Universidad Europea VALENCIA

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Trabajo Fin de Máster

SOMATIZACIÓNN FÍSICA DEL TRAUMA EN EL ADULTO POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA INFANCIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

Presentado por: Carmen Márquez Espárraga

Tutor/a: Marta Ruiz Cortés

Curso: 2023-2024

Convocatoria: Octubre, 2024

INDICE

RESUMEN 7
ABSTRACT 8
1. INTRODUCCIÓN 9
1.1 Definición y clasificación de la violencia. 9
1.2 La violencia intrafamiliar 10
1.3 Consecuencias de la violencia intrafamiliar 12
1.4 Definición de somatización 12
1.5 Diagnóstico de la somatización y factores asociados 15
1.6 Justificación 15
2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS 18
3. MATERIAL Y MÉTODOS 19
3.1 Fuentes de información 19
3.2 Estrategia de búsqueda 19
3.3 Criterios de elegibilidad 20
3.4 Proceso de selección de los estudios 21
3.5 Proceso de extracción de datos 21
3.6 Codificación 22
4 RESULTADOS 23
4.1 Características de los estudios incluidos 23
4.2 Diferencias por género en la somatización del trauma provocado por la VIF en la infancia 30
4.3 Principales manifestaciones de somatización en la etapa adulta 32
4.4 Relación entre el tipo de VIF y la somatización 33
5 DISCUSIÓN 37
5.1 Somatización y género 37
5.2 Somatización en la etapa adulta 38
5.3 Tipo de VIF y somatización 39
5.4 Limitaciones de los hallazgos 39
5.5 Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación. 40
6 CONCLUSIONES 41
7 BIBLIOGRAFÍA 42

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Tipos de violencia 10
Tabla 2 Síntomas del Trastorno de Síntomas Somáticos según el DSM- 5 13
Tabla 3. Palabras clave y términos DeCS y MeSH. 19
Tabla 4. Acrónimo PICO 20
Tabla 5. Artículos incluidos 26

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1 Selección de estudios para la RS 24

ÍNDICE DE ABREVIATURAS

APA: Asociación Americana de Psiquiatría

CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades

DSM-5: Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales

SII: Síndrome de Intestino Irritable

TPEP: Trastorno por Estrés Postraumático

TSS: Trastorno de Síntomas Somáticos

VIF: Violencia Intrafamiliar

CONFIRMACIÓN DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO FIN DE GRADO Y DE FIN DE MÁSTER

D/Dª María del Carmen Márquez Espárraga, con número de expediente, estudiante del Máster en Psicología General Sanitaria

CONFIRMA que el Trabajo Fin de Máster titulado

SOMATIZACIÓNN FÍSICA DEL TRAUMA EN EL ADULTO POR VIOLENCIA INTRAFAMILIAR EN LA INFANCIA: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA

es fruto exclusivamente de su esfuerzo intelectual, y que no ha empleado para su realización medios ilícitos, ni ha incluido en él material publicado o escrito por otra persona, sin mencionar la correspondiente autoría. En este sentido, confirma especialmente que las fuentes que haya podido emplear para la realización de dicho trabajo, si las hubiera, están correctamente referenciadas en el cuerpo del texto, en forma de cita, y la bibliografía final.

Así mismo, declaro conocer y aceptar que de acuerdo a la Normativa de la Universidad Europea, el plagio del Trabajo Fin de Grado/Máster entendido como la presentación de un trabajo ajeno o copia de textos sin citar su procedencia y considerándolos como de elaboración propia, conllevará automáticamente la calificación de "suspenso" (0) tanto en la convocatoria ordinaria como extraordinaria, así como la pérdida de la condición de estudiante y la imposibilidad de volver a matricular la asignatura hasta que no transcurra un curso académico.

Fecha y firma:

14 de noviembre de 2024

Los datos consignados en esta confirmación serán tratados por el responsable de tratamiento, UNIVERSIDAD EUROPEA DE VALENCIA, S.L.U., con la finalidad de gestión con la finalidad de gestión del Trabajo Fin de Grado/Máster del titular de los datos. La base para el tratamiento de los datos personales facilitados al amparo de la presente solicitud se encuentra en el desarrollo y ejecución de la relación formalizada con el titular de los mismos, así como en el cumplimiento de obligaciones legales de UNIVERSIDAD EUROPEA DE VALENCIA S.L.U. y el consentimiento inequívoco del titular de los datos. Los datos facilitados en virtud de la presente solicitud en Paseo de la Alameda 7, 46010 Valencia. Asimismo, de no manifestar fehacientemente lo contrario, el titular consiente expresamente el tratamiento automatizado total o parcial de dichos datos por el tiempo que sea necesario para cumplir con los fines indicados. El titular de los datos tiene derecho a acceder, rectificar y suprimir los datos, limitar su tratamiento, oponerse al tratamiento y ejercer su derecho a la portabilidad de los datos de carácter personal, todo ello de forma gratuita, tal como se detalla en la información completa sobre protección de datos en el enlace https://universidadeuropea.es/politica-de-privacidad.

RESUMEN

Introducción: La violencia intrafamiliar (VIF) tiene consecuencias individuales y sociales, afectando la salud física y emocional de las víctimas y perpetuando ciclos de violencia. Las experiencias de estrés pueden llevar a síntomas de somatización. **Objetivo:** Revisar las publicaciones disponibles en relación con la influencia de la violencia intrafamiliar durante la infancia en la somatización física. **Método:** Revisión sistemática que sigue las directrices PRISMA. Las bases de datos exploradas fueron Pubmed, Web of Sciences, Dialnet y PsycArticles, se definieron criterios de inclusión y exclusión para seleccionar estudios relacionados. La investigación se estructuró con un enfoque PICO, y se registraron datos clave de cada estudio, como el tipo de violencia y síntomas de somatización en adultos, utilizando herramientas de gestión de referencias y tabulación. **Resultados:** Fueron incluidos 13 estudios, las publicaciones abarcan desde 2016 hasta 2024, con predominancia de Estados Unidos y Alemania. La mayoría son estudios observacionales transversales. Las mujeres somatizan con mayor frecuencia el trauma infantil relacionado con la VIF que los hombres, reportando síntomas como dolor crónico y fatiga. El abuso emocional y sexual, están vinculados a una mayor severidad de síntomas somáticos en la adultez. **Conclusión:** La VIF durante la infancia es un predictor importante de problemas somáticos en la adultez, especialmente en mujeres.

Palabras clave: Trastornos somatomorfos, Violencia familiar, Infancia, Adultez

ABSTRACT

Introduction: Intrafamily violence (IFV) has both individual and social consequences, impacting victims' physical and emotional health while perpetuating cycles of violence. Stressful experiences can lead to somatization symptoms. **Objective**: To review existing literature on the influence of IFV during childhood on physical somatization. **Method**: A systematic review following PRISMA guidelines. Databases explored were Pubmed, Web of Sciences, Dialnet, and PsycArticles, using inclusion and exclusion criteria to select relevant studies. Key data such as type of violence and adult somatization symptoms were recorded using reference management and tabulation tools. **Results**: 13 studies were included, covering publications from 2016 to 2024, with a predominance from the U.S. and Germany. Most were cross-sectional observational studies. Women more frequently somatized childhood trauma linked to IFV compared to men, reporting symptoms like chronic pain and fatigue. Emotional and sexual abuse were linked to more severe somatic symptoms in adulthood. **Conclusion**: IFV during childhood is a significant predictor of somatic issues in adulthood, especially in women.

Keywords: Somatoform disorders, Family violence, Childhood, Adulthood.

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Definición y clasificación de la violencia.

De acuerdo con Martínez (2016), no existe una única forma de definir la violencia, ya que esta se ha descrito a partir del uso de fuerzas físicas (externas, dolorosas) y no físicas (amenazas, coerciones psicológicas) para forzar a una persona o grupo a actuar en contra de su voluntad o para hacer daño. Esto indica que su presentación no se basa únicamente en el uso de fuerza física, no es un hecho aislado o una sustancia tangible, sino que, tal como mencionaron Dokkedahl et al. (2022), la violencia se manifiesta también en las relaciones sociales, actuando como un adjetivo que califica ciertas formas de interacción.

Es por esta razón, de acuerdo con Martínez (2016), la violencia se define principalmente por la producción de daño a alguna de las partes involucradas, ya sea físico, sexual, psicológico o patrimonial, y por la repetición de ciertos comportamientos intencionados que crean un patrón. Por lo tanto, según mencionaron Blom et al. (2023), se trata de un concepto subjetivo, que tiene una fuerte influencia de los valores y las costumbres sociales. No obstante, según mencionaron Bornhauser et al. (2012), la violencia existe cuando una persona o grupo ejerce su fuerza, poder o posición para dañar, maltratar o abusar tanto en el ámbito físico, como psicológico a otra persona o individuos (sin importar las justificaciones que el agresor ofrezca en relación con sus acciones).

De acuerdo con esto, estas situaciones pueden presentarse en distintas poblaciones, como niños, adultos mujeres o ancianos. También puede darse en distintos medios, como el hogar, relaciones de pareja o en medios virtuales (Bornhauser et al., 2012).

Según la taxonomía de Sanmartín (Iborra & Sanmartin, 2011), la violencia se clasifica según el tipo de acción realizada, daño causado, escenario donde ocurre, la persona que comete la agresión, de acuerdo con el tipo de víctima, tal como se muestra en la tabla 1.

Tabla 1

Tipos de violencia

Presentación	Descripción
Según el tipo de acción	• Acción: golpes, insultos • Omisión: desatenderse de una obligación ○ Negligencia: abandono o descuido en los cuidados básicos de una persona
Tipo de daño	• Maltrato físico • Maltrato psicológico • Abuso sexual • Abuso económico
Tipo de agresor	• Violencia Juvenil • Terrorismo: político, religioso • Violencia psicopática: delincuentes organizados
Tipo de víctima	• Mujeres • Ancianos • Menores
Contexto	• Violencia doméstica: mujeres, menores, ancianos • Violencia escolar: acoso o bullying • Violencia en el trabajo: acoso sexual, mobbing • Violencia en las calles • Conflictos armados • Cultural

Nota. Elaboración propia a partir de Iborra & Sanmartín (2011).

1.2 La violencia intrafamiliar

La violencia familiar (VIF) hace referencia a los abusos o agresiones de tipo físico, psicológico, sexual u otro tipo, cometidos por individuos dentro del entorno familiar, generalmente dirigidos hacia los miembros más vulnerables, como los niños, las mujeres y las personas mayores (Fernández et al., 2003). Se define como el acto de ejercer poder por parte de un miembro de la familia, quien muestra opresión, superioridad y control sobre los otros miembros del hogar, impactando negativamente en aspectos económicos, psicológicos, físicos y sociales (Rodríguez, 2019).

Se debe destacar lo establecido en la revisión de Mayor & Alberto Pérez (2019), existe en la literatura distintas formas de denominar a la violencia dentro de las familias, estas incluyen violencia doméstica y violencia intrafamiliar, sin embargo, existen diferencias entre ambos términos: mientras que la violencia doméstica es aquella que ocurre en el hogar, la violencia intrafamiliar se refiere a todas las formas de abuso entre los miembros de la familia.

