

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**ASOCIACIÓN DE LA VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA Y
ALEXITIMIA EN GESTANTES DE DOS HOSPITALES DEL
CUSCO, 2025**

PRESENTADO POR:

Br. ANA CLAUDIA SANTANDER CAHUANTICO

**PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

ASESOR

Dr. JORGE LUIS CABEZAS LÍMACO

CUSCO - PERÚ

2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, Asesor del trabajo de investigación/tesis titulada: Asociación de la violencia de pareja Intima y alexitimia en gestantes de dos hospitales del Cusco, 2025.

Presentado por: Ana Claudia Santander Cahuatico DNI N° 73083924

presentado por: DNI N°:

Para optar el título profesional/grado académico de Medico Cirujano

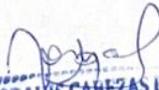
Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 01 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 5%.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto las primeras páginas del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 27 de JUNIO de 2025


JORGE LUIS CABEZAS LIMACO
MEDICO PSIQUIATRA
C.M.P. 2864 - R.N.E. 18144
Firma

Post firma Jorge Luis Cabezas Limaco

Nro. de DNI 73903098

ORCID del Asesor 0000-0002-0823-3146

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: oid: 27259:466390217

Ana Claudia Santander Cahuatico

Asociación de la violencia de pareja íntima y alexitimia en gestantes de dos hospitales del Cusco, 2025

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega
trn:oid::27259:466390217

Fecha de entrega
11 jun 2025, 6:35 p.m. GMT-5

Fecha de descarga
11 jun 2025, 6:41 p.m. GMT-5

Nombre de archivo
T_Ana Santander Cahuatico_Tesis Pregrado.pdf

Tamaño de archivo
6.2 MB

90 Páginas

18.095 Palabras

100.787 Caracteres


JORGE LUIS CABEZAS LIMACO
MEDICO PSQUIATRA
C.M.P. 29644 - R.N.E. 18144

5% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- Bibliografía
- Texto citado
- Texto mencionado
- Coincidencias menores (menos de 20 palabras)

Fuentes principales

- 4%  Fuentes de Internet
- 0%  Publicaciones
- 2%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.


JORGE A. CABEZAS LIMACO
MEDICO PSIQUIATRA
C.M.P. 29644 - R.N.E. 16144

Agradecimiento

A Dios, fuente de sabiduría y fortaleza, le agradezco profundamente por ser luz constante en mi camino. Por concederme salud, discernimiento y la posibilidad de alcanzar mis objetivos, incluso en los momentos más difíciles. Por rodearme del amor incondicional de mi familia y brindarme la resiliencia necesaria para culminar esta etapa tan significativa de mi vida.

Al Dr. Jorge Luis Cabezas Límaco, asesor de la presente tesis, expreso mi especial gratitud por su acompañamiento paciente, su orientación precisa y su apoyo constante durante todo este proceso. Su compromiso académico, generosidad para compartir el conocimiento y capacidad para motivarme han sido fundamentales para la culminación exitosa de este trabajo.

Asimismo, deseo manifestar mi sincero reconocimiento a mis maestros de la Facultad de Medicina Humana, quienes dejaron una huella imborrable en mi formación profesional. Agradezco profundamente al Dr. Victor Hugo Arias, Dr. Franklin Miranda, Dr. Noé Atamari, Dr. Joel Sack Roque, Dra. Roxana Quispe, Dr. Víctor de Carpio y Dr. Miguel Nieto. Cada uno de ellos, con su vocación, experiencia, exigencia académica y calidad humana, me inspiraron a seguir formándome con responsabilidad, entrega y compromiso, no solo como futura médica, sino también como investigadora.

De manera muy especial, agradezco al Dr. Maycol Suker Ccorahua, quien me acompañó de forma incondicional durante todo este camino, brindándome sugerencias oportunas, ánimo constante y una guía generosa que fue clave en los momentos más desafiantes.

Gracias a su guía y al ejemplo que me brindaron, pude fortalecer mis competencias científicas y clínicas, pero también reafirmar el sentido ético y humano que debe acompañar siempre al ejercicio de la medicina.

Dedicatoria

Dedico este trabajo con profundo agradecimiento a todos quienes, con su apoyo, experiencia, comprensión y motivación, han sido parte fundamental en esta etapa de mi vida.

A mi madre, Nely Cahuatico Ccasa, por su amor incondicional, sus enseñanzas, su fortaleza y por haberme guiado en el camino de la fe. Su ejemplo ha sido la base sobre la cual he construido mis sueños y valores. A mis hermanos, Víctor Manuel y Alejandro Joaquin, por su constante apoyo, confianza y por ser fuente de inspiración en los momentos de desafío.

A mi querida familia, tíos y primos, quienes siempre estuvieron presentes con palabras de ánimo, consejos sabios y cariño sincero. De manera especial, a quien en paz descansa: Mi querido tío Víctor Hugo, gracias por confiar en mí y por darle significado a mi existencia.

A Maycol Suker, con especial gratitud, por llenar mis días de alegría, acompañarme con amor y ser mi apoyo constante. Extiendo mi agradecimiento a sus padres y hermanos, por brindarme su afecto, confianza y respaldo en los momentos que más necesité.

A todos mis maestros, por alentar mi esfuerzo, ser fuente de inspiración y compartir generosamente sus conocimientos, tanto en las aulas universitarias como en la práctica hospitalaria. A mi mentor, Dr. Joel Sack Roque, por sus enseñanzas, motivación e inspiración de seguir el camino de la investigación científica como parte esencial de mi desarrollo profesional.

Finalmente, a mis entrañables amigos, por su compañía en los momentos felices y en los más difíciles, por su escucha generosa y sus palabras de aliento. A Jonyer, Donna, Leonardo, John y Shirly, por su apoyo incondicional, y a Esther, Vanessa y Yakelin, cuya amistad transformó mi paso por la universidad en una experiencia profunda e inolvidable, que atesoro con sincero cariño y gratitud.

Ana Claudia

JURADO A:

- M.C. VICTOR HUGO ARIAS CHAVEZ
- MGT. MIGUEL ANGEL NIETO MURIEL
- M.C. VICTOR ALFREDO DEL CARPIO YAÑEZ

JURADO B:

- M.C. VICTOR HUGO ARIAS CHAVEZ
- MGT. ROXANA ISABEL QUISPE CHALCO
- MGT. FRANKLIN MIRANDA SOLIS

CONTENIDO

INTRODUCCIÓN	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	10
1.1. Fundamentación del problema	10
1.2. Antecedentes teóricos	12
1.3. Formulación del problema	18
1.3.1. Problema general	18
1.3.2. Problemas específicos	18
1.4. Objetivos de la investigación	19
1.4.1. Objetivo general	19
1.4.2. Objetivos específicos	19
1.5. Justificación de la investigación	19
1.6. Limitaciones de la investigación	21
1.7. Aspectos éticos	22
CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL	23
2.1. Marco teórico	23
2.1.1. Alexitimia	23
2.1.2. Violencia de pareja intima (VPI)	28
2.1.3. Asociación de violencia de pareja íntima y alexitimia	41
2.1.4. Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)	42
2.1.5. Escala Woman Abuse Screening Tool (WAST)	42
2.2. Definición de términos básicos	43
2.3. Hipótesis	44
2.3.1. Hipótesis general	44
2.3.2. Hipótesis específicas	44
2.4. Variables	45
2.5. Definiciones operacionales	46
CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACIÓN	53
3.1. Tipo de investigación	53
3.2. Diseño de la investigación	53
3.3. Población y muestra	54

3.3.1.	Descripción de la población	54
3.3.2.	Criterios de inclusión y exclusión	54
3.3.3.	Tamaño de muestra y método de muestreo	54
3.4.	Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos	56
3.4.1.	Técnicas	56
3.4.2.	Instrumentos	57
3.4.3.	Procedimientos de recolección de datos	57
3.5.	Plan de análisis de datos	58
CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES		60
4.1.	Resultados	60
4.1.1.	Análisis univariado	60
4.1.2.	Análisis bivariado	62
4.1.3.	Análisis multivariado	64
4.2.	Discusión	65
4.3.	Conclusiones	72
4.4.	Sugerencias	73
PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO		75
CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES		76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		77
ANEXOS:		86
ANEXO 1.-	Matriz de consistencia	86
ANEXO 2.-	Consentimiento informado	92
ANEXO 3.-	Instrumento de investigación	93
ANEXO 4.-	Documentos de autorización para ejecución del proyecto	95

INTRODUCCIÓN

La violencia de pareja íntima constituye un grave problema de salud pública debido a su alta prevalencia y a sus consecuencias negativas sobre la salud de las víctimas (1). En el Perú, pese a los esfuerzos gubernamentales dirigidos a su erradicación, los niveles de VPI siguen siendo preocupantes, especialmente en regiones como Cusco, donde los niveles superan la media nacional (2,3). Esta situación constituye no solo un desafío constante para el sistema de salud nacional, sino también una preocupación global enmarcada en los Objetivos de Desarrollo Sostenible, que abogan por la equidad de género y la erradicación de toda forma de violencia contra las mujeres (4,5).

