocrinology*, *105*, 9-24. http://doi.org/10.1016/j.psyneuen.2018.08.017

* Zacarias, A. E., Macassa, G., Soares, J. J., Svanström, L., & Antai, D. (2012). Symptoms of depression, anxiety, and somatization in female victims and perpetrators of intimate partner violence in Maputo City, Mozambique. *International journal of women's health*, 491-503. http://doi.org/10.2147/IJWH.S29427