La violencia intrafamiliar, de acuerdo con lo mencionado por Blom et al. (2023), tiene una etiología compleja y está influenciada por múltiples factores. Entre ellos se encuentran las actitudes socioculturales como las desigualdades de género, las condiciones sociales, las relaciones conyugales, los conflictos familiares y aspectos personales, como la historia de abuso y violencia en la familia de origen. Según con Fernández et al. (2003), a lo largo de la historia, la violencia ha sido utilizada como una herramienta de poder y control del fuerte sobre el débil, del adulto sobre el niño y del hombre sobre la mujer. Los factores más determinantes para la violencia intrafamiliar son la desigualdad de género en relaciones personales y sociales, y una cultura que acepta la violencia como medio para resolver conflictos.

Según estableció Luna (2019), existen cuatro teorías que explican la violencia intrafamiliar. En primer lugar, la teoría sociológica relaciona la violencia con estructuras sociales donde prevalece la idea de que el hombre es la figura de autoridad. La teoría sistémica sostiene que los procesos interrelacionados dentro de la dinámica de la violencia contribuyen a la continuidad del maltrato dentro de la familia. A continuación, la teoría del aprendizaje social sugiere que las personas aprenden comportamientos violentos a lo largo de su desarrollo, ya sea por influencia de la familia o la sociedad, y que estos comportamientos se mantienen en la vida adulta, siendo percibidos como normales. Por último, la teoría feminista se relaciona con la teoría sociológica al señalar que la sociedad ha oprimido históricamente a la mujer, promoviendo un orden patriarcal donde el hombre manda y la mujer obedece, soportando cualquier agresión por parte del hombre.

Asimismo, según Lanchimba et al. (2023), existen diferentes episodios de violencia familiar entre distintos estratos sociales, sin embargo, hay factores que han sido identificados como disuasorios de violencia, tal como el nivel de ingreso, nivel educativo, estado laboral del jefe del hogar, consumo de sustancias psicotrópicas, ansiedad y estrés, los cuales aumentan la probabilidad de experimentar violencia intrafamiliar.

1.3 Consecuencias de la violencia intrafamiliar

La VIF, según Walker-Descartes et al. (2021), representa una amenaza en diversos aspectos de la vida de las personas. En primer lugar, en cuanto a la salud física, puede traducirse en lesiones, la mayoría suele ocurrir en mujeres, representadas principalmente por contusiones, abrasiones, laceraciones, esguinces, distenciones, lesiones de órganos internos y fracturas. Los sitios en donde más comúnmente ocurren estas lesiones incluyen cabeza, cuello, tórax, abdomen.

Es común encontrar que la salud mental se ve afectada. Por ejemplo, De acuerdo con lo mencionado por Irizarry & Rivero (2018), el Trastorno de Estrés Postraumático (TPEP) es común, con una prevalencia que va entre el 33% al 84%, sin embargo, casi todas las víctimas presentan síntomas de alguna forma tal como la reexperimentación de los eventos traumáticos, evitación de estímulos relacionados con el trauma y síntomas de hiperactivación como irritabilidad y problemas de sueño.

Aumenta, además, de acuerdo con los hallazgos de Walker-Descartes et al. (2021) el riesgo de maltrato infantil, esto se debe a que se establece una cultura de violencia. Entre el 26% y el 73% de las familias que reportan abuso infantil también sufren violencia de pareja, y entre el 30% y el 60% de las familias con violencia de pareja, también enfrentan abuso infantil. En este sentido, mencionaron Margolin & Vickerman (2007), que los niños pequeños dependen de sus cuidadores para sentirse seguros, por esta razón, la VIF puede dificultar el desarrollo normal de su confianza y la autonomía. Debido a sus limitadas habilidades verbales, los niños que presencian violencia pueden mostrar irritabilidad excesiva, comportamientos regresivos, trastornos del sueño, angustia emocional y miedo a estar solos.

1.4 Definición de somatización

Se habla de somatización cuando el malestar psicológico o emocional se expresa a través de síntomas físicos que no tienen una explicación médica clara. Los pacientes que presentan múltiples síntomas físicos persistentes sin una causa biológica evidente son frecuentes en la atención primaria (Kurlansik & Maffei, 2016).

De acuerdo con la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, 2014), el trastorno de síntomas somáticos (TSS) se caracteriza por la presencia de una serie de molestias físicas acompañadas de una preocupación excesiva por la salud, pensamientos desmesurados y un alto grado de ansiedad, lo que afecta el desempeño cotidiano de la persona.

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales (DSM-5) (APA, 2014), debe cumplir al menos uno de los siguientes criterios: pensamientos excesivos sobre la gravedad de los síntomas, un alto nivel de ansiedad respecto a los mismos, o un gasto excesivo de energía en torno a la preocupación sintomática. Aunque los síntomas somáticos no necesitan estar presentes de forma continua, deben ser persistentes (más de seis meses). En el DSM-5, existen dos especificadores para este trastorno: "con dolor predominante" y "persistente", y puede clasificarse en leve, moderado o grave. Los criterios diagnósticos se encuentran en la tabla 2.

Tabla 2

Síntomas del Trastorno de Síntomas Somáticos según el DSM- 5

Criterio	Temporalidad
A. Uno o más síntomas somáticos que generan incomodidad o provocan dificultades importantes en la vida cotidiana.	Continuo
B. exageradas en relación con los síntomas somáticos o la preocupación por la salud, evidenciadas por una o más de las siguientes características:	
1. Pensamientos persistentes y desmesurados sobre la gravedad de los síntomas.	
2. Nivel constantemente elevado de ansiedad respecto a la salud o los síntomas.	
3. Inversión excesiva de tiempo y energía en los síntomas o en la preocupación por la salud.	
C. Aunque el síntoma somático no sea continuo, el trastorno sintomático es persistente	Más de seis meses

Nota. Elaboración propia a partir de APA, 2014.

Del mismo modo, según la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2022), el TSS obtiene el nombre de Trastorno de Malestar Corporal, el cual fue resultado de reemplazar a la categoría anterior de Trastorno Somatomorfo. Este enfatiza los síntomas físicos angustiantes y los rasgos psico conductuales.

Existen algunas diferencias entre la terminología del DSM y la CIE. Los síndromes somáticos funcionales suelen diagnosticarse en diferentes secciones médicas de la CIE, como el síndrome del

intestino irritable (SII) en enfermedades gastrointestinales, o la fibromialgia en enfermedades reumáticas. Algunos de estos síndromes tienen criterios diagnósticos de investigación, como los criterios de Roma para IBS o los de Oxford para el síndrome de fatiga crónica. Sin embargo, la mayoría no incluye indicación de severidad. Existe una superposición significativa entre el enfoque de diagnóstico basado en síntomas específicos de los síndromes somáticos funcionales y el enfoque más general basado en patrones de síntomas de los trastornos de síntomas somáticos o de malestar corporal (Henningsen, 2018).

Los síntomas somáticos, según mencionan Herskovic & Matamala (2020), pueden incluir dolor abdominal, de cabeza, de espalda y sensación de fatiga, son comunes en la población general. Estos implican altos costos, tanto en términos de atención médica como en el impacto social más amplio, debido a la reducción de la productividad.

La somatización, de acuerdo con Muñoz (2009), es diez veces más común en mujeres que en hombres. Los primeros síntomas suelen aparecer durante la adolescencia y alcanzan los criterios diagnósticos alrededor de los treinta años. Se trata de una condición crónica y fluctuante, con remisiones completas poco frecuentes. Las pacientes suelen describir sus síntomas de manera vaga y dramática, con un relato que a menudo refleja ansiedad, quejas y demandas, al sentir que los médicos no logran establecer un diagnóstico claro ni identificar una causa orgánica para sus malestares.

La somatización además puede estar asociada a otras condiciones psiquiátricas, como depresión severa (en el 55% de los casos), trastornos de ansiedad (34%), trastornos de la personalidad (61%) y trastorno de pánico (26%). Las quejas gastrointestinales y los pensamientos negativos los principales predictores en pacientes con Trastorno de Síntomas Somáticos (TSS) (Cruz, 2018).

Según Bernáldez-Jaimes et al. (2020), estas personas experimentan preocupaciones sobre su salud física sin explicación médica, con síntomas cíclicos como dolores reumáticos, gástricos y dermatológicos. La ansiedad y el estrés contribuyen al aumento del malestar, y la represión emocional y el aislamiento agravan la condición. Aunque el estudio no es generalizable, destaca la importancia de mejorar los diagnósticos y explorar los mecanismos emocionales de los pacientes con TSS.

1.5 Diagnóstico de la somatización y factores asociados

El TSS según Kurlansik & Maffei (2016), representa un desafío diagnóstico tanto para el evaluador como para el paciente, ya que puede llevar a pruebas y tratamientos innecesarios. La característica principal de estos trastornos es la preocupación por síntomas físicos que se atribuyen a una enfermedad no psiquiátrica. Esta preocupación puede manifestarse en uno o más síntomas somáticos que provocan pensamientos, emociones o conductas excesivas en relación con dichos síntomas, generando angustia o una alteración significativa en la vida diaria (APA, 2014) .

Sin embargo, para su diagnóstico, los criterios clínicos establecidos por el DSM- 5 han demostrado mayor validez, mostrando mayor utilidad en niños y adolescentes. Además, en términos generales, estos criterios han sido de utilidad para los clínicos, especialmente al no requerir la exclusión de una enfermedad física para el diagnóstico (Löwe et al., 2022).

Otros instrumentos también han sido empleados, la revisión sistemática de Löwe et al. (2012) mencionan el uso de la Entrevista Diagnóstica de Preocupación por la Salud (HPDI), Trastorno de Ansiedad por Enfermedad (IAD), Entrevista Sobre Características Cognitivas, Afectivas y Conductuales Asociadas con Quejas Somáticas (ICAB), Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-15), Escala de Problemas Psicosomáticos (PSP), Lista de Verificación de Síntomas (SCL-90), Escala de Criterios B del Trastorno de Síntomas Somáticos (SSD-12), Inventario Breve de Ansiedad por la Salud (SHAI) y el Inventario de Síntomas Somáticos (SSI).

1.6 Justificación

La violencia intrafamiliar, según menciona Cevallos et al. (2022), posee muchas consecuencias, estas pueden ser individuales o sociales, y varían según el tipo de violencia, el enfoque del estudio y el tiempo (inmediatas, mediano o largo plazo). A nivel individual, según Mayor & Alberto Pérez (2019), afecta la integridad física, emocional, psicológica y patrimonial de las víctimas, incluidos terceros y hasta los agresores. A nivel social, puede desestructurar lazos, generar miedo y desconfianza, y perpetuar ciclos de violencia.

En individuos que sufrieron situaciones de estrés, pueden presentarse síntomas de somatización. Esta circunstancia puede ser explicada por medio de varios modelos tal como el de la diátesis- estrés, la cual habla de una predisposición biológica o genética de enfermar bajo estrés; el de personalidad resistente, que indica que algunas personas pueden manejar el estrés sin enfermar; y el de trastorno de identidad, que asocia cambios en la identidad con problemas de salud (Margolin

& Vickerman, 2007). Las personas bajo estrés tienden a prestar más atención a sus síntomas físicos, lo que incrementa la probabilidad de percibirlos como enfermedades. Además, el neuroticismo y las estrategias ineficaces para enfrentar el estrés, como evitar el problema o culpar a otros, están relacionados con la aparición de síntomas somáticos (Veloz & Lorenzo, 2016).