Durante el embarazo, la VPI adquiere una dimensión aún más crítica, ya que las gestantes constituyen una población altamente vulnerable (6). Su exposición se ha asociado con múltiples complicaciones obstétricas, como trauma fetal, parto prematuro, aborto espontáneo, bajo peso al nacer, dificultades en la lactancia y mayor riesgo de mortalidad materna, además de interferir en el desarrollo del apego prenatal (6–10). A nivel psicológico, se relaciona con mayor riesgo de desarrollar trastornos como depresión, ansiedad, estrés postraumático, alteraciones del sueño, abuso de sustancias y disfunción en las relaciones sociales (11).

En este contexto, la alexitimia, caracterizada por la dificultad para identificar, describir y expresar emociones (12), ha sido descrita como un posible mecanismo de afrontamiento ante situaciones de estrés crónico, como la violencia, y como un factor que podría mediar o exacerbar los efectos emocionales durante el embarazo (13). Diversas investigaciones sugieren una asociación entre VPI y niveles elevados de alexitimia (8,14–18), con implicaciones negativas en la salud mental y en la calidad del vínculo materno-fetal (19).

A pesar de la gravedad del problema, los estudios sobre la interrelación entre VPI y alexitimia durante la gestación son escasos en el contexto peruano. Esta limitación es aún más crítica en regiones como Cusco, donde la vulnerabilidad económica, social y cultural puede amplificar los efectos de la violencia y limitar el acceso a servicios de salud mental adecuados.

En este sentido, el presente estudio tiene como objetivo determinar la asociación entre la violencia de pareja íntima y la alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco. Los hallazgos obtenidos buscan aportar evidencia empírica útil para el desarrollo de estrategias de intervención más integrales, que promuevan una atención prenatal centrada en el bienestar biopsicosocial de las gestantes. Asimismo, se espera que esta investigación sirva de base para la implementación de protocolos de evaluación emocional y programas psicoeducativos para el fortalecimiento de la salud emocional y la promoción de vínculos interpersonales saludables durante el embarazo.

RESUMEN

“Asociación de la violencia de pareja íntima y alexitimia en gestantes de dos hospitales del Cusco, 2025”

Antecedentes: La violencia de pareja íntima (VPI) es un problema de salud pública con alta prevalencia en el Perú y consecuencias negativas en la salud física y emocional de las mujeres, especialmente en poblaciones vulnerables como las gestantes. En este contexto, la alexitimia, caracterizada por la dificultad para identificar y expresar emociones, se ha asociado con una mayor exposición a violencia, lo que podría intensificar el impacto emocional durante el embarazo y aumentar el riesgo obstétrico. El presente estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre VPI y alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco.

Métodos: Estudio cuantitativo, observacional, transversal y correlacional. Se incluyeron 286 gestantes atendidas en los consultorios externos de Gineco-Obstetricia del Hospital Antonio Lorena y el Hospital Regional del Cusco, entre febrero y abril de 2025. Se aplicaron entrevistas directas utilizando la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20) y el Woman Abuse Screening Tool (WAST). Se realizaron análisis estadísticos univariado, bivariados y multivariados para determinar la asociación entre VPI y alexitimia.

Resultados: El 71,7% de las gestantes presentó alexitimia y el 55,6% reportó haber sufrido VPI. El análisis bivariado mostró asociaciones significativas entre la alexitimia y diversas variables como procedencia rural, bajo nivel educativo, situación de desempleo, estrato económico bajo, mayor número de gestaciones y embarazo no planificado. En el análisis multivariado, la VPI se asoció de forma significativa e independiente con una mayor frecuencia de alexitimia (RP ajustado: 1,50; IC 95%: 1,26–1,79; $p < 0,001$), así como el nivel educativo secundario (RP ajustado: 1,25; IC 95%: 1,03–1,51; $p = 0,023$).

Conclusiones: La VPI se asocia de manera significativa e independiente con la presencia de alexitimia en gestantes. Asimismo, se identificó una alta frecuencia tanto de VPI como de alexitimia en la muestra estudiada, lo que resalta la necesidad de un tamizaje precoz e intervenciones psicoeducativas en el control prenatal, orientadas a la salud emocional y prevención de la violencia.

Palabras claves (DeCS BIREME): Violencia de Pareja, Alexitimia, Síntomas Afectivos, Embarazadas.

ABSTRACT

“Association of Intimate Partner Violence and Alexithymia Among Pregnant Women Attending Two Hospitals in Cusco, 2025”

Background: Intimate partner violence (IPV) is a public health issue with high prevalence in Peru and significant negative consequences for women's physical and emotional health, particularly among vulnerable populations such as pregnant women. In this context, alexithymia, defined as the difficulty in identifying and expressing emotions, has been associated with greater exposure to violence, which may intensify emotional impact during pregnancy and increase obstetric risk. This study aimed to determine the association between IPV and alexithymia among pregnant women receiving care at two hospitals in Cusco.

Methods: This was a quantitative, observational, cross-sectional, and correlational study. A total of 286 pregnant women were included, all of whom were receiving outpatient obstetric-gynecologic care at Antonio Lorena Hospital and the Regional Hospital of Cusco between February and April 2025. Direct interviews were conducted using the Toronto Alexithymia Scale (TAS-20) and the Woman Abuse Screening Tool (WAST). Univariate, bivariate, and multivariate statistical analyses were performed to assess the association between IPV and alexithymia.

Results: Among the participants, 71.7% presented alexithymia, and 55.6% reported having experienced IPV. Bivariate analysis revealed significant associations between alexithymia and variables such as rural residence, low educational level, unemployment, low socioeconomic status, higher number of pregnancies, and unplanned pregnancy. In the multivariate analysis, IPV was significantly and independently associated with a higher frequency of alexithymia (adjusted PR: 1.50; 95% CI: 1.26–1.79; $p < 0.001$), as was having a secondary education level (adjusted PR: 1.25; 95% CI: 1.03–1.51; $p = 0.023$).

Conclusions: IPV is significantly and independently associated with the presence of alexithymia in pregnant women. Additionally, a high prevalence of both IPV and alexithymia was identified in the study sample, highlighting the need for early screening and psychoeducational interventions during prenatal care focused on emotional health and violence prevention.

Keywords (MeSH NCBI): Intimate Partner Violence, Alexithymia, Affective Symptoms, Pregnant Women.

CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Fundamentación del problema

La violencia de pareja íntima (VPI), reconocida como una grave violación a los derechos humanos (20), constituye un problema de salud pública a nivel mundial, con consecuencias perjudiciales para la salud física, mental y reproductiva de las mujeres (1). Se define como cualquier acto o comportamiento que genere daño psicológico, físico y sexual, ejercido dentro de una relación caracterizada por vínculos de afecto, responsabilidad, confianza o poder, incluyendo relaciones conyugales o de convivencia actuales o pasadas (21,22).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), en 2021 se estimó que una de cada tres mujeres ha experimentado VPI a lo largo de su vida (23). En el año 2019, este problema generó más de 80 mil muertes a nivel mundial, siendo la decimonovena causa de mortalidad global (1). Además, la prevalencia es mayor en los países de bajos y medianos ingresos, como África, el Mediterráneo Oriental, Asia y América Latina y el Caribe (ALC), donde en 2022, se reportó que entre el 25,5% y 46,4% de mujeres sufrieron VPI (1,23).

Perú es uno de los países con mayor prevalencia de VPI en la región de ALC. Para el año 2019, el 57,7% de las mujeres casadas o convivientes habían experimentado algún tipo de VPI (1), predominando las formas psicológica y física (1,7). Esta situación fue influenciada directamente por la pandemia por SARS-CoV-2, evidenciándose un incremento sustancial en las llamadas a la Línea 100, servicio de atención de violencia de género, con un incremento de 97% durante el año 2020 (235,791) frente a los registrados en 2019 (119,786) (24). Sin embargo, los registros de VPI en el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades (CDC-MINSA) mostraron una disminución, probablemente debido al subregistro generado por el confinamiento requerido para el control de esta pandemia y el aislamiento forzado que impidió el acceso de muchas mujeres a servicios de apoyo (25,26). Empero, para los años 2021 a 2024 se reportó una tendencia creciente en los registros atribuidos a esta problemática (26,27).

El CDC-MINSA cuenta con la vigilancia epidemiológica de violencia intrafamiliar (VIF) reportándose que para el año 2024, los departamentos con mayores casos notificados fueron Lima (15,2%), Cusco (13,2%) y Junín (10,7%), siendo las formas psicológica (58,5%) y física (27%) las más prevalentes (27). En particular, la región Cusco supera la media nacional, para el año 2019 alcanzó el 65,3% de violencia a la mujer (28). El

CDC-MINSA reporta una tendencia creciente de casos reportados de VPI durante el periodo 2016 al 2024 reportándose 2804 y 5126 casos respectivamente, siendo San Sebastián, Kimbiri, Pichari y San Jerónimo los distritos con mayores reportes (27). Sin embargo, existe un subregistro importante por parte de algunas Instituciones Prestadoras de Servicio de Salud como lo reportó la Red de Servicios de Salud Cusco Sur (RSSCS) (29).