Es un asunto de relevancia a nivel mundial, por ejemplo, en América Latina se han reportado 80 655 casos de violencia intrafamiliar y de género en 2023, lo que representa un aumento del 22,5 % en comparación con el año anterior. La violencia física es la forma más común, constituyendo el 48,3 % de los casos, seguida de la violencia sexual (25,5 %), la negligencia y el abandono (16,9 %), y la violencia psicológica (93 %). Las mujeres son las principales afectadas, representando el 77,2 % de los casos (Serna-Trejos, 2022). Otro reporte de violencia intrafamiliar experimentada por adolescentes, indica que en un 52,6% presenciaron y experimentaron violencia intrafamiliar, mientras que un 21,7% no tuvo ninguna exposición a este tipo de violencia. Otros adolescentes presenciaron (15,2%) o experimentaron (10,5%) la violencia, pero no ambas formas (Oliveira et al., 2022).

Es un fenómeno complejo cuya incidencia real es difícil de cuantificar, ya que muchos casos no llegan a ser denunciados. En España, las cifras disponibles provienen de denuncias presentadas y de los fallecimientos de mujeres y hombres a manos de sus parejas. A lo largo de los últimos años, las denuncias por violencia doméstica han mostrado un incremento considerable. En 1997, se registraron 18.882 denuncias, mientras que en 2001 esta cifra aumentó a 24.158. Durante ese mismo período, el número de mujeres fallecidas a manos de sus parejas osciló entre 35 y 75 por año. Además, los hombres también fueron víctimas mortales en menor medida, con un aumento en el número de fallecimientos masculinos de 7 en el año 2000 a 3 en 2001 (Fernández et al., 2003).

Sin embargo, estadísticas más recientes indicaron que, los casos de violencia intrafamiliar en la región mostraron un preocupante aumento. El número de mujeres víctimas de violencia de género creció un 12,1%, alcanzando las 36.582 víctimas, lo que equivale a una tasa de 1,7 por cada 1.000 mujeres mayores de 14 años. En paralelo, las víctimas de violencia doméstica, que incluye tanto a hombres como a mujeres, también aumentaron un 12%, llegando a 9.126 personas (INE, 2024).

En relación con el costo anual del TSS, de acuerdo con lo descrito por Cruz (2018), es elevado incluso sin considerar los costos indirectos relacionados con la pérdida de productividad en el trabajo y los pagos por discapacidad. Además, otra carga oculta proviene de las ventas de medicamentos recetados y de venta libre para tratar dolencias menores. Los trastornos por

somatización son un grupo de desórdenes psiquiátricos que provocan síntomas físicos sin una explicación médica clara.

Además, se sabe que actualmente en la población general, la prevalencia del TSS varió entre 6,7% y 17,4%, con una media del 12.9%. En entornos de medicina general no especializados, las tasas de prevalencia oscilan entre 3,5% y 45,5%, siendo más altas en pacientes con síntomas médicamente inexplicables. En entornos especializados, como neumología, cardiología y endocrinología, la prevalencia varía entre 5,8% y 52,9%. Las tasas más altas (40,3% a 77,7%) se encontraron en entornos de salud mental especializados en el tratamiento del TSS (ALHosni et al., 2023; Höglund et al., 2020).

Teniendo en cuenta el estrés que genera un entorno familiar disfuncional y violento, es de esperar que estas personas en el curso de su vida desarrollen alguna condición relacionada en caso de no gestionar adecuadamente ese acontecimiento. Por esta razón, se ha planteado la realización de esta revisión la cual tiene como finalidad realizar una revisión de las publicaciones científicas disponibles en donde se analice el papel de la violencia intrafamiliar en la infancia con los síntomas de somatización durante la edad adulta. Con esta información se pretende ampliar el repertorio teórico disponible en relación con las consecuencias de la violencia en distintas edades.

2. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

2.1 Objetivo general

El objetivo general de este trabajo es revisar las publicaciones disponibles en relación con la influencia de la violencia intrafamiliar durante la infancia en la somatización física.

2.2 Objetivos específicos

En base al objetivo general, se describen a continuación los siguientes objetivos específicos:

1. Determinar la existencia de diferencias por género en la somatización del trauma provocado por la violencia intrafamiliar en la infancia.
2. Describir las principales manifestaciones de somatización.
3. Relacionar el tipo de violencia intrafamiliar presentada con las formas de somatización.

2.3 Hipótesis

De los anteriores objetivos, se desprenden las siguientes hipótesis:

1. La violencia intrafamiliar experimentada durante la infancia influirá significativamente en la somatización física en la adultez.
2. Existirán diferencias por género en la somatización del trauma provocado por la violencia intrafamiliar en la infancia, con una mayor prevalencia de somatización en mujeres.
3. Las principales manifestaciones de somatización en la adultez, relacionadas con la violencia intrafamiliar en la infancia, incluirán síntomas gastrointestinales y dolores crónicos.
4. El tipo de violencia intrafamiliar (física, emocional o sexual) influirá en la forma en que se manifiesten los síntomas de somatización en la adultez, siendo la violencia emocional la que más contribuirá a los síntomas de ansiedad y depresión somatizada.

3. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1 Fuentes de información

Este estudio consistió en una revisión sistemática (RS) basada en las directrices del grupo Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) (Moher et al., 2010), la cual consistió en búsquedas estructuradas y exhaustivas de la literatura científica publicada en relación con el tema elegido. Esto incluyó estudios que abarcaron las diferencias entre géneros, las principales manifestaciones de la somatización, relación entre el tipo de violencia y las formas de somatización, así como las consecuencias del trauma en la adultez.

La evidencia científica fue obtenida a partir de bases de datos de comprobada calidad académica, las cuales incluyeron Pubmed, Dialnet, Web of Sciences (WoS) y PsycArticles. Las búsquedas fueron realizadas entre los meses de agosto y septiembre del 2024.

3.2 Estrategia de búsqueda

Previo a la búsqueda en cada base de datos, se obtuvieron palabras clave que permitieran la obtención adecuada de estudios. Para los términos en español se empleó los Descriptores de Ciencias de la Salud (DeCS) (BIRREME, 2017) en español y en inglés a partir de *Medical Subject Headings* (MeSH) (NCBI, 2022), tal como se observa en la tabla 3.

Tabla 3.

Palabras clave y términos DeCS y MeSH.

Palabras clave	DeCS	MeSH
Somatización física	Trastornos somatomorfos Trastorno de somatización	Somatoform disorders Somatization disorder
Violencia intrafamiliar	Violencia familiar	Family violence
Adultos	Adulto	Adult

Nota. Elaboración propia

A partir de estos términos, se realizaron combinaciones por medio de los operadores booleanos AND, para incluir ambos términos y OR para incluir uno u otro término. Las ecuaciones de búsqueda obtenida junto con los resultados en cada base de datos se describen a continuación.

- Pubmed: (("Family Violence"[All Fields] OR "Child Abuse"[All Fields]) AND ("Somatization"[All Fields] OR "Somatoform Disorders"[All Fields]) AND ("adult"[MeSH Terms] OR "adult"[All Fields] OR "adults"[All Fields] OR "adults"[All Fields])) AND ((y_10[Filter]) AND (english[Filter] OR spanish[Filter])), lo cual arrojó un total de 41 resultados
- Dialnet: ("Family Violence" OR "Child Abuse") AND ("Somatization" OR "Somatoform Disorders") AND (Adult), que tras aplicar el filtro “Artículo de Revista”, se obtuvo un resultado
- WoS: ("Family Violence" OR "Child Abuse") AND ("Somatization" OR "Somatoform Disorders") AND (Adult), tras aplicar los filtros relacionados con el año de publicación entre 2014 y 2024 y tipo de estudio “Article”, se obtuvo un total de 15 estudios.
- PsycArticles: ("Family Violence" OR "Child Abuse") AND ("Somatization" OR "Somatoform Disorders") AND (Adult), tras aplicar los filtros “últimos 10 años”, “Adulthood (18 yrs and older) y “texto complete”, se obtuvo un total de 137 resultados

3.3 Criterios de elegibilidad

3.3.1 Pregunta de investigación

La pregunta de investigación establecida fue “¿cuál es la influencia de la violencia intrafamiliar durante la infancia en la somatización física, así como las diferencias en relación con el género, tipo de violencia experimentada y su impacto en la adultez?”. Con base en esto, se empleó el acrónimo Paciente, Intervención, Comparación y Resultados (PICO) (Methley et al., 2014), tal como se muestran en la tabla 4.

Tabla 4.

Acrónimo PICO

Pacientes	Intervención	Comparación	Resultado/Outcome
Personas adultas con síntomas de somatización física	Violencia intrafamiliar en la infancia	No se realiza	Diferencias entre géneros. Somatización física. Manifestaciones de somatización. Impacto en la adultez.

Nota. Elaboración propia

3.3.2 Criterios de inclusión

Se incluyeron todos aquellos artículos que cumplieran con todas estas características:

- Estudiaron una población de personas a partir de los 18 años y de ambos sexos
- Idioma de publicación: Castellano e inglés.
- Año de publicación: entre 2014 y 2024
- Tipo de estudio: investigaciones con metodología observacional transversal o longitudinal, ensayos clínicos con o sin aleatorización que abarquen dentro de sus objetivos la influencia de la violencia intrafamiliar en la infancia en los síntomas de somatización en la adultez.

2.3.3 Criterios de exclusión

A su vez, se excluyeron todas aquellas investigaciones que presentaran al menos una de estas características:

- Publicaciones: de pago, estudios que no se sometieron al proceso de revisión por pares, como trabajos de fin de grado, cartas al editor, editoriales y literatura gris.
- Pacientes: que la situación de violencia no se diera en el medio familiar, como en hogares de acogida o por personas distintas a familiares. Asimismo, se excluyen aquellos cuyos síntomas de somatización no se deban a violencia intrafamiliar.

3.4 Proceso de selección de los estudios

Esta etapa se llevó a cabo mediante una serie de pasos. En primer lugar, se identificaron de los estudios más relevantes en las búsquedas en las bases de datos mencionadas, posteriormente se eliminan las investigaciones encontradas en más de una base de datos.

A continuación, se realizó el cribado mediante la lectura del título y resumen de los estudios, se eliminaron aquellos que no guardaron relación con los objetivos planteados en esta investigación.

Por último, se realizó la lectura completa de los estudios restantes, aplicando los criterios de inclusión y exclusión descritos en el apartado anterior.

3.5 Proceso de extracción de datos

Para cada estudio incluido dentro de la revisión se realizó una lectura completa. A partir de esta fue extraída información de manera independiente. Se utilizó el gestor de referencias Mendeley en su versión de escritorio para registrar las referencias obtenidas y el programa Microsoft Office Excel para tabular la información.