La violencia durante el embarazo constituye un grave problema de salud pública, siendo una de las poblaciones más vulnerables (6). A nivel global, la prevalencia reportada en 2020 mostró un amplio rango, que oscila entre el 5% y el 69,9% (30); siendo más alta en regiones como Oceanía, África y Sudamérica (31). En el contexto nacional, un estudio realizado en Perú durante el año 2022 estimó una prevalencia del 17,6% de violencia durante la gestación (32). En la región del Cusco, reportes del año 2018 indicaron cifras que sobrepasan el 12% (33). Así mismo, la RSSCS ha reportado un incremento sostenido en el número casos entre 2016 y 2022, aunque se presume una subestimación de la magnitud real debido a inconsistencias en los registros clínicos y de vigilancia epidemiológica (29).

La violencia durante el embarazo se asocia con consecuencias graves para la salud materno – fetal, tales como hemorragias, abortos, preeclampsia, parto prematuro, bajo peso al nacer y prácticas inadecuadas de la lactancia (7–10). Además, de mayor riesgo de trastornos psicológicos como depresión, ansiedad, estrés crónico, entre otros (11). En este contexto, cobra relevancia el estudio de la alexitimia, un rasgo psicológico caracterizado por la dificultad para identificar, describir y/o expresar sus sentimientos. Además, las personas que la padecen suelen presentar una imaginación restringida y una tendencia a experimentar hostilidad cuando se enfrentan al estrés, lo cual fomenta la violencia en sus diferentes manifestaciones (21).

Diversos estudios reportaron que las mujeres que han sido víctimas de VPI presentaron puntuaciones medias más altas de alexitimia (8,14–18), rasgos depresivos y un apego inseguro en comparación con el grupo control (22). Así mismo se ha descrito que la alexitimia desempeña un papel en el desarrollo del Trastorno de estrés postraumático (TEPT) (14), se asoció con una alta impulsividad agresiva (34,35) y se correlacionó positivamente con la perpetración y victimización de violencia física y psicológica (36). En gestantes, se ha observado que niveles altos de alexitimia aumentan la probabilidad de experimentar VPI, lo cual podría estar parcialmente mediada por síntomas depresivos (37). Así mismo, la alexitimia podría afectar negativamente el desarrollo del apego prenatal, considerado fundamental para la relación postnatal madre-hijo (19,38).

La erradicación de la violencia contra las mujeres no solo es un problema importante de salud pública (2,3), sino también un punto clave de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (4,5). Sin embargo, no existe una mejora en la lucha contra este problema y es necesario comprender los factores asociados a este fenómeno para implementar estrategias de prevención efectivas e integrales. Por lo expuesto, el objetivo del presente estudio es determinar la asociación entre la violencia de pareja íntima y la alexitimia en gestantes atendidas en dos Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud de categoría III-1: Hospital Antonio Lorena y Hospital de Regional del Cusco.

1.2. Antecedentes teóricos

Coronel-Dávila, Zavaleta-Aguilar y Pérez-Lara. (Perú - 2025), en su estudio **“Perspectivas de género en la violencia de pareja: la influencia de la alexitimia en contextos periurbanos”**, publicado en la revista **“Healthcare”**, cuyo objetivo fue analizar la influencia de la alexitimia en la dinámica de la violencia de pareja desde una perspectiva de género, con especial énfasis en entornos socialmente vulnerables. El diseño metodológico fue de tipo cuantitativo, transversal y correlacional, donde se utilizó la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), la Escala de Violencia Doméstica (VIFJ4) y un formulario sociodemográfico. Se contó con un tamaño de muestra de 108 participantes, tanto hombres como mujeres, residentes de zonas rurales. Los principales resultados indicaron que las mujeres fueron las que presentaban mayores niveles de alexitimia (78%), así también reportaban una mayor frecuencia e intensidad de episodios de violencia psicológica y física (48%) por parte de sus parejas. Además, se encontró una correlación positiva, moderada a alta y significativa ($\rho = 0,78$, $p < 0,001$) entre la violencia de pareja y la alexitimia (particularmente en las dimensiones de dificultad para identificar sentimientos y dificultad para describir sentimientos). Los autores concluyeron que el género sí desempeña un papel moderador en la relación entre la alexitimia y la violencia de pareja en adultos de zonas rurales, además que la alexitimia no solo constituye un factor de vulnerabilidad frente a la violencia de pareja, sino que también puede reforzar patrones de interacción disfuncionales dentro de las relaciones afectivas. Asimismo, destacaron la importancia de considerar el componente emocional y la perspectiva de género en el diseño de intervenciones preventivas y terapéuticas en contextos de alta precariedad social, ya que la escasa capacidad para procesar y comunicar emociones podría limitar la búsqueda de ayuda y aumentar la cronicidad de la violencia (17).

Castillo Gonzáles, M. E.; Santos Pazos, D. A. y Guijarro Orozco, C. A. (Ecuador - 2025), en su estudio titulado **"Alexitimia y violencia de pareja en adultos: Una revisión sistemática"** que fue publicado en la revista **"Arandu UTIC"**. El objetivo principal de esta investigación fue explorar la relación entre la alexitimia y la violencia de pareja en adultos. Se empleó un enfoque cualitativo mediante una revisión sistemática utilizando el método PRISMA. La búsqueda de información se realizó en bases de datos como Web of Science, Scopus y PsycINFO, incluyendo artículos científicos originales publicados entre 2014 y 2024. Se seleccionaron trece estudios de países como Australia, Austria, Irán, Israel, México, República Dominicana y Rumanía. Los estudios incluidos aplicaron un muestreo aleatorio estratificado con un enfoque transversal. Los resultados mostraron que las personas que experimentaron violencia de pareja tenían puntuaciones más altas en alexitimia (45%), y los agresores violentos también presentaron puntuaciones elevadas (59%). Además, se encontró una relación del 53.9% entre el nivel educativo y la alexitimia. Los autores concluyeron que la alexitimia y la violencia de pareja son problemas sociales significativos a nivel mundial, afectando tanto a las víctimas como a los agresores. La alexitimia puede ser tanto un factor desencadenante como una consecuencia de la violencia de pareja (39).

Veggi S, Di Tella M, Roveta F, Castelli L y Zara G. (Reino unido, 2024), en su estudio **"Violencia de pareja y alexitimia: ¿importan las emociones? Una revisión sistemática y un metaanálisis"** de la revista **"Trauma, Violence, & Abuse"**, cuyo objetivo fue cuantificar los niveles de alexitimia en víctimas y perpetradores de VPI y comparar estos niveles con los controles. Se desarrolló una revisión sistemática y un metaanálisis donde se buscó en las bases de datos PubMed, PsycINFO, Web of Science y Scopus donde diecisiete estudios cumplieron con los criterios de inclusión. Los resultados del metaanálisis mostraron que tanto las víctimas como los perpetradores de VPI presentaban niveles significativamente más altos de alexitimia en comparación con los controles. Específicamente, las víctimas tenían una media de 55.92 y los perpetradores una media de 55.15 en las puntuaciones de alexitimia. Los autores concluyeron que tanto las víctimas como los perpetradores de VPI exhiben altos niveles de alexitimia, lo que sugiere que esta dificultad para identificar y expresar emociones podría ser un factor común en la dinámica de la violencia de pareja. Comprender esta dimensión psicológica puede ayudar a los profesionales a planificar intervenciones más adecuadas, considerando todos los factores relevantes asociados con la VPI (40).

Ozusta O. y Sevik A. (Turquía, 2024), en su estudio “**Relación entre la violencia de pareja, los traumas infantiles, la alexitimia y los estilos de afrontamiento del estrés**” de la revista “**Anales de investigación médica**”, cuyo objetivo fue estudiar las diferencias respecto a las características alexitímicas, los traumas infantiles y los estilos de afrontamiento de estrés en mujeres expuestas a violencia de pareja íntima en comparación a mujeres que no estuvieron expuestas. Se realizó un estudio tipo casos y controles, donde se utilizó la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS), la Escala de Trauma Infantil (CTS) y la Escala de Estilos de Afrontamiento del Estrés (SCS). El estudio contó con un tamaño de muestra final de 46 mujeres expuestas a violencia y 46 mujeres como grupo control. Los principales resultados muestran que el nivel de ingresos, de educación de la pareja y situación laboral de la pareja fueron más bajas en el grupo de casos en comparación con el grupo de control, así también, las tasas de divorcio, separación, fuga, matrimonio forzado, presenciar violencia doméstica en la infancia e infligir violencia a sus hijos fueron más altas en el grupo de casos. Así mismo se evidenció que en mujeres expuestas a violencia existió mayor incidencia de eventos violentos contra sus hijos. Se informa también que los niveles de alexitimia fueron más altos en el grupo de casos de VPI. Los autores concluyeron que la identificación de niveles elevados de alexitimia y el uso predominante de estrategias ineficaces de afrontamiento del estrés en mujeres víctimas de violencia constituye un hallazgo relevante para el diseño de intervenciones terapéuticas dirigidas a esta población (41).