3.6 Codificación

De cada uno de los estudios se extrajo información relacionada con autor y año, país donde se realizó la investigación, tipo de estudio, características de la muestra (edad en promedio con desviación estándar, sexo según sea femenino y masculino y distribución porcentual), tipo de violencia intrafamiliar experimentada en la infancia (diagnóstico e instrumento empleado), y síntomas de somatización física durante la etapa adulta (instrumento utilizado).

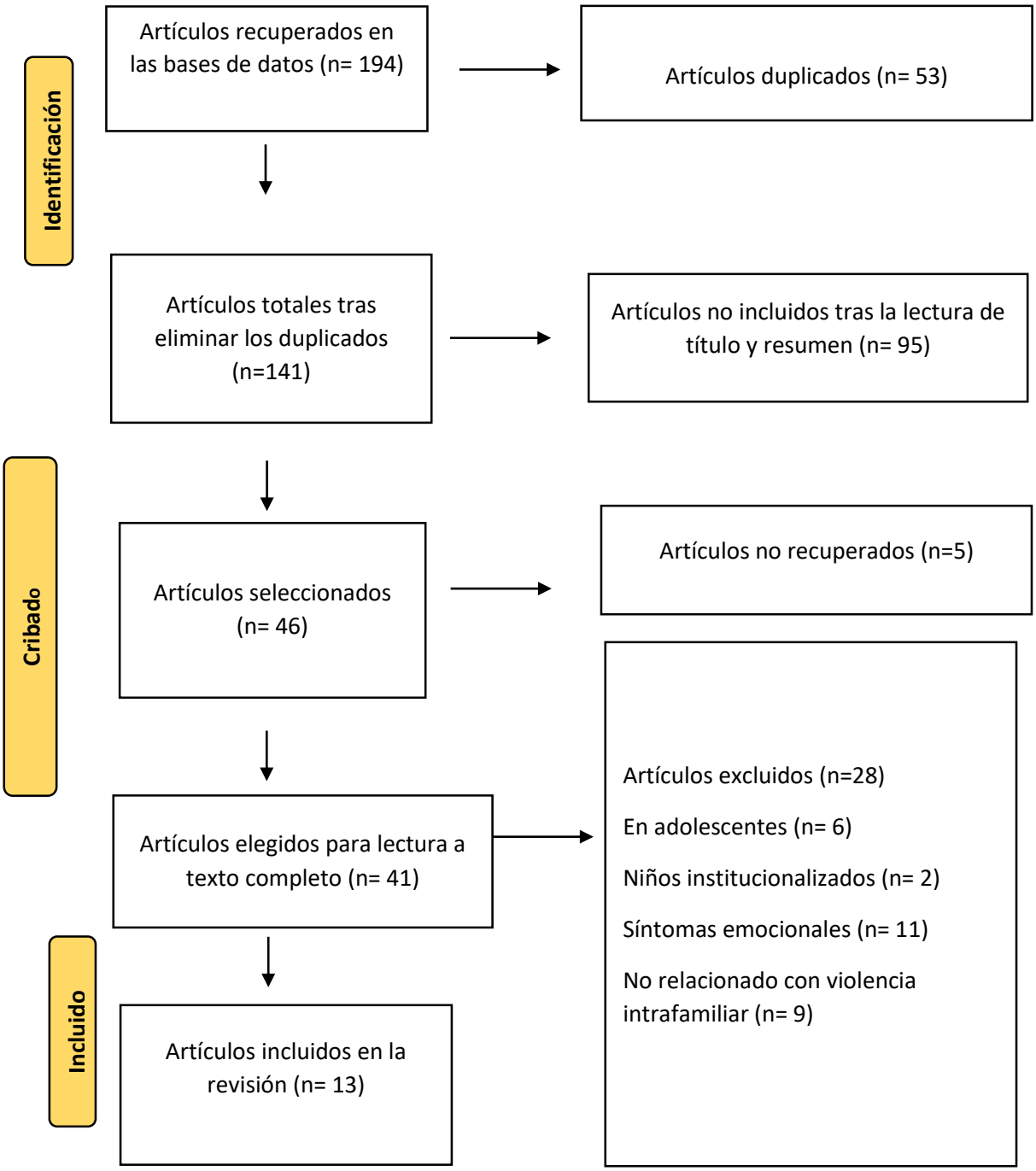
4 RESULTADOS

4.1 Características de los estudios incluidos

En las bases de datos fueron recuperados un total de 194 registros, de los cuales, tras eliminar los duplicados y excluir estudios posteriores a la lectura del título y resumen, así como eliminar aquellos que, tras lectura a texto completo, presentaron algún criterio de exclusión, fueron incluidos un total de 13 investigaciones. Este proceso de búsqueda y selección de estudios se detalla en la Figura 1.

Figura 1

Selección de estudios para la RS



Nota. Elaboración propia

Tal y como se detalla en la tabla 5, en relación con los años de publicación, se encontraron 1 publicación en 2016 (7,7%), 1 publicación en 2017 (7,7%), 3 publicaciones en 2018 (23,1%), 2 publicaciones en 2019 (15,4%), 1 publicación en 2020 (7,7%), 2 publicaciones en 2021 (15,4%), 1 publicación en 2022 (7,7%) y 2 publicaciones en 2024 (15,4%). En cuanto a los países, se encontró que 4 publicaciones de Estados Unidos (30,8%), 2 publicaciones de Canadá (15,4%), 2 publicaciones de Alemania (15,4%), 1 publicación de Turquía (7,7%), 1 publicación de Arabia Saudita (7,7%), 1 publicación de Nueva Zelanda (7,7%), 1 publicación de Eslovenia (7,7%) y 1 publicación de Honduras (7,7%). En cuanto a los tipos de estudios, el 84,62% (n=11) fueron de tipo observacional de diseño transversal. Los instrumentos empleados para detectar la VIF en la infancia incluyeron el Behavioral Risk Factor Surveillance System (BFRSS), Cuestionario de Trauma Infantil (CTI), Encuesta de Experiencias Adversas en la Infancia (ACE), Early Trauma Inventory Shor Form (ETI-SR), Childhood abuse and neglect inventory (CANI). Por otra parte, en cuanto a los instrumentos empleados para detectar síntomas de somatización física, se emplearon el Personal Health Questionnaire (PHQ), Briefl Symptom Inventory (BSI), Inventario de Síntomas Somáticos (SSI), Síntomas Físicos Inexplicables (SIME) y Giessen Subjective Complaints List (GBB-8).

Tabla 5.

Artículos incluidos

Autor, año	País	Tipo de estudio	Muestra	Tipo de VIF (infancia)	Síntomas de somatización física (adultez)
Park et al. (2016)	Estados Unidos	Observacional, transversal	148 pacientes con SII y 154 CS. 1.05 años (desviación estándar: 10.03) en los pacientes con SII y 30.26 años (desviación estándar: 10.92) en los controles. 73% mujeres en el grupo de SII y 59% en el grupo de controles.	ACE Abuso emocional: 27% en pacientes con SII frente a 14% en controles. Abuso sexual: 20% en SII frente a 10% en CS. Abuso físico: 12% SII frente a 8% en CS	PHQ-15 La severidad de los síntomas somáticos medida por el PHQ-12 fue mayor en los pacientes con SII (media de 10.31) en comparación con los CS (media de 2.16).
Porcerelli et al. (2017)	Estados Unidos	Observacional, transversal	174 participantes (119 mujeres, 68% y 55 hombres, 32%), con una edad promedio de 38.74 años (DE 13.62).	CTI forma corta 10 (6%) reportaron abuso físico, 14 (8%) abuso sexual, y 21 (12%) abuso físico y sexual. En total, 45 (26%) participantes indicaron haber experimentado algún tipo de abuso en la infancia.	BSI promedio de 7.36 (desviación estándar de 6.35) para la somatización en la muestra general. La distribución de síntomas fue mayor en mujeres en comparación con hombres
Anuk & Bahadır (2018)	Turquía	Observacional, transversal, comparativo	180 mujeres Edad promedio de MUS de 39,6 años (DE ± 11.16).	CANI Abuso físico y emocional	BSI El grupo MUS reporto puntajes de somatización más alto.
Alhalal et al. (2018)	Arabia Saudita	Observacional, transversal	299 mujeres, con una edad promedio de 36.1 años (desviación estándar = 10.2; rango entre 18 y 64 años)	CTI Entre el 30.4% y el 45.5% de las mujeres en la muestra habían experimentado algún tipo de abuso infantil (físico, emocional o sexual).	CPG Dolor crónico
Kealy et al. (2018)	Canadá	Observacional, transversal	90 participantes, 69 mujeres (69,7%) y 30 hombres (30,3%).	CTI	SSI La vergüenza mediaba la relación entre el abuso emocional y los síntomas

			Edad promedio 36,17 años DE 11,99	Abuso emocional, abuso físico, abuso sexual, negligencia emocional y negligencia física	somáticos, indicando que un aumento en el abuso emocional se relaciona con un aumento en la severidad de los síntomas somáticos a través de un incremento en los niveles de vergüenza.
Duncan et al. (2019)	Nueva Zelanda	Observacional, cohorte retrospectiva	962 personas, 82% femenino con edad promedio de 35 años	ASI Tres grupos según la gravedad de la exposición: sin ASI (82.1%), ASI sin penetración (8.8%), y ASI severo con penetración (9.1%).	SIME 20 (4.9%) presentaron SIME que incluyeron dolor abdominal (10 casos), dolor de cabeza (6), dolor en el pecho (4), disnea (2) y otros síntomas como fibromialgia y palpitaciones. Se utilizó una revisión de registros médicos para el diagnóstico, y los síntomas se clasificaron según la severidad de la exposición al ASI, con un aumento en la presentación de SIME en aquellos con abuso severo (24.3% en el grupo de penetración).
Häuser et al. (2019)	Alemania	Observacional, transversal	2425participantes, 1298 de sexo femenino (53,5%), edad promedio 50,8 años DE 17,5 años	CTS El 64.7% de los participantes reportaron al menos algo de abuso emocional, el 28.0% abuso físico, el 9.8% abuso sexual, el 23.8% negligencia emocional y el 54.0% negligencia física	GBB-8 No se encontraron relaciones estadísticamente significativas entre el dolor crónico no canceroso y las experiencias adversas en la infancia en los análisis realizados.
Rahal et al. (2020)	Estados Unidos	Observacional, transversal	96 participantes, 61 con SII y 35 CS	ETI- SR	PHQ-12 Los pacientes con SII presentaron mayores niveles de somatización que los controles sanos (6.8 en SII vs 2.3 en controles sanos). Los síntomas de somatización fueron más severos en mujeres que en hombres

Piontek et al. (2021)	Alemania	Observacional, transversal	2305 participantes, edad promedio de 46,1 años (DE 14,17 años). 52,5% de los participantes eran mujeres.	CTI Negligencia emocional y física, abuso emocional y físico.	M-CIDI Dolores de cabeza, fatiga, dolores musculares, síntomas gastrointestinales.
Le et al. (2021)	Canadá	Observacional, transversal	351 participantes, con una edad promedio de 39.6 años (DE 15,3 años). El 69% eran mujeres (235), el 28.1% eran hombres cisgénero (96), y los demás se distribuyeron entre género no binario y otros.	ACE Los participantes experimentaron un promedio de 1.9 adversidades en la infancia (con una desviación estándar de 2.0).	HQ-15 Los síntomas de somatización en la edad adulta están relacionados con la severidad de los síntomas reportados, que fue de 7.9 (con una desviación estándar de 4.8).
Kuhar & Zager Kocjan (2022)	Eslovenia	Observacional, transversal	4940 participantes, con una edad promedio de 46,7 años (DE de 15.3 años). La distribución de sexo fue de 49,1% mujeres y 50.9% de hombres.	ACE Violencia física, abuso emocional, negligencia.	ISS Un mayor nivel de DSO se correlaciona con aumento de síntomas somáticos. Fue mayor en mujeres.
Dutcher et al. (2024)	Estados Unidos	Observacional, cohorte prospectiva	727 mujeres (33%) y 1507 hombres (67%). Edad promedio: 44.6 años (±12.6).	CTI Abuso emocional y físico	Body Map Task El abdomen y el cuello fueron zonas más afectadas en los mapas corporales frontales, y la parte baja de la espalda, el cuello y la parte alta de la espalda en los mapas posteriores.
Landa-Blanco et al. (2024)	Honduras	Observacional, transversal	452 personas, 300 eran mujeres (66,37%) y 152 eran hombres (33,63%). La edad promedio fue de 29,96 años, con una DE ±8,98 años.	BFRSS Abuso físico 44,69%, separación o divorcio de los padres 41,81, convivir con alguien con problemas de alcohol (39,38%) e insultos verbales o humillaciones 35,62%	SSS- 8 La somatización estaba positivamente relacionada con haber convivido con alguien con problemas de drogas o mentales y ser mujer

Nota. ACE: Encuesta de Experiencias Adversas en la Infancia; ASI: Exposición a abuso sexual; BFRSS: Behavioral Risk Factor Surveillance System BSI: Brief Symptom Inventory; CANI: Childhood Abuse and Neglect Inventory; CTI: Cuestionario de Trauma Infantil; CTS: Childhood trauma screener;

CS: Controles sanos; DSO: Nivel de disturbios en la auto-organización; ETI- SR: Early Trauma Inventory Self-Report-Short Form; GBB-8: Giessen Subjective Complaints List; PHQ-12: Personal Health Questionnaire; MUS: Síntomas físicos sin explicación médica; SIME: Síntomas físicos inexplicables; SSS- 8: Escala de síntomas somáticos; SSI: Inventario de síntomas somáticos; SII: Síndrome de intestino irritable

4.2 Diferencias por género en la somatización del trauma provocado por la VIF en la infancia

Park et al. (2016) encontraron que el 75,68% de los pacientes con síndrome de intestino irritable (SII) había experimentado eventos adversos en su medio familiar durante la infancia, en contraste con el 59,74% de los sujetos de control, existiendo una mayor vulnerabilidad de las mujeres en la somatización. Por su parte, Alhalal et al. (2018) destacaron que las mujeres somatizan el trauma psicológico con mayor frecuencia que los hombres, manifestando síntomas físicos como dolor crónico o fatiga. Del mismo modo, el hallazgo de Rahal et al. (2020), demostró que el 60,4% de las mujeres con SII reportaron experimentado en el medio familiar producto de la violencia, frente al 41% de los hombres.

Adicionalmente, Kuhar & Zager Kocjan (2022) observaron que las mujeres reportaron un mayor número de "Adverse Childhood Experiences" (ACEs) y una frecuencia superior de síntomas somáticos en la adultez. Específicamente, las mujeres presentaron una media de ACEs de 2.61 (DE = 2.35) y una media de SS de 16.31 (DE = 5.38), mientras que los hombres reportaron una media de ACEs de 2.14 (DE = 2.01) y SS de 13.94 (DE = 4.80).

Dutcher et al. (2024) encontraron que las mujeres mostraron un 21% más de toques en mapas corporales, indicando mayor somatización en comparación con los hombres, indicando una mayor somatización. En particular, se observó que las mujeres tienen un 21% más de toques en la parte frontal (1.21 veces más, IC del 95%: 1.15 a 1.27) y un 23% más en la parte posterior (1.23 veces más, IC del 95%: 1.18 a 1.29) en comparación con los hombres.

También, Piontek et al. (2021) revelaron que las mujeres reportaron más frecuentemente el abuso emocional y sexual, mientras que los hombres reportaron más abuso físico y negligencia tanto física como emocional. Las mujeres reportaron mayores síntomas tal como dolores de cabeza, fatiga, dolores musculares y síntomas gastrointestinales.

Según los hallazgos de Duncan et al (2019), El puntaje promedio de somatización en la escala SCL-90 fue de 15.9 para aquellas expuestas a abuso con penetración, comparado con 13.8 para quienes no sufrieron abuso. Un 24,3% de las personas que sufrieron abuso sexual con penetración presentaron síntomas médicos sin explicación (MUS), una cifra mucho más alta que el 2,7% en personas que no sufrieron abuso. El análisis ajustado mostró que, después de controlar factores de confusión, el abuso sexual con penetración tenía una asociación estadísticamente significativa con

la somatización (AOR = 5.1), lo que sigue indicando un mayor impacto de este tipo de abuso severo, que afecta principalmente a las mujeres, ya que en este estudio 81,1% de quienes sufrieron abuso sexual con penetración eran de sexo femenino.

A continuación, Landa-Blanco et al (2024), en una muestra total de 452 adultos, se encontró que las mujeres reportaron un número significativamente mayor de experiencias adversas en la infancia (ACE) en comparación con los hombres (M=2.35, DE ± 2.29). Las experiencias adversas más prevalentes incluyen el abuso físico (ACE-7) con un 44.69%, la separación/divorcio de los padres (ACE-6) con un 41.81% y vivir con alguien con problemas de alcohol (ACE-2) con un 39.38%. También, ACE-8 (insultos por adultos) fue significativamente reportada por un mayor número de mujeres, con un 39.00% de ellas reportando esta experiencia. La somatización se asoció positivamente con haber vivido con alguien que consumía drogas (ACE-3), haber vivido con alguien deprimido, mentalmente enfermo o suicida (ACE-1), y ser mujer. Además, la edad tuvo un efecto inverso en la somatización, es decir, a mayor edad, menores síntomas somáticos.

Según los resultados de Le et al (2021), al estudiar a 351 participantes, de las cuales el 69% eran mujeres y la edad promedio fue de 39.6 años, hallaron correlaciones significativas entre situaciones adversas en la infancia, ansiedad por apego ($r = 0.41$), la evitación del apego ($r = 0.31$), la ansiedad por la salud ($r = 0.38$) y la severidad de los síntomas ($r = 0.43$). El modelo final reveló que la adversidad infantil tenía un efecto directo sobre la severidad de los síntomas ($\beta = 0.374$, $p = .001$) y un efecto indirecto a través de la ansiedad por apego ($\beta = 0.108$, $p = .001$), mientras que la ansiedad por apego afectaba directamente la ansiedad por la salud ($\beta = 0.149$, $p = .007$) y de manera indirecta a través de la severidad de los síntomas ($\beta = 0.147$, $p = .001$).

Asimismo, en la investigación de Häuser et al (2019), Las mujeres, que representaron el 53.5% de los participantes, reportaron mayores niveles de dolor crónico y síntomas psicológicos que los hombres. Aunque ambos géneros mostraron una relación entre experiencias adversas en la infancia (como abuso y negligencia) y el desarrollo de síntomas somáticos en la adultez, la prevalencia de dolor crónico fue mayor en las mujeres.

En relación a lo hallado por Porcerelli et al (2017), no encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres debido a la muestra desigual, los adultos que sufrieron abuso infantil presentan significativamente más problemas psicológicos y somáticos, además de utilizar más servicios médicos como visitas a urgencias. De forma similar, Anuk & Bahadır (2018), Incluyeron solo mujeres en su estudio. Aquellas con síntomas médicos inexplicables (MUS por sus siglas en inglés) las tasas

de abuso emocional en la infancia (CEA) y abuso físico en la infancia (CPA) fueron significativamente más altas en el grupo de mujeres con síntomas médicos no explicados (MUS) en comparación con los grupos de control ($p < .05$). Las mujeres del grupo MUS expuestas a abuso emocional (EA) y abuso físico (PA) en la infancia mostraron niveles significativamente más altos en la subescala de somatización del BSI (para EA: F 4.296, $p < .05$; para PA: F 9.250, $p < .001$) en comparación con las mujeres de los grupos de control que también experimentaron violencia.

4.3 Principales manifestaciones de somatización en la etapa adulta

Las manifestaciones de somatización en la etapa adulta se caracterizaron por la presencia de síntomas físicos sin una causa médica clara, en especial en aquellos que habían experimentado traumas en la infancia. Park et al. (2016) informaron que los pacientes con síndrome de intestino irritable (SII) presentaron una severidad promedio en los síntomas somáticos de 10,31, en comparación con 2,16 en controles sanos. Los síntomas gastrointestinales, particularmente el dolor abdominal, se presentaron con un puntaje medio de 9,26 en este grupo. Por otro lado, Porcerelli et al. (2017) y Anuk & Bahadır (2018) señalaron que entre las manifestaciones más comunes de somatización se encontraban el dolor crónico, fatiga, trastornos gastrointestinales, y dolores musculares o articulares. Alhalal et al. (2018) añadieron que casi el 50% de las mujeres reportó dolor crónico, además de problemas gastrointestinales y trastornos del sueño como manifestaciones de somatización relacionadas con traumas infantiles.

En relación con el abuso emocional durante la infancia en el medio intrafamiliar, Kealy et al. (2018) hallaron que un aumento en la severidad de este tipo de abuso se asociaba con un incremento en los síntomas somáticos, mediado por la vergüenza. Duncan et al. (2019) también observaron que el 4,9% de los participantes presentó síntomas médicos no explicados (MUS por sus siglas en inglés), siendo el dolor abdominal, de cabeza y en el pecho los más comunes. La prevalencia de dolor crónico fue reportada también por Häuser et al. (2019) quienes hallaron que el 19,1% de los encuestados cumplía con los criterios de dolor crónico no discapacitante, mientras que el 9,5% presentaba dolor crónico discapacitante. Rahal et al. (2020) señalaron que los pacientes con SII tenían una puntuación promedio de 6,8 en síntomas somáticos, en comparación con 2,3 en los controles sanos.

Además, Piontek et al. (2021) destacaron que aquellos que sufrieron maltrato en la infancia reportaron una media de 4,10 síntomas somáticos, en contraste con 3,37 en quienes no habían experimentado dicho maltrato. En este contexto, Le et al. (2021) encontraron que la ansiedad

experimentada en la infancia producto de la violencia intrafamiliar, se correlacionó significativamente con la severidad de los síntomas somáticos, indicando que una mayor ansiedad de apego se asociaba con un mayor nivel de manifestaciones somáticas.

Kuhar y Zager Kocjan (2022) identificaron que la frecuencia de síntomas somáticos se correlacionaba con experiencias adversas en la infancia y disturbios en la auto- organización (DSO), con un coeficiente de correlación de 0.54 ($p < 0.001$). Finalmente, Dutcher et al. (2024) evidenciaron que las áreas de mayor activación negativa por somatización incluían el abdomen y el cuello en la parte frontal del cuerpo, y la parte baja de la espalda y el cuello en la parte posterior, reflejando una tendencia a la somatización en áreas específicas del cuerpo en función de las experiencias de trauma.