Guermazi F, Tabib F, Cherif F, Masmoudi R, Mnif D, Feki I, et al. (Túnez, 2024), en su estudio “**Violencia de pareja en Túnez: abuso emocional y dependencia, alexitimia y autoestima en las víctimas femeninas**” de la revista “**Ciencias Sociales**”, cuyo objetivo fue explorar las características de la violencia de pareja y evaluar el abuso emocional, la dependencia emocional, la alexitimia y la autoestima entre las víctimas femeninas. Se desarrolló un estudio observacional, transversal donde participaron 120 mujeres víctimas de violencia de pareja íntima, se aplicó la Escala de abuso emocional (EAS), el Cuestionario de dependencia emocional (EDQ), la Escala de alexitimia de Toronto (TAS-20) y la Escala de autoestima de Rosenberg (RSES). Los resultados reportan que, de la población total, el 75,8% sufría violencia emocional grave, el 38,3% dependía emocionalmente de su pareja, el 59,2% eran alexitímicas y el 83,3% tenía baja autoestima. La presencia de alexitimia entre las víctimas se correlacionó significativamente con su dependencia emocional a su pareja ($p = 0,004$). Los autores concluyendo que los hallazgos reportados respaldan la importancia de incorporar los perfiles emocionales de las mujeres en el diseño de intervenciones preventivas y terapéuticas (42).

Aker S. y Kartal Y. (Turquía, 2023), en su estudio **“Examinando la relación entre la violencia de pareja y los niveles de alexitimia y depresión en las mujeres”** de la revista **“International Journal of Human Sciences”**, cuyo objetivo fue determinar la relación entre la violencia de pareja y los niveles de alexitimia y depresión de las mujeres. Se desarrollo un estudio con diseño descriptivo y correlacional, con una población de 140 mujeres mayores de 18 años. Se utilizó la Escala de Actitud Hacia la Violencia en Relaciones Cercanas-Formulario Revisado, Escala de Alexitimia de Toronto-20 (TAS-20) y Escala de Depresión y Felicidad Formulario Abreviado (DHSSF). Dentro de los principales resultados se determinó que el bajo nivel de ingresos y la exposición a la violencia emocional se relaciona significativamente con niveles más altos de alexitimia y a la aceptación de la violencia, además que el resentimiento prolongado con la pareja aumentó la actitud alexitímica y a medida que aumentaba el nivel de aceptación de la violencia, también aumentaba sus niveles de alexitimia La autora concluyó que la violencia de pareja está asociada con un aumento en los niveles de alexitimia y depresión en mujeres, destacando la importancia de considerar estos factores en la evaluación y tratamiento de las víctimas de violencia de pareja (18).

Dubé V, Tremblay-Perreault A, Allard-Cobetto P, Hébert M. (Canadá, 2023), en su estudio **“La alexitimia como mediadora entre la violencia de pareja y los síntomas de estrés postraumático en madres de niños denunciante de abuso sexual”**, de la revista **“Journal of Family Violence”**, cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de violencia de pareja y abuso sexual infantil en madres no agresoras de niños abusados sexualmente; investigar la prevalencia de síntomas de TEPT clínicamente significativos entre estas madres; examinar el papel de la alexitimia de las madres en la relación entre el propio trauma de las madres (CSA e IPV) y los síntomas del PTSD. Se desarrollo un estudio observacional tipo transversal en el que se utilizó una adaptación francesa de la Escala de Alexitimia de Toronto. El estudio contó con un tamaño de muestra final de 158 participantes. Los principales resultados fueron que las correlaciones bivariados revelaron que el estado de VPI se asoció positivamente con la alexitimia ($r = 0,19$, $p = 0,02$), la alexitimia como mediadora de entre violencia y síntomas de estrés postraumático fue significativo. Se encontró una correlación moderada entre alexitimia y síntomas de TEPT ($r = .44$, $p < .001$). Los autores concluyeron que estos hallazgos destacan la importancia de considerar la historia del trauma interpersonal en las madres, junto con su capacidad para reconocer e identificar emociones; así como la necesidad de implementar programas de apoyo e intervenciones específicas que promuevan su bienestar psicológico (43).

Mannarini S, Taccini F, Rossi A. (Italia, 2021), en su estudio **“Mujeres y violencia: alexitimia, competencias y estilos relacionales y satisfacción con la vida: un análisis de perfil comparativo”** de la revista **“Behavioral Sciences MDPI”**, cuyo objetivo fue comparar de manera exploratoria, tres grupos de mujeres: víctimas de violencia, mujeres agresoras y un grupo de control emparejado por edad. Estos grupos han sido comparados con respecto a la alexitimia, competencia y estilos relacionales y satisfacción con la vida. Se desarrollo un estudio observacional, analítico de casos y controles, en el que se utilizó la Escala de Toronto de 20 elementos (TAS-20), cuestionario de estilos relacionales (QSR), escala de satisfacción con la vida (SWLS). El estudio contó con un tamaño de muestra final de 131 mujeres, mujeres agresoras (n = 41; inscritas en una penitenciaría), víctimas de violencia (n= 41; inscritos en un centro de lucha contra la violencia), y un grupo control (n = 49; de la población general). Los principales resultados mostraron que las mujeres agresoras mostraron baja satisfacción con la vida, altos niveles de alexitimia y un patrón de estilos relacionales mixtos con ambos padres y la pareja actual. Las mujeres víctimas de violencia mostraron una baja satisfacción con la vida, niveles bajos de alexitimia y estilos relacionales disfuncionales con ambos padres y su pareja actual. Las mujeres del grupo control mostraron una alta satisfacción con la vida, ausencia de alexitimia y estilos relacionales funcionales con ambos padres y su pareja actual. Los autores concluyen que estos hallazgos sugieren la planificación de intervenciones psicológicas que deben enfocarse en la construcción de nuevos propósitos y sentidos de vida (44).

Popa-Velea O, Ionescu CG, Soare T, Zamfir-Chiru-Anton A. (Romania, 2020), en su estudio titulado **“Asociaciones entre violencia de pareja, estilo de apego disfuncional y alexitimia en mujeres con trastornos somatomorfos”** de la revista **“Romanian Journal of Legal Medicine”**, cuyo objetivo fue investigar las asociaciones entre alexitimia, estilo de apego disfuncional y trastornos somatomorfos en mujeres víctimas de VPI. Se realizó un estudio observacional tipo casos y controles donde participaron 40 mujeres con antecedente de VPI y 40 mujeres del grupo control. Se aplicó la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), la Escala de Apego para Adultos (AAS), la prueba WAST y el Cuestionario de Salud del Paciente (PHQ-15) para trastornos somatomorfos. Los resultados mostraron que las mujeres víctimas de VPI tuvieron puntuaciones más altas en alexitimia y trastornos somatomorfos ($p < .001$) en comparación con los controles. La alexitimia se correlacionó en gran medida con la VPI ($r=.633$, $p<.001$). Los autores concluyen que la VPI es un factor de riesgo para la alexitimia y depresión severa, destacando la necesidad de intervenciones psicológicas tempranas que aborden sus componentes cognitivos y emocionales (15).

Signorelli MS, Fusar-Poli L, Arcidiacono E, Caponnetto P, Aguglia E. (Italia, 2020), en su estudio **“Depresión, TEPT y alexitimia en víctimas de violencia de pareja: un estudio de casos y controles”** de la revista **“Revista Archives of Clinical Psychiatry”**, cuyo objetivo fue evaluar los posibles predictores de depresión, alexitimia y TEPT en un grupo de mujeres abusadas y los controles. Se desarrolló un estudio observacional tipo casos y controles en el que se aplicó la Escala de Toronto de 20 elementos (TAS-20). El estudio contó con un tamaño de muestra final de 114 participantes. Los principales resultados mostraron diferencias entre las mujeres que experimentaron IPV y los controles en el estatus socioeconómico, el empleo y el nivel educativo, el abuso infantil y las interrupciones prematuras del embarazo. Específicamente, las tasas de depresión, TEPT y alexitimia fueron distintos significativamente entre los grupos de comparación. Los modelos de regresión lineal indicaron que la variable coerción sexual fue un predictor positivo de los síntomas depresivos, mientras que la alexitimia tuvo un rol en la evolución del TEPT en el grupo de mujeres sometidas a maltrato. Los autores concluyeron que, debido a la alta prevalencia de depresión y TEPT en mujeres víctimas de VPI, resulta fundamental investigar estas condiciones en quienes acuden a servicios de salud mental. Además, resaltan la necesidad de profundizar en el estudio de la alexitimia en esta población para mejorar la comprensión y el abordaje clínico (14).

Mangialavori S, Fontana A, Terrone G, Topino E, Trani L. (Italia, 2024), en su estudio **“Depresión perinatal materna, alexitimia y funcionamiento de pareja: ¿Qué relación existe con el apego prenatal?”** de la revista **“Behavioral Sciences”**, cuyo objetivo fue explorar el impacto simultáneo de la sintomatología depresiva perinatal, la alexitimia y el funcionamiento de pareja en el apego prenatal. Se realizó un estudio cuantitativo, transversal y correlacional donde participaron 362 mujeres primíparas embarazadas que cursaban el tercer trimestre. Se utilizó la Escala de Apego Prenatal Materno (MAAS), la Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20), la Escala de Depresión Posparto de Edimburgo (EPDS) y la Escala de Ajuste Diádico (DAS). Los principales resultados indican que la depresión perinatal y la alexitimia se asociaron negativamente con la calidad del apego prenatal, mientras que la cohesión diádica en la relación de pareja actuó como factor protector. Los autores concluyeron que se destaca la importancia de identificar y abordar tempranamente la depresión perinatal y la alexitimia, así como de fortalecer la cohesión en la relación de pareja, para fomentar un apego prenatal saludable y mejorar la salud mental materna (19).

Linn BK, Stasiewicz PR, Fillo J, Bradizza CM. (EE. UU., 2020), en su estudio “**El gran disruptor: Relación de la alexitimia con los procesos de regulación emocional y el tabaquismo en mujeres embarazadas**” de la revista “**Subst Use Misuse**”, cuyo objetivo fue analizar la relación entre la alexitimia, la regulación emocional y el consumo de tabaco en gestantes. Se trató de un estudio longitudinal de tratamiento, realizado en una muestra de 73 gestantes fumadoras de una clínica prenatal en Buffalo, Nueva York. Donde se aplicaron los instrumentos como la Prueba de Fagerstrom de Dependencia a la Nicotina, el Cuestionario Breve sobre las Consecuencias del Fumar en Adultos, la Escala de Alexitimia de Toronto, el Cuestionario de Regulación Emocional, la Escala de Dificultades con la Regulación Emocional, el Inventario de Depresión de Beck II, el Inventario de Ansiedad de Beck y el Inventario Multidimensional de Ira. Los resultados mostraron que casi el 40% de gestantes presentaba niveles elevados de alexitimia, así también las gestantes con alexitimia reportaron mayor depresión, ansiedad, ira y mayores dificultades en la regulación emocional. También se identificó una asociación entre la alexitimia y el consumo de tabaco durante el embarazo, sugiriendo que las gestantes con mayor alexitimia tendían a utilizar el tabaquismo como una forma disfuncional de afrontar el estrés emocional. Los autores concluyen que la alexitimia podría actuar como un factor de riesgo psicológico durante la gestación, afectando el bienestar emocional y promoviendo conductas nocivas como el tabaquismo. Por ello, recomiendan incluir la evaluación de la alexitimia y la promoción de habilidades emocionales dentro de los programas de atención prenatal (13).

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Existe asociación entre la violencia de pareja íntima y la alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025?

1.3.2. Problemas específicos

- PE1. ¿Cuál es la frecuencia de violencia de pareja íntima en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025?
- PE2. ¿Cuál es la frecuencia de alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025?
- PE3. ¿Qué características sociodemográficas (edad, procedencia, estado civil, grado de instrucción, situación laboral y situación económica) y gineco-obstétricas (trimestre de gestación, número de gestaciones y planificación

del embarazo) están asociadas a la alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025?

PE4. ¿Cuál es el nivel de asociación entre la violencia de pareja íntima y la alexitimia, controlando por variables sociodemográficas (edad, procedencia, estado civil, grado de instrucción, situación laboral y situación económica) y gineco-obstétricas (trimestre de gestación, número de gestaciones y planificación del embarazo) en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025?

1.4. Objetivos de la investigación

1.4.1. Objetivo general

Determinar la asociación entre la violencia de pareja íntima y la alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.

1.4.2. Objetivos específicos

OE1: Estimar la frecuencia de violencia de pareja íntima en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.

OE2: Estimar la frecuencia de alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.

OE3: Identificar las características sociodemográficas (edad, procedencia, estado civil, grado de instrucción, situación laboral y situación económica) y gineco-obstétricas (trimestre de gestación, número de gestaciones y planificación del embarazo) asociadas a la alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.

OE4: Calcular el nivel asociación entre violencia de pareja íntima y alexitimia, controlando por variables sociodemográficas (edad, procedencia, estado civil, grado de instrucción, situación laboral y situación económica) y gineco-obstétricas (trimestre de gestación, número de gestaciones y planificación del embarazo) en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.

1.5. Justificación de la investigación

La violencia de pareja íntima es un problema de salud pública de alta prioridad, no solo por su elevada prevalencia, sino también por las graves consecuencias que genera en la salud física, emocional y social de las víctimas (1). A pesar de los esfuerzos gubernamentales por su erradicación, los niveles de VPI en el país, especialmente en regiones como Cusco, continúan siendo alarmantes. La lucha contra la violencia hacia

las mujeres no solo es una dificultad significativa en nuestro medio (2,3), sino también un punto clave de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (4,5).

Las gestantes representan uno de los grupos más vulnerables frente a la VPI, siendo esta una de las problemáticas más reportadas en la región Cusco (29). La violencia durante el embarazo puede tener efectos devastadores tanto en la madre como en el producto gestacional, reportándose su asociación con complicaciones obstétricas como daño placentario, ruptura uterina, trauma fetal, aborto espontáneo, parto prematuro, apego prenatal deficiente, bajo peso al nacer, inicio tardío o interrupción precoz de la lactancia materna (8), preeclampsia (10), infecciones de transmisión sexual(7) e incluso muerte materna (45).

A nivel psicológico, las consecuencias son igualmente graves. Las víctimas de VPI presentan mayor riesgo de desarrollar trastornos mentales como depresión, ansiedad, TEPT, abuso de sustancias, pensamientos suicidas, alteraciones del sueño, problemas de concentración, somatización, y deterioro en el funcionamiento social, educativo y ocupacional (11), estrés crónico y trastornos del estado del ánimo (10). En tal contexto, adquiere importancia el análisis de la alexitimia, un rasgo psicológico que implica dificultades para identificar, describir y expresar emociones, así como problemas para diferenciar entre sensaciones corporales y sentimientos, poseer una imaginación restringida, tendencia a experimentar hostilidad cuando se enfrentan al estrés y una impulsividad agresiva (21).

Así mismo se evidencia que el estar expuesta a VPI genera puntuaciones medias más altas de alexitimia (8,14–18), rasgos depresivos y un apego inseguro (22), favorece el desarrollo del TEPT (14), alta impulsividad agresiva (34,35), un apego prenatal deficiente (19,38) y se correlacionó positivamente con la perpetración y victimización de violencia (36). Esta combinación de factores puede favorecer la consolidación de un ciclo intergeneracional de violencia, afectando no solo a la madre, sino también al vínculo con su hijo y al entorno familiar.

Frente a este panorama, se justifica la necesidad de investigaciones que exploren la asociación entre la VPI y la alexitimia en gestantes, especialmente en contextos como el Cusco, donde la vulnerabilidad social, cultural y económica puede exacerbar estos riesgos. El presente estudio busca contribuir al entendimiento de dicha relación, proporcionando evidencia empírica que permita diseñar estrategias de intervención más integrales y pertinentes en el ámbito de la atención prenatal.

Los resultados pueden orientar la implementación de protocolos de evaluación emocional que incluyan herramientas para la detección temprana de alexitimia y situaciones de violencia, favoreciendo una atención más integral y centrada en el bienestar biopsicosocial de la gestante. Así mismo, se defendería el desarrollo de programas psicoeducativos orientados a la regulación emocional y el fortalecimiento de vínculos interpersonales saludables, promoviendo la inclusión activa de la pareja, la familia y la comunidad.

Finalmente, el estudio aporta una base para futuras investigaciones con un enfoque multidimensional, que exploren con mayor profundidad la interacción entre los factores emocionales, sociales y perinatales. También proporciona evidencia útil para que el Ministerio de Salud y otras entidades formulen políticas públicas que integren de manera explícita la dimensión emocional y la prevención de la violencia en los programas de salud materna, fortaleciendo así una atención centrada en la dignidad y los derechos de las gestantes.

1.6. Limitaciones de la investigación

Es probable que exista un posible sesgo del informante debido a que la variable “Violencia de pareja íntima” es un tema delicado susceptible a ser encubierto por varias razones como vergüenza, presión de pareja o miedo. Para controlar este sesgo es necesario brindar un adecuado entorno de entrevista respetando la privacidad del paciente, así mismo se debe dar una premisa antes de interrogar las preguntas personales e íntimas para que la paciente se sienta preparada y más cómoda al responder las interrogantes.