4.4 Relación entre el tipo de VIF y la somatización

Park et al. (2016) señalaron que el abuso emocional fue reportado por el 27,03% de las pacientes con SII, mientras que solo el 13,64% de los controles sanos informaron haberlo sufrido. Esta diferencia ($p=0.004$) indica que las mujeres con SII tienen más probabilidades de haber enfrentado este tipo de trauma en comparación con sus contrapartes sanas. El 10,14% de las pacientes con SII mencionaron haber tenido un miembro del hogar encarcelado, frente al 4,55% de los controles ($p=0.019$), lo que también sugiere un mayor riesgo de experiencias adversas en este grupo. un 41.22% de los pacientes con SII reportaron haber experimentado enfermedades mentales en el hogar, en contraste con el 18,18% de los controles sanos, con una diferencia estadísticamente significativa ($p<0.001$). el abuso emocional fue reportado por el 27,03% de las pacientes con SII, mientras que solo el 13,64% de los controles sanos informaron haberlo sufrido. Esta diferencia significativa ($p=0.004$).

Por su parte, Porcerelli et al. (2017) encontraron que las personas que habían sufrido abuso sexual o físico, o una combinación de ambos, tenían un mayor riesgo de desarrollar somatización severa, sugiriendo que estas experiencias adversas impactan negativamente en la salud y física en la adultez. De acuerdo a lo hallado por Piontek et al (2021), el abuso sexual se asoció con un 87% más de probabilidades de recibir un diagnóstico de trastorno somatoforme (odds ratio de 1.87). Además, el número de tipos de violencia intrafamiliar durante la infancia experimentadas se relacionó positivamente con el diagnóstico de trastornos somatoformes, con un coeficiente de 1.22, indicando que, a mayor número de maltratos, mayor es la incidencia de síntomas somáticos.

La investigación de Anuk y Bahadır (2018) también indicó que las mujeres que experimentaron abuso emocional o físico en la infancia mostraron niveles significativamente más altos de somatización en la adultez, siendo el abuso emocional relevante. Alhalal et al. (2018) destacaron que tanto el abuso infantil como la violencia por parte de la pareja incrementaban la probabilidad de desarrollar síntomas como dolor crónico, mediado por trastornos mentales como el TEPT y la depresión.

Además, Duncan et al. (2019) encontraron que aproximadamente uno de cada cuatro individuos que sufrió penetración sexual experimentó MUS, evidenciando un odds ratio (OR) de 11,6, que sugiere un riesgo significativamente mayor de somatización asociado con el abuso sexual en el medio intrafamiliar. Según Dutcher et al (2024), en personas que experimentaron abuso emocional durante la infancia tambien reportaron un aumento notable de contactos no deseados. ($F = 67.3$, $P < 0.001$), lo que indica que quienes experimentaron este tipo de maltrato reportaron una mayor activación negativa. En particular, todos los subtipos de maltrato (abuso emocional, abuso físico, negligencia emocional y negligencia física) mostraron asociaciones positivas con el conteo de toques, sugiriendo que la gravedad del maltrato en la infancia se traduce en un aumento de síntomas somáticos en la vida adulta. La presencia de al menos un tipo de maltrato moderado se correlacionó con un incremento significativo en los toques en ambas partes del cuerpo ($F = 11.7$, $P < 0.001$ para la parte frontal; $F = 6.2$, $P < 0.001$ para la parte posterior), resaltando la relación entre experiencias traumáticas tempranas y su manifestación somática posterior.

A su vez, para Porcerelli et al (2017), encontraron que los pacientes con antecedentes de abuso físico o sexual en el medio familiar, mostraron mayores niveles de somatización, asi como de otros trastornos psiquiátricos, en comparación con aquellos que no experimentaron abusos. Los pacientes que sufrieron tanto abuso físico como sexual presentaron las puntuaciones más altas en somatización. Asimismo, estos pacientes tienden a reportar una peor salud mental y física, un mayor uso de servicios médicos como visitas a emergencias y hospitalizaciones, y son percibidos por los médicos como más difíciles de tratar.

En relación con la negligencia emocional, Kealy et al. (2018) hallaron un efecto indirecto en la severidad de los síntomas somáticos, donde cada aumento en la severidad de la negligencia emocional por parte de los padres, se correlacionó con un incremento en los síntomas somáticos ($ab = 0.06$, $SE = 0.03$, IC del 95% [0.01, 0.14]). Este efecto también fue reportado por Le et al. (2021), quienes encontraron que la violencia intrafamiliar tenía un impacto directo e indirecto en la

severidad de los síntomas en la adultez, adultez (βindirecto = 0.823, p = .001 y βdirecto = 0.065, p = .244). La presencia de violencia intrafamiliar se asocia con un aumento en la ansiedad de apego, lo que contribuye a la somatización. De los participantes, un 62% reportó haber enfrentado adversidades en su infancia, lo que subraya la conexión entre experiencias traumáticas en la infancia y problemas de salud mental en la etapa adulta.

Para Kealy et al (2018), la negligencia emocional tuvo un efecto indirecto con un aumento de 0.06 desviaciones estándar en la severidad de los síntomas somáticos por cada aumento en la severidad de la negligencia emocional (ab = 0.06, SE = 0.03, IC del 95% [0.01, 0.14]). El abuso emocional y el abuso sexual en la infancia muestran correlaciones positivas y significativas con los síntomas somáticos en la adultez. Específicamente, se encontró que la vergüenza mediaba la relación entre el abuso emocional y la somatización, mientras que la culpa no desempeñó un papel significativo en esta mediación. En contraste, el abuso físico y la negligencia física no mostraron ninguna asociación significativa con los síntomas somáticos.

Según Rahal et al (2020), los individuos que experimentaron eventos adversos tempranos, como el abuso físico o emocional, tienen un mayor riesgo de desarrollar condiciones como el síndrome del intestino irritable y otros trastornos relacionados con la ansiedad. Por ejemplo, el estudio indica que aquellos con una mayor puntuación en el "Early Trauma Inventory" también presentaron síntomas más severos de IBS y ansiedad, con puntuaciones medias de 2.7 para el trauma general.

De acuerdo con los hallazgos de Häuser et al (2019), los síntomas somáticos a menudo se asocian con experiencias de abuso emocional, físico y negligencia durante la infancia, donde el 64,7% de los participantes reportó haber sufrido algún tipo de abuso emocional. Los datos indican que aquellos que experimentaron múltiples adversidades infantiles tienen un mayor riesgo de desarrollar dolor crónico en la adultez, con un aumento en el riesgo de artritis en un 27% y un riesgo aún mayor (44%) en aquellos que sufrieron tres o más adversidades.

Alhalal et al (2018), encontraron que tanto la severidad de la violencia intrafamiliar como el abuso infantil tienen un impacto en la somatización, específicamente en la intensidad del dolor crónico. Aunque no se encontraron efectos directos entre la severidad de la violencia o el abuso y el dolor crónico, ambos tipos de maltrato influyeron indirectamente a través de síntomas de TEPT y depresión. Por ejemplo, la severidad de la VIF tuvo un efecto positivo directo en los síntomas de TEPT (β = 0.360) y de depresión (β = 0.417), y estos síntomas a su vez mediaron el impacto de la

violencia y el abuso en la severidad del dolor crónico. La depresión fue un mediador más fuerte que el TEPT, con un coeficiente de B = 0.426 frente a B = 0.206, respectivamente.

Finalmente, Kuhar y Zager Kocjan (2022) evidenciaron que las experiencias de violencia intrafamiliar durante la infancia estaban asociadas con un aumento en la frecuencia de síntomas somáticos en la adultez. Las personas que reportan un mayor número de ACEs tienden a tener un aumento en la frecuencia de síntomas somáticos, con un coeficiente de correlación de 0.32 ($p < 0.001$) entre el puntaje de ACE y DSO. Además, el efecto indirecto del puntaje de ACE sobre la frecuencia de SS se estimó que representaba el 53.3% del efecto total, indicando que el DSO actúa como un mediador en esta relación. Los datos de Landa-Blanco et al. (2024) corroboraron que el número de experiencias adversas infantiles se correlacionó positivamente con la somatización ($r=0.38$, $p<.001$) y con el deterioro en la salud autoinformada. Específicamente, vivir con alguien que sufre de problemas mentales (ACE-1) y ser víctima de abuso físico (ACE-7) tienen una relación significativa con la somatización en la etapa adulta.

5 DISCUSIÓN

5.1 Somatización y género

Los estudios revisados expresaron en sus hallazgos la diferencia entre la somatización experimentada por hombres y mujeres, siendo estas últimas quienes tienden a somatizar el trauma con mayor frecuencia que los hombres. En conjunto, los estudios demuestran que las mujeres tienen una mayor predisposición a la somatización en comparación con los hombres, especialmente cuando han experimentado eventos adversos durante la infancia, como el abuso emocional, físico y sexual (Alhalal et al., 2018; Kuhar & Zager Kocjan, 2022; Rahal et al., 2020; Piontek et al., 2021; Landa-Blanco et al., 2024; Häuser et al., 2019). Las mujeres tienden a manifestar síntomas físicos como dolor crónico, fatiga y síntomas gastrointestinales en mayor medida, influenciadas por traumas tempranos y factores psicológicos como la ansiedad por apego (Le et al., 2021). Además, las investigaciones muestran que las experiencias adversas en la infancia están asociadas tanto con la somatización como con el uso de servicios médicos (Porcerelli et al., 2017), siendo entre todas las modalidades de violencia intrafamiliar, el abuso sexual con penetración uno de los factores más severos (Duncan et al., 2019).

Se respalda la hipótesis en relación con la mayor prevalencia de somatización en mujeres que durante su infancia experimentaron violencia intrafamiliar. Sin embargo, esto no significa que la carga de síntomas somáticos en hombres sea nula o no se deba tener en consideración, ya que, tal como estableció Atasoy et al. (2022), los hombres en general presentan peor salud en relación a la exposición a factores de riesgo psicosociales, pero las mujeres expresan mayor carga de síntomas somáticos de grado severo. La literatura nos muestra diferencias destacadas en relación con estas diferencias. El primer caso lo observamos en el estudio de Atasoy et al. (2022) anteriormente mencionado, quienes, tras estudiar a 5679 mujeres y 5861 hombres, encontraron que las primeras tienden a presentar cargas muy altas de síntomas somáticos (7.3% frente a 5.7% en hombres), mientras que los hombres presentaron una carga alta de síntomas somáticos (29% en hombres frente a 25,9% en mujeres). A continuación, un estudio de corte transversal realizado por van Geelen et al. (2015), informó que, entre adolescentes, las de sexo femenino informaron problemas relacionados con síntomas somáticos. Y, por último, un estudio realizado por Cao et al. (2020), no encontró diferencias de género. Estas diferencias pueden deberse a que los estudios no exploraron la somatización en relación a una situación en concreto, a diferencia de las investigaciones incluidas dentro de este estudio, lo cual podría sugerirnos pistas en relación a las diferencias de género en VIF sufrida durante la infancia y sus futuras consecuencias.

5.2 Somatización en la etapa adulta

Los estudios coinciden en destacar la presencia de síntomas físicos sin una causa médica clara que se encuentran muy presentes en personas que han sufrido traumas en la infancia, tal como sostuvo la hipótesis planteada. Park et al. (2016) y Rahal et al. (2020) subrayaron que los pacientes con SII, reportaron una mayor del dolor abdominal, en comparación con los controles sanos con puntajes bajos de somatización. Esto coincide con el estudio de Shiha et al. (2021), donde unas 567 personas de un total de 1329 fueron diagnosticadas con algún trastorno funcional del intestino, entre estos, al comparar aquellos individuos con y sin trastornos funcionales, quienes tenían síntomas gastrointestinales presentaron niveles más altos de somatización y angustia psicológica.

Además, el dolor crónico, la fatiga y los trastornos musculoesqueléticos fueron mencionados por Porcerelli et al. (2017) y Anuk & Bahadır (2018) como manifestaciones comunes de la somatización en individuos que experimentaron VIF. Además, Alhalal et al. (2018) también aportan con lo ya señalando, mencionando que casi la mitad de las mujeres con antecedentes de trauma infantil reportaron dolor crónico y problemas gastrointestinales. Esto coincide con lo mencionado por Gilbert et al. (2015), al experimentar eventos adversos durante la infancia, aumenta el riesgo de salud física en la adultez, incluyendo el desarrollo de enfermedades crónicas.

La investigación de Kealy et al. (2018) y Duncan et al. (2019) también subrayaron la relación entre el abuso emocional infantil y el aumento de síntomas somáticos, donde la vergüenza y los síntomas médicos inexplicados juegan un papel relevante. Asimismo, Piontek et al. (2021) y Le et al. (2021) enfatizan que el maltrato y la ansiedad por apego en la infancia están relacionados con una mayor prevalencia y severidad de síntomas somáticos en la adultez. El abuso sexual en el medio familiar ha sido predictor importante de síntomas físicos sin explicación médica (Bonvanie et al., 2015). Esto puede deberse al estrés generado a partir de ese evento, en los casos mencionados, el trauma emocional y las dificultades en el apego pueden generar respuestas psicológicas que se manifiestan como síntomas físicos en la vida adulta

Finalmente, estudios como los de Kuhar y Zager Kocjan (2022) y Dutcher et al. (2024) identifican correlaciones claras entre experiencias adversas en la infancia y disturbios en la autoorganización, lo que incrementa la frecuencia de síntomas somáticos de acuerdo con los instrumentos usados para su medición. La activación corporal en zonas específicas, como el abdomen, cuello y espalda baja, observada por Dutcher et al. (2024), refleja cómo el trauma se somatiza de forma recurrente

en áreas clave del cuerpo. Estos hallazgos refuerzan la relación entre el trauma infantil y las manifestaciones somáticas en la etapa adulta.

5.3 Tipo de VIF y somatización

La somatización también está relacionada con la naturaleza del abuso sufrido. El abuso emocional, se ha asociado con síntomas gastrointestinales (Park et al, 2016) y altos puntajes de somatización de acuerdo a las escalas de medición usadas (Anuk y Bahadri, 2018; Kealy et al, 2018), los cuales fueron mayores cuando la VIF implicaba abuso sexual (Dutcher et al, 2024). La negligencia en especial tuvo relación con aumento de síntomas como la fatiga y dolores difusos (Kelay et al, 2018; Le et al, 2018). Según la literatura, las situaciones de abuso en la infancia son predictores de puntuaciones altas de cualquier tipo de trastorno en la adultez en comparación con aquellos que no experimentaron estas circunstancias durante la infancia (Švecová et al., 2023). Esto implica

A continuación, se encontró que el maltrato físico dentro del ambiente familiar, se asoció con manifestaciones de dolor crónico, malestar general y visitas frecuentes a servicios médicos debido a síntomas físicos sin explicación (Porcerelli et al, 2018; Landa- Blanco et al, 2024; Alhalal et al, 2018; Landa-Blanco et al, 2024; Kuhar y Zager et al, 2022) o enfermedades como artritis (Häuser et al, 2019). Del mismo modo, cuando la VIF incluía violencia sexual, se encontró mayor prevalencia de dolor inexplicado, asi como disfunciones gastrointestinales y problemas crónicos de salud (Porcerelli et al, 2017; Piontek et al, 2021; Duncan et al, 2019).

Esto puede deberse a que el trauma infantil producto de la VIF se relaciona con la evitación experiencial, la cual, a su vez, se vincula a mayores niveles de somatización (Kroska et al., 2018). Se ha encontrado tambien una asociación positiva entre el trauma que surge en la infancia y los síntomas somáticos, siendo el maltrato emocional y sexual los que mayor generan síntomas físicos (Eilers et al., 2023).

5.4 Limitaciones de los hallazgos

La mayoría de los estudios incluidos en esta revisión fueron de tipo transversal, lo que limita la capacidad de analizar el fenómeno en su evolución. Este enfoque es complejo, ya que requeriría un seguimiento prolongado.

Además, la heterogeneidad de las poblaciones impidió el uso de un único instrumento de medición, lo que podría provocar variaciones en los resultados debido a los diferentes puntos de corte de las escalas utilizadas.

5.5 Limitaciones del estudio y futuras líneas de investigación.

Las limitaciones reconocidas dentro de esta revisión incluyen, en primera instancia, que no han sido revisadas todas las bases de dato existentes, a lo cual se pudo pasar por alto una investigación publicada en alguna de estas. De manera similar, al incluir solo dos idiomas y excluir artículos de pago, se estarían dejando por fuera algunos estudios que pudieran ser de utilidad para esta investigación.

En vista de los hallazgos reunidos en esta revisión, se encuentra necesario que en la práctica clínica se consideren las diferencias de género en los síntomas de somatización, teniendo en cuenta que, en mayor proporción, las mujeres suelen estar más expuestas a ciertos tipos de VIF que desencadenan síntomas físicos sin explicación médica con mayor frecuencia. Es fundamental realizar evaluaciones completas en las consultas acerca de la historia de trauma infantil en pacientes con síntomas sin explicación, así como aquellos con dolores crónicos y con visitas frecuentes a centros de salud por síntomas aislados.

Como futuras líneas de investigación, se sugiere realizar estudios que determinen directamente los factores que influyen en las diferencias de género en la somatización física, así como el desarrollo y puesta en práctica de programas de intervención que ayuden a los pacientes a identificar las causas psicológicas de su malestar físico para aprender a gestionarlas, de la mano de un profesional calificado de la salud mental. Además, se encontró que existe la necesidad de centrarse en metodologías longitudinales que permitan analizar la evolución del fenómeno en el tiempo. Esto proporcionaría información sobre las dinámicas temporales y los factores de cambio que los estudios transversales no pueden captar. Para reducir la heterogeneidad en la medición, futuras investigaciones podrían enfocarse en la validación y estandarización de un único instrumento que sea aplicable a diversas poblaciones, así como investigar en subgrupos de población homogéneos ayudaría a reducir la variabilidad y a obtener resultados más precisos.

6 CONCLUSIONES

1. La VIF experimentada en la infancia influye directamente en los síntomas de somatización física.
2. Las mujeres somatizan el trauma VIF con mayor frecuencia que los hombres, mostrando una mayor vulnerabilidad a desarrollar síntomas físicos relacionados con experiencias adversas en la infancia.
3. Las manifestaciones de somatización en adultos incluyen dolor crónico, fatiga y trastornos gastrointestinales, con un notable impacto en la calidad de vida.
4. Existen relaciones entre los tipos de VIF experimentados y la somatización, evidenciando que experiencias de abuso emocional, físico y negligencia están asociadas con un aumento en la severidad de los síntomas somáticos en la adultez.

7 BIBLIOGRAFÍA

Alhalal, E., Ford-Gilboe, M., Wong, C., & AlBuhairan, F. (2018). Factors mediating the impacts of child abuse and intimate partner violence on chronic pain: a cross-sectional study. *BMC Women's Health*, *18*(1), 160. https://doi.org/10.1186/s12905-018-0642-9

ALHosni, F., Al Qadire, M., Omari, O. Al, Al Raqaishi, H., & Khalaf, A. (2023). Symptom prevalence, severity, distress and management among patients with chronic diseases. *BMC Nursing*, *22*(1), 155. https://doi.org/10.1186/s12912-023-01296-8

American Psychiatric Association - APA. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-5* (5ta Edición). Editorial Médica Panamericana.

Anuk, D., & Bahadır, G. (2018). The association of experience of violence and somatization, depression, and alexithymia: a sample of women with medically unexplained symptoms in Turkey. *Archives of Women's Mental Health*, *21*(1), 93–103. https://doi.org/10.1007/s00737-017-0762-5

Atasoy, S., Hausteiner-Wiehle, C., Sattel, H., Johar, H., Roenneberg, C., Peters, A., Ladwig, K.-H., & Henningsen, P. (2022). Gender specific somatic symptom burden and mortality risk in the general population. *Scientific Reports*, *12*(1), 15049. https://doi.org/10.1038/s41598-022-18814-4

Bernáldez-Jaimes, G. B., Oudhof-van-Barneveld, J., Robles-Estrada, E., & Domínguez-Espinosa, A. del C. (2020). Variables que inciden en el trastorno de síntomas somáticos: un modelo de regresión logística. *Duazary*, *17*(4), 33–45. https://doi.org/10.21676/2389783X.3598

BIREME / OPS / OMS. (2017). *Descriptores en Ciencias de la Salud: DeCS*. https://decs.bvsalud.org/E/homepagee.htm

Blom, N., Fadeeva, A., & Barbosa, E. C. (2023). The Concept and Measurement of Violence and Abuse in Health and Justice Fields: Toward a Framework Aligned with the UN Sustainable Development Goals. *Social Sciences*, *12*(6), 316. https://doi.org/10.3390/socsci12060316

Bonvanie, I. J., van Gils, A., Janssens, K. A. M., & Rosmalen, J. G. M. (2015). Sexual abuse predicts functional somatic symptoms: An adolescent population study. *Child Abuse & Neglect*, *46*, 1–7. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2015.06.001

Bornhauser, N., Bruning, M., & Ramírez, L. (2012). Violence and Subjectivity. *Límite*, *7*, 97–110. http://www.redalyc.org/redalyc/pdf/101/10102003.pdf

Cao, J., Wei, J., Fritzsche, K., Toussaint, A. C., Li, T., Jiang, Y., Zhang, L., Zhang, Y., Chen, H., Wu, H., Ma, X., Li, W., Ren, J., Lu, W., Müller, A.-M., & Leonhart, R. (2020). Prevalence of DSM-5 somatic symptom disorder in Chinese outpatients from general hospital care. *General Hospital Psychiatry*, *62*, 63–71. https://doi.org/10.1016/j.genhosppsych.2019.11.010

Cevallos Cárdenas, K. J., Viteri Rojas, A. M., Valencia Cevallos, A. S., & Rodríguez Jaramillo, M. D. C. (2022). La violencia intrafamiliar. Definición y consecuencias. *RECIMUNDO*, *6*(4), 384–397. https://doi.org/10.26820/recimundo/6.(4).octubre.2022.384-397

CIE- 11. (2022). *CIE-11 para estadísticas de mortalidad y morbilidad*. Trastornos Debidos al Consumo de Sustancias. https://icd.who.int/browse11/l-m/es#/http%3a%2f%2fid.who.int%2ficd%2fentity%2f590211325

Cruz, C. (2018). La histeria moderna: Parte IV: Evolución de criterios diagnósticos del Trastorno por somatización. *Psiquiatría y Salud Mental*, *XXXV*, 141–151.