Una posible limitación del estudio es la barrera lingüística, dado que una proporción significativa de gestantes en la región del Cusco tiene como lengua materna el quechua. Esta situación puede dificultar la comprensión plena de las preguntas generando respuestas imprecisas y aumentando el riesgo de sesgo de información o subregistro. Para mitigar este problema, se recomienda la participación de encuestadores capacitados y bilingües, lo que permitirá aplicar el instrumento en el idioma materno de las participantes, facilitando la comprensión y mejorando la validez de las respuestas.

Es probable que exista sesgo de selección debido a que el presente estudio es de tipo transversal, para sobrellevar este sesgo es necesario reforzar los criterios de inclusión y exclusión, así como elegir un adecuado tipo de muestreo.

1.7. Aspectos éticos

La investigación cumplirá con los lineamientos de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial sobre “Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos” actualizada en la 64° Asamblea General realizada en Fortaleza Brasil, 2013; como un planteamiento de principios éticos para la investigación biomédica en humanos, que incluye la investigación del material humano y de información identificables, teniendo como principio fundamental el deber del médico es salvaguardar la vida, la salud, la intimidad, la dignidad, la integridad, los derechos y la confidencialidad de la información del paciente (46).

Así mismo se seguirán los principios éticos del informe Belmont sobre “Principios y guías éticas para la protección de los sujetos humanos de investigación”, teniendo como origen sus “principios éticos básicos” del respeto por el individuo, beneficencia y justicia (47).

Igualmente se tendrá presente el código de Nuremberg, que comprende una declaración de diez principios éticos, es esencial considerar el consentimiento voluntario del sujeto humano, los resultados beneficiosos para el bienestar de la sociedad, evitar cualquier tipo de dolor o perjuicio físico o mental innecesario, implementar las medidas adecuadas y uso de dispositivos pertinentes buscando proteger al paciente; y si el paciente considera que ha llegado a un estado físico o mental en que le parece imposible continuar es libre de retirarse (48).

Se solicitará la autorización correspondiente a las direcciones institucionales de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud involucradas en el estudio, se seguirán las directrices internacionales y principios básicos de la ética en investigación para preservar el respeto absoluto hacia los participantes y el correcto uso de los datos, estos serán operados solo por los investigadores principales del estudio para respetar el principio de confidencialidad, y una vez obtenidos se organizara mediante códigos garantizando de esta manera el anonimato de las participantes, tomando en cuenta los principios de buena praxis y buena conducta en investigación biomédica.

CAPITULO II: MARCO TEORICO CONCEPTUAL

2.1. Marco teórico

2.1.1. Alexitimia

2.1.1.1. Definición

La alexitimia posee su etimología en un término griego, que significa “ausencia de palabras para expresar las emociones o los sentimientos” (a–termino que connota el no, *lexis-* palabra o el acto de hablar, *thymos-* emoción)(49); fue descrito en 1972 por Peter Sifneos, como la ausencia de palabras para identificar y expresar sentimientos; lo cual fue inicialmente una situación clínica cuestionable, actualmente se consolida como un ente clínico bien diferenciado resaltando las siguientes características: a) limitación para determinar sentimientos, b) dificultad para diferenciar síntomas médicos de sensaciones corporales procedentes del circuito emocional, c) escasez de la fantasía, d) estilo cognitivo orientado (concreto, referido a sucesos externos), y e) estilo de vida dirigido a la acción (12).

2.1.1.2. Etiología

Dado que la alexitimia es común en pacientes con ansiedad y depresión, se podría esperar que los factores que contribuyen a su desarrollo influyan en el riesgo de desarrollar alexitimia, considerando que estos entes tienen etiologías complejas que involucran factores ambientales y genéticos (50,51); se distinguen dos variantes de alexitimia según su etiología, alexitimia primaria y alexitimia secundaria.

2.1.1.3. Clasificación

2.1.1.3.1. Alexitimia primaria

Generalmente se desarrolla en etapas iniciales de la vida principalmente en infantojuvenil e incluso desde la etapa intrauterina. Las causas se atribuyen a una alteración funcional u orgánica del cuerpo calloso que es donde reside la conexión entre ambos hemisferios que se ve alterada debido a la herencia, algún proceso cerebral orgánico y la carencia afectiva imposibilitando que las emociones registradas en el hemisferio cerebral derecho puedan tomar una expresión verbal (49).

Además de la causa orgánica toma trascendencia el desarrollo neuronal, debido a que en el momento del nacimiento están presentes aproximadamente el 10% de las conexiones neuronales y el 90% restante se desarrolla progresivamente mediante estimulaciones exteriores, siendo

importante para ello la interacción entre la madre y el niño en las primeras etapas de su vida, es así que la carencia afectiva o falta de cuidado maternal en estas etapas puede interferir con el desarrollo cerebral ocasionando una escisión parcial o total entre ambos hemisferios (49).

Se han descrito otro mecanismo neurofisiológico en el origen de la alexitimia, enfocado en una alteración funcional u orgánica que conlleva la desconexión entre el sistema límbico y el neocórtex, o sea la interferencia de la transmisión de inervación entre el cerebro emocional y el cerebro de la palabra, esta conexión representa el eje coordinador del funcionamiento neurofisiológico, por lo que el bloqueo de esta transmisión hace difícil o imposible el reconocimiento de las emociones propias (49).

La alexitimia es muy frecuente en varios trastornos hereditarios del neurodesarrollo, lo que sugiere que puede tener probablemente un componente genético que generaría cierta predisposición, surge como ejemplo las personas con trastorno del espectro autista (TEA) que tienen mayores tasas de alexitimia clínicamente significativa (50,52).

2.1.1.3.2. Alexitimia secundaria

Es llamada también como alexitimia tardía, que se desarrolla como un mecanismo de defensa transitorio frente a situaciones estrés agudo, alguna enfermedad orgánica, un traumatismo importante, o situaciones de conflicto en cualquier sujeto; y es potencialmente reversible una vez que el mecanismo desencadenante remita; ocasionalmente ocurre la alexitimia secundaria crónica, en pacientes que cursan con patologías o sufren traumatismos que tiendan hacia un desarrollo crónico. También cabe recalcar que existen cuadros de alexitimia transitoria o pseudoalexitimia, el cuál cesa al remitir las circunstancias ambientales o estado depresivo que lo desencadenó inicialmente (49).

El estrés generado por la violencia, puede ocasionar un bloqueo emocional que representa una reacción vivencial defensiva contra el sufrimiento proporcionado por una situación de amenaza, con vistas a protegerse contra el sufrimiento o los afectos dolorosos (49), además una vez instaurada la alexitimia en esta población genera una dificultad para regular las emociones negativas y se asocia con bajos niveles de afecto positivo, teniendo una relación especialmente alta con la depresión (12).

La alexitimia adquirida también se refiere a la presencia de una conciencia emocional reducida en pacientes después de la aparición de alguna enfermedad o trauma adquirido que induce un trastorno cerebral marcado que genera desbalance en la noción emocional propia, estas situaciones pueden ser una lesión cerebral traumática, la enfermedad de Parkinson, enfermedades neurovasculares y enfermedades neurodegenerativas, entre otras (50).

2.1.1.4. Perfil de la personalidad de alexitimia

El núcleo semiológico del perfil de la personalidad alexitímica se centra en la afectividad, caracterizándose por una dificultad para identificar, reconocer, describir o nombrar sus propios sentimientos y emociones. Además, presentan problemas para captar los estados emocionales de los demás, reflejando en conjunto una conciencia emocional muy limitada. Por esta razón, las personas alexitímicas han sido descritas como "afásicos de sentimientos", "afásicos afectivos" o "analfabetos emocionales".

A su vez, tienen un pensamiento concreto y centrado en detalles externos, enfocado en lo inmediato, carente de fantasía, sueños, creatividad, abstracción y de dudas, con una tendencia a recurrir a la acción para afrontar los problemas o los conflictos. Este tipo de pensamiento se define como operativo o instrumental, y se inscribe en un estilo cognitivo pragmático y directo. En su forma de expresarse, destacan por la escasez de mímica, gestos y palabras, utilizando un lenguaje lento, monótono, minucioso y repetitivo, lo cual se traduce en una notable pobreza comunicativa (49).

Algunas características vinculadas con la alexitimia son carencia de humor; trastorno de la empatía, la manifestación repentina y esporádica de llanto o cólera; impresión generalizada de una personalidad seria o aburrida con un mecanismo de reduplicación proyectiva, déficit en establecer un vínculo emocional y el poseer relaciones interpersonales distanciadas; estas personas tienden a relacionarse con un estilo de apego evitativo, falta de confianza y resiliencia con el prójimo y consigo mismo, inclinación al aislamiento, manifiestan negación hacia la intimidad, dificultad para depender de los demás. Se perciben autosuficientes, restando el valor de las relaciones afectivas. La motivación por conservar su independencia genera un estado de alerta a las

señales de intrusión de otras personas y su autosuficiencia los lleva a evitar todo lo que active su sistema de afecto (12,49,53).

La alexitimia alcanza un impacto trascendental en la sociedad como una variable perturbadora de la interacción social (49), incluso siendo importante en la reincidencia de actitudes violentas de delincuentes agresivos, al parecer estas personas con alexitimia pueden verse más afectados por factores de riesgo y, por lo tanto, más propensos reincidir en sus actos negativos como consecuencia de su impulsividad (54).