Dokkedahl, S. B., Kirubakaran, R., Bech-Hansen, D., Kristensen, T. R., & Elklit, A. (2022). The psychological subtype of intimate partner violence and its effect on mental health: a systematic review with meta-analyses. *Systematic Reviews*, *11*(1), 163. https://doi.org/10.1186/s13643-022-02025-z

Duncan, R., Mulder, R., Wilkinson, S. H., & Horwood, J. (2019). Medically Unexplained Symptoms and Antecedent Sexual Abuse: An Observational Study of a Birth Cohort. *Psychosomatic Medicine*, *81*(7), 622–628. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000000726

Dutcher, E. G., Verosky, S. C., Mendes, W. B., & Mayer, S. E. (2024). Localizing somatic symptoms associated with childhood maltreatment. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *121*(19). https://doi.org/10.1073/pnas.2318128121

Eilers, H., aan het Rot, M., & Jeronimus, B. F. (2023). Childhood Trauma and Adult Somatic Symptoms. *Psychosomatic Medicine*, *85*(5), 408–416. https://doi.org/10.1097/PSY.0000000000001208

Gilbert, L. K., Breiding, M. J., Merrick, M. T., Thompson, W. W., Ford, D. C., Dhingra, S. S., & Parks, S. E. (2015). Childhood Adversity and Adult Chronic Disease. *American Journal of Preventive Medicine*, *48*(3), 345–349. https://doi.org/10.1016/j.amepre.2014.09.006

Häuser, W., Brähler, E., Schmutzer, G., & Glaesmer, H. (2019). The association of adverse childhood experiences and of resilience with chronic noncancer pain in the German adult population – A

cross-sectional survey. *European Journal of Pain*, *23*(3), 555–564. https://doi.org/10.1002/ejp.1329

Henningsen, P. (2018). Management of somatic symptom disorder. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, *20*(1), 23–31. https://doi.org/10.31887/DCNS.2018.20.1/phenningsen

Herskovic, V., & Matamala, M. (2020). Somatización, ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes*, *31*(2), 183–187. https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.006

Höglund, P., Hakelind, C., & Nordin, S. (2020). Severity and prevalence of various types of mental ill-health in a general adult population: age and sex differences. *BMC Psychiatry*, *20*(1), 209. https://doi.org/10.1186/s12888-020-02557-5

Iborra, I., & Sanmartin, J. (2011). ¿Cómo clasificar la violencia? Taxonomía según Sanmartín. *Criminología y Justicia*, *1*, 22–31.

INE. (2024). *Instituto Nacional de Estadística*. Estadística de Violencia Doméstica y Violencia de Género (EVDVG). Año 2023.

Irizarry Justiniano, W., & Rivero Méndez, M. (2018). Post-traumatic stress disorder in women victim of domestic violence: An Integrative Review of Literature. *Nure Investigación*, *15*(95), 1–17.

Juan Santiago Serna-Trejos. (2022). Epidemiological perspective of gender and domestic violence in Colombia, 2022. *Arch Méd Camagüey*, *27*.

Kealy, D., Rice, S. M., Ogrodniczuk, J. S., & Spidel, A. (2018). Childhood trauma and somatic symptoms among psychiatric outpatients: Investigating the role of shame and guilt. *Psychiatry Research*, *268*, 169–174. https://doi.org/10.1016/j.psychres.2018.06.072

Kroska, E. B., Roche, A. I., & O'Hara, M. W. (2018). Childhood Trauma and Somatization: Identifying Mechanisms for Targeted Intervention. *Mindfulness*, *9*(6), 1845–1856. https://doi.org/10.1007/s12671-018-0927-y

Kuhar, M., & Zager Kocjan, G. (2022). Adverse childhood experiences and somatic symptoms in adulthood: A moderated mediation effects of disturbed self-organization and resilient coping. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, *14*(8), 1288–1298. https://doi.org/10.1037/tra0001040

Kurlansik, S. L., & Maffei, M. S. (2016). Somatic Symptom Disorder. *American Family Physician*, *93*(1), 49–54.

Lanchimba, C., Díaz-Sánchez, J. P., & Velasco, F. (2023). Exploring factors influencing domestic violence: a comprehensive study on intrafamily dynamics. *Frontiers in Psychiatry*, *14*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2023.1243558

Landa-Blanco, M., Vásquez, G., Portillo, G., Sproviero, F., & Echenique, Y. (2024). The impact of adverse childhood experiences on mental health, sexual risk behaviors, and alcohol consumption in adulthood. *Frontiers in Psychiatry*, *15*. https://doi.org/10.3389/fpsyt.2024.1352824

Le, T. L., Geist, R., Bearss, E., & Maunder, R. G. (2021). Childhood adversity and attachment anxiety predict adult symptom severity and health anxiety. *Child Abuse & Neglect*, *120*, 105216. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105216

Löwe, B., Levenson, J., Depping, M., Hüsing, P., Kohlmann, S., Lehmann, M., Shedden-Mora, M., Toussaint, A., Uhlenbusch, N., & Weigel, A. (2022). Somatic symptom disorder: a scoping review on the empirical evidence of a new diagnosis. *Psychological Medicine*, *52*(4), 632–648. https://doi.org/10.1017/S0033291721004177

Luna, C. E. (2019). Five Sociological Premises about Violence. *Sociológica*, *34*(97), 329–350.

Mª. del Carmen Fernández Alonso, Sonia Herrero Velázquez, Francisco Buitrago Ramírez, Ramon Ciurana Misol, Levy Chocron Bentata, Javier García Campayo, Carmen Montón Franco, Mª. J. Redondo Granado, & Jorge L. Tizón García. (2003). *Violencia Doméstica*. www.msc.es

Margolin, G., & Vickerman, K. A. (2007). Posttraumatic stress in children and adolescents exposed to family violence: I. Overview and issues. *Professional Psychology: Research and Practice*, *38*(6), 613–619. https://doi.org/10.1037/0735-7028.38.6.613

Martínez Pacheco, A. (2016). La violencia: conceptualización y elementos para su estudio. *Política y Cultura*, *46*, 7–31. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26748302002

Mayor, S., & Alberto Pérez, C. (2019). Intrafamily violence. A current health problem. *Gaceta Médica Espirituana*, *1*(21), 96–05. http://revgmespirituana.sld.cu

Methley, A. M., Campbell, S., Chew-Graham, C., McNally, R., & Cheraghi-Sohi, S. (2014). PICO, PICOS and SPIDER: a comparison study of specificity and sensitivity in three search tools for qualitative

systematic reviews. *BMC Health Services Research*, *14*(1), 579. https://doi.org/10.1186/s12913-014-0579-0

Moher, D., Liberati, A., Tetzlaff, J., & Altman, D. G. (2010). Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: The PRISMA statement. *International Journal of Surgery*, *8*(5), 336–341. https://doi.org/10.1016/j.ijsu.2010.02.007

Muñoz, H. (2009). Somatización: consideraciones diagnósticas Somatization: diagnostic considerations. *Revista Med*, *17*, 55–64.

National Center for Biotechnology Information. (2022). *National Library of Medicine*. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/

Oliveira de Jesus Lima, C. C., Dias Martins, R., Pereira Gomes, N., Araújo da Cruz, M., Rebouças Gomes, N., Kemyly Assis da Silva, K., & Mallagutti Corrêa, R. (2022). VIOLENCIA INTRAFAMILIAR PRESENCIADA Y EXPERIMENTADA POR ESTUDIANTES ADOLESCENTES. *Cogitare Enfermagem*, *27*, 1–13. https://doi.org/10.5380/ce.v27i0.87296

Park, S. H., Videlock, E. J., Shih, W., Presson, A. P., Mayer, E. A., & Chang, L. (2016). Adverse childhood experiences are associated with irritable bowel syndrome and gastrointestinal symptom severity. *Neurogastroenterology & Motility*, *28*(8), 1252–1260. https://doi.org/10.1111/nmo.12826

Piontek, K., Wiesmann, U., Apfelbacher, C., Völzke, H., & Grabe, H. J. (2021). The association of childhood maltreatment, somatization and health-related quality of life in adult age: Results from a population-based cohort study. *Child Abuse & Neglect*, *120*, 105226. https://doi.org/10.1016/j.chiabu.2021.105226

Porcerelli, J. H., Jones, J. R., Klamo, R., & Heeney, R. (2017). Childhood abuse in adults in primary care: Empirical findings and clinical implications. *The International Journal of Psychiatry in Medicine*, *52*(3), 265–276. https://doi.org/10.1177/0091217417730290

Rahal, H., Videlock, E. J., Icenhour, A., Shih, W., Naliboff, B., Gupta, A., Mayer, E. A., & Chang, L. (2020). Importance of trauma-related fear in patients with irritable bowel syndrome and early adverse life events. *Neurogastroenterology & Motility*, *32*(9). https://doi.org/10.1111/nmo.13896

Rodríguez, A. (2019). Violencia intrafamiliar y colectivos especialmente vulnerables: menores y ancianos. Apuntes desde un enfoque interdisciplinar. *Revista Internacional de Doctrina y Jurisprudencia*, *19*. https://doi.org/10.25115/ridj.v0i19.2196

Shiha, M. G., Asghar, Z., Thoufeeq, M., Kurien, M., Ball, A. J., Rej, A., Tai, F. W. D., Afify, S., & Aziz, I. (2021). Increased psychological distress and somatization in patients with irritable bowel syndrome compared with functional diarrhea or functional constipation, based on Rome IV criteria. *Neurogastroenterology & Motility*, *33*(10). https://doi.org/10.1111/nmo.14121

Švecová, J., Furstova, J., Kaščáková, N., Hašto, J., & Tavel, P. (2023). The effect of childhood trauma and resilience on psychopathology in adulthood: Does bullying moderate the associations? *BMC Psychology*, *11*(1), 230. https://doi.org/10.1186/s40359-023-01270-8

van Geelen, S. M., Rydelius, P.-A., & Hagquist, C. (2015). Somatic symptoms and psychological concerns in a general adolescent population: Exploring the relevance of DSM-5 somatic symptom disorder. *Journal of Psychosomatic Research*, *79*(4), 251–258. https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2015.07.012

Veloz Serrade, J., & Lorenzo Ruiz, A. (2016). La somatización: Desde una mirada psicosocial a los estudios de la personalidad. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, *19*(4), 1443–1465. www.revistas.unam.mx/index.php/repiwww.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psiclin

Walker-Descartes, I., Mineo, M., Condado, L. V., & Agrawal, N. (2021). Domestic Violence and Its Effects on Women, Children, and Families. *Pediatric Clinics of North America*, *68*(2), 455–464. https://doi.org/10.1016/j.pcl.2020.12.011