2.1.1.5. Alexitimia en el embarazo

La información disponible sobre la alexitimia durante el embarazo aún es limitada. Sin embargo, Linn et al. reportaron que las gestantes con alexitimia tenían niveles más altos de depresión, ansiedad, ira y mayores dificultades en la regulación emocional (13). Así también, Mangialavori et al. reportó que la presencia de alexitimia en las gestantes puede afectar negativamente el desarrollo del apego prenatal, al interferir con la capacidad de la gestante para elaborar una representación mental del feto y establecer vínculos afectivos tempranos, fundamentales para la futura relación madre-hijo (19). El apego prenatal ha sido identificado como un componente clave para la consolidación del vínculo postnatal (38); por tanto, su deficiencia se ha asociado con mayores niveles de estrés, ansiedad y síntomas depresivos durante el embarazo y en el periodo posparto (38,55). Además, esta condición podría influir negativamente en la adherencia a conductas de salud materna, como el seguimiento adecuado de controles prenatales, una alimentación equilibrada (38) y la evitación de sustancias nocivas como el tabaco (13,38). De igual forma, la ausencia de un vínculo prenatal sólido se ha relacionado con un mayor riesgo de alteraciones en el desarrollo neuroconductual del feto, lo que podría traducirse en dificultades emocionales y conductuales durante la infancia (38,56).

Por otro lado, García Vega et al. encontraron que puntuaciones elevadas en la Escala de Alexitimia TAS-20 constituían un indicador significativo de riesgo para requerir atención psiquiátrica tanto durante el embarazo como en el puerperio (57), subrayando la importancia de su detección temprana en el contexto de la atención perinatal.

2.1.1.6. Factores de riesgo

La alexitimia continúa siendo un campo a estudiar, un reporte previo identifica como factores de riesgo potenciales para desarrollo de rasgos alexitímicos a la emoción social, el abuso infantil y la exposición general al trauma, y más recientemente se considera que la severidad de los rasgos está completamente mediada por sus efectos sobre la ideología emocional, lo cual es un punto crítico en el tratamiento (58).

2.1.1.7. Detección

Ante la sospecha de un paciente alexitímico, se debe de verificar los constructos objetivables, que son como los pilares clínicos de la alexitimia:

- Verbalización emocional:
 - Dificultad para encontrar las palabras exactas para describir o enumerar el sentimiento o la emoción.
 - No saber hablar de sentimientos.
- Reactividad emocional:
 - No saber por qué se siente enfado o se está enojado.
 - ¿Cómo se sentiría si alguien le llamase ladrón? “lo niego”.
 - ¿Cómo se sentiría si alguien le amenazase con un cuchillo? “me defiendo”.
 - ¿Cómo se sentiría si viese venir sobre él un camión a 150 km. por hora? “me aparto”.
- Pensamiento lento, exterior concreto o instrumental:
 - Se pierde en detalles cuando trata de decir algo.
 - Pensamiento basado en la convicción de tener una transparencia global basada en “o blanco o negro”.
- Fantasía escasa o nula:
 - No entender ni gustarle la poesía.
 - Escasez de ensoñaciones o sueños.
- Somatización: Convicción de tener sensaciones corporales molestas que ni los médicos las comprenden.

Se dispone una serie de escalas o cuestionarios para la evaluación psicométrica de la alexitimia, donde destaca la “Escala Modificada de Toronto para la Alexitimia” (49).

2.1.1.8. Orientación terapéutica

El inicio del tratamiento requiere la existencia de una motivación o una solicitud que puede partir del médico, de algún familiar o de uno mismo para poner remedio a sus somatizaciones o a la patología asociada de tipo físico o mental. La psicoterapia selectiva para el alexitímico queda enfocada a dos modalidades de psicoterapia breve: la psicoterapia interpersonal o al análisis introspectivo.

Con la psicoterapia interpersonal se busca disminuir los conflictos personales presentes en una proporción abrumadora en la vida del alexitímico y con el análisis introspectivo se busca mejorar la restricción de la conciencia emocional (nombrar y expresar las emociones) y enriquecer el pensamiento y la vida imaginaria con la aportación de reflexiones.

Además, se describe también que la psicoterapia breve comprensiva estimuladora de la capacidad de comunicación, la terapia de expresión corporal o las técnicas de relajación, como formas de psicoterapia no verbal, pueden resultar de una utilidad coadyuvante.

La indicación de psicofármacos se ajusta al logro de estos cuatro objetivos:

- Activar los sentimientos positivos y reducir la hostilidad y los sentimientos negativos, con la administración de un inhibidor de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina, como la venlafaxina o la duloxetina.
- Inhibir la impulsividad o facilitar el autocontrol y amortiguar las somatizaciones, con la administración de moléculas psico reguladoras, como la lamotrigina, el topiramato, la gabapentina o la pregabalina.

La mejoría de las personas alexitímicas es posible, sin embargo, requiere un gran esfuerzo terapéutico desplegado en los tres aspectos mencionados: el uso de los fármacos apropiados, la entrega a la modalidad de psicoterapia breve efectiva señalada y una estrategia de vida debidamente planificada (49).

2.1.2. Violencia de pareja íntima (VPI)

2.1.2.1. Definición

La violencia doméstica y familiar son comportamientos abusivos en los que un individuo gana poder sobre otro individuo. Es considerado un problema de salud pública a nivel mundial por su alta prevalencia e incidencia, así como por su repercusión en el empeoramiento de la salud psicológica y física, disminución

de la calidad de vida, disminución de la productividad y, en algunos casos, mortalidad. Este término abarca diferentes tipos de violencia como la violencia física, sexual, emocional, económica y psicológica, hacia niños, adultos y ancianos, comprendiendo al abuso infantil, la violencia de la pareja íntima y el abuso de ancianos (59).

La violencia de la pareja íntima (VPI) es la victimización de una persona con la que el abusador tiene una relación íntima o romántica. El CDC la define como "violencia física, violencia sexual, acoso y agresión psicológica (incluidos actos coercitivos) por parte de una pareja íntima actual o anterior" (59).

2.1.2.2. Epidemiología

La VPI física, psicológica, sexual real o amenazada por una pareja actual o anterior es la violencia más común perpetrada contra las mujeres (3). Las estimaciones de prevalencia a lo largo de la vida son altas para todas las regiones de la OMS, y oscilan entre el 23 % y el 38 % entre las mujeres que alguna vez tuvieron pareja (60).

En las Américas, las mujeres informaron haber experimentado alguna vez VPI física y/o sexual en tasas que oscilaron entre el 14 % y el 17 % de las mujeres en Brasil, Panamá, Uruguay y hasta más de la mitad (58,5 %) en Bolivia (61).

En el Perú de acuerdo a la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar – ENDES 2023, 53.8% de las mujeres fueron víctimas de violencia psicológica, física y/o sexual, alguna vez por el esposo o compañero (62).

En la región Cusco, la prevalencia de violencia a la mujer alcanzó el 65,3% en el año 2019 (11). Según los datos del CDC-MINSA, durante el periodo 2016 al 2024 se ha observado una tendencia creciente en los casos reportados de VPI, reexportándose 2804 y 5126 casos respectivamente (10).

2.1.2.3. Factores etiológicos

Se ha evidenciado que cada forma de violencia familiar engendra formas interrelacionadas de violencia, es decir el "ciclo de abuso", este a menudo continúa desde los niños expuestos, a sus relaciones adultas y finalmente al cuidado de los ancianos.

Existen hallazgos patológicos, condiciones médicas y estilos de vida tanto en las víctimas como en los perpetradores de violencia (59).

2.1.2.3.1. Perpetradores

Existen muchos factores por la que los perpetradores tienen la necesidad de controlar (59).

- Tener un mayor consumo de alcohol y drogas ilícitas
- Poseer una actitud posesiva, celoso, desconfiado y comportamiento paranoico
- Controlar la actividad familiar cotidiana, incluido el control de las finanzas y las actividades sociales
- Sufrir baja autoestima
- Tener dependencia emocional, tiende a ocurrir en ambos miembros de la pareja, pero más en el abusador
- Problemas de manejo de la ira
- Creencias culturales que pueden controlar a su pareja por derecho
- Trastorno psicológico o de personalidad
- Comportamiento aprendido al crecer en una familia con violencia doméstica frecuente y aceptada como algo normal

2.1.2.3.2. Antecedente de violencia en la infancia

La violencia doméstica en el hogar resulta en daño emocional, que ejerce efectos continuos a medida que la víctima madura. Se evidencia que los niños que son testigos de violencia doméstica corren un mayor riesgo de violencia en el noviazgo y tienen más dificultades con las parejas y la crianza de los hijos; así mismo, tienen un mayor riesgo de padecer de trastorno de estrés postraumático, comportamiento agresivo, ansiedad, problemas de desarrollo, dificultad para interactuar con personas, problemas académicos y tienen una mayor incidencia de abuso de sustancias. Por otra parte, también se reporta que los niños expuestos a la violencia doméstica a menudo se convierten en víctimas de la violencia y estos tienen mayor riesgo de sufrir resultados psicosociales adversos (59).

2.1.2.4. Factores de riesgo

Los factores de riesgo más importantes identificados fueron el embarazo no planificado y tener padres con una educación inferior a la secundaria, un indicador plausible de un nivel socioeconómico más bajo. También se evidenció

que los jóvenes, las mujeres solteras corrían el mayor riesgo de experimentar VPI; otros factores adicionales que mostraron asociaciones positivas pero estadísticamente no significativas a nivel individual fueron el consumo excesivo de alcohol, uso de marihuana, experiencias de abuso infantil, educación inferior a la secundaria y comportamiento antisocial adolescente; a nivel relacional fueron la convivencia y la mayor dependencia (63).

2.1.2.5. Factores protectores

Los factores protectores significativos que se reportaron a nivel individual son ser mayor. A nivel relacional, estar casado, pero este es variable; otros factores adicionales que mostraron asociaciones positivas pero estadísticamente no significativas fueron el tener una relación positivas con los padres y tener más apoyo social (63).

2.1.2.6. Signos, actitudes y comportamientos asociados a violencia en las mujeres

2.1.2.6.1. Problemas gineco-obstétricos (64)

- Ausencia de una planificación familiar denotada en un pobre control de fecundidad (gestaciones no deseadas).
- Disfunciones sexuales atribuidas como síntomas de vaginismo, o dolor conocido como dispareunia.
- Dolor pélvico de forma crónica, infecciones a repetición.
- Infecciones de transmisión sexual no sustentables con las prácticas sexuales referidas.
- Presencia de lesiones físicas en genitales, abdomen o mamas durante la gestación.
- Solicitud recurrente de anticonceptivos de emergencia argumentando múltiples incidentes heterogéneos.
- Hijos con bajo peso al nacer y problemas en la ganancia ponderal.
- Intercurrencias en la recuperación fisiológica puerperal.
- Demoras en el acceso y solicitud de atención prenatal.
- Problemas gineco-obstétricos repetidos y recurrentes.

2.1.2.6.2. Síntomas psicológicos frecuentes (64)

- Trastornos en el establecimiento del sueño o insomnio.
- Antecedentes propios o familiares de depresión.
- Síntomas atribuidos a la ansiedad y angustia.
- Trastorno de estrés postraumático.
- Síntomas compatibles con episodio depresivo.
- Intentos o ideación suicida.
- Precepción de infravaloración propia o baja autoestima.
- Sentimientos de culpa.
- Limitación para la atención y concentración.
- Agotamiento en la esfera psíquica.
- Irritabilidad recurrente persistente.
- Trastorno en la dieta o en la conducta alimentaria.
- Labilidad sustancia en lo emocional.
- Abuso de psicofármacos con diferentes objetivos.
- Consumo elevado de tranquilizantes, alcohol u otras drogas.
- Agresividad sin causa aparente sumado a temor al agresor.
- Aislamiento de las relaciones sociales, baja participación en actividades comunitarias.

2.1.2.6.3. Síntomas físicos frecuentes (59,64)

- Dolores de cabeza o cefalea.
- Dolores cervicales.
- Síndrome doloroso crónico en general.
- Síndrome vertiginoso caracterizado por mareos.
- Manifestaciones funcionales gastrointestinales (diarrea, estreñimiento, flatulencias, dispepsia, náuseas o vómitos, dolor abdominal).
- Sensación de dificultades respiratorias

- Palpitaciones o taquicardia refleja
- Dispareunia o relaciones sexuales dolorosas o dolor pélvico crónico

2.1.2.6.4. Utilización de servicios sanitarios (64)

- Evidencia periodos de alta frecuentación a los servicios de salud seguida de episodios de largas ausencias.
- Incumplimiento de controles, citas o tratamientos.
- Frecuentes internamientos u hospitalizaciones.
- Acudir al prestador de salud en compañía de la pareja cuando previamente no lo hacía.

2.1.2.6.5. Características de las lesiones (59,64)

- Los sitios más expuestos como la cabeza, el cuello y la cara son los más afectados, la ropa puede cubrir lesiones en el cuerpo, los senos, los genitales, el recto y las nalgas; las lesiones defensivas pueden estar presentes en los antebrazos y las manos.
- Demoras en acudir para asistencia de las lesiones físicas.
- Incongruencia entre el tipo, la forma de la lesión y la explicación de la causa o mecanismo de lesión.
- Lesiones tipo equimóticas, hematomas o contusiones en zonas que generan sospecha como la cara o cabeza, los brazos o muslos o diferentes partes del cuerpo.
- Lesiones suscitadas por defensa (cara medial del antebrazo).
- Lesiones halladas en diferentes estadios de recuperación que sugieren violencia de larga data de evolución.
- Injurias durante la gestación en órganos genitales, pared de abdomen y tejido mamario.
- Registro clínico de accidentes frecuentes.

2.1.2.6.6. Actitudes de la víctima (64)

- Actitud evasiva, nerviosa, en estado de alerta e irritabilidad.
- Manifestaciones depresivas, sin motivos personales que la impulsen, sin esperanza.

- Actitud de prisa constante o de miedo.
- Emociones de culpabilidad.
- Condición de ansiedad constante o angustia.
- Sentimientos de vergüenza: apatía o retraimiento, limitación para comunicarse, evita mirar a la cara del evaluador.
- Desvalorización propia percibiendo apelativos negativos como torpe, inútil e incapaz.
- Vestimenta que puede evidenciar la intención de ocultar heridas o lesiones.
- Ausencia de atención y cuidado personal (apariencia desaliñada).
- Admite sus heridas o les resta relevancia.
- Si su pareja está presente, se presenta temblorosa en sus respuestas o con una sensación de apatía o subordinación, intentando de manera constante su aprobación o lo observa antes de expresarse.
- Divergencia entre su versión acerca de lo sucedido y la que proporciona su pareja, o modifica su versión cuando se encuentra en soledad.

2.1.2.7. Medidas de violencia de pareja íntima

Existen distintas medidas de VPI en el mundo, dentro de las que se reportaron existen medidas diseñadas específicamente para formas únicas de abuso, medida que presentaba elementos pictóricos; medidas tan breves y medidas para poblaciones específicas como militares, mujeres con discapacidad, lesbianas y mujeres embarazadas (65). Se pueden clasificar en cinco categorías:

2.1.2.7.1. Instrumentos breves de detección (65)

- **Pantalla de Evaluación de Abuso (AAS):** Diseñado específicamente para detectar mujeres embarazadas porque son una población de alto riesgo
- **Heridas, Insultos, Amenazas y Grito (HITS):** Diseñado para ser lo más breve posible y contiene solo cuatro elementos, originalmente fue diseñado para ser utilizado por médicos de atención familiar.
- **Herramienta de detección de abuso de la mujer (WAST):** Destinado a la detección por parte de médicos de familia.

2.1.2.7.2. Medidas de gravedad/casos de alto riesgo (65)

- **Evaluación del peligro (DA):** Se centra en la gravedad en el sentido de que pretende identificar los casos más graves. Fue diseñado para predecir el feminicidio o casi feminicidio.
- **Índice de abuso conyugal (ISA):** Tiene como objetivo capturar el espectro completo de gravedad y produce puntajes de gravedad tanto para el abuso físico como para el no físico.

2.1.2.7.3. Medidas de reincidencia criminal (65)

- **Guía de Evaluación de Riesgos de Violencia Doméstica (DVRAG):** Esta guía combinó la Evaluación de riesgo de agresión doméstica de Ontario (ODARA) con el contenido de la Lista de verificación de psicopatía revisada (PCL-R) para crear una evaluación de riesgo con fines de justicia penal.

2.1.2.7.4. Medidas de construcciones y actitudes relacionadas a la violencia sin preguntar abiertamente sobre comportamientos violentos (65)

- **Escala de Justicia Íntima (IJS):** Es una medida de "dinámica ética" y patrones más amplios en las relaciones, se utiliza para predecir la gravedad de la VPI.
- **Escala de propensión al abuso (PAS):** Está destinada a ser administrada a los perpetradores en lugar de a las víctimas de violencia. Este mide la propensión al abuso en función de la historia, los rasgos de personalidad y los síntomas de salud mental.
- **Escala de Actitud de Violencia de Pareja Íntima (IPVAS):** Diseñada para identificar a las personas en riesgo de abuso, identifica las actitudes de las personas hacia la VPI para tratar de identificar quienes corren el riesgo de perpetrar o ser víctimas de violencia en el futuro.
- **Inventario de Abuso de la Esposa (WAI):** Destinado a predecir aquellos en riesgo de convertirse en víctimas con fines de prevención.
- **Experiencia de las Mujeres con el Maltrato (WEB):** La escala es una medida de las experiencias de las mujeres en sus relaciones abusivas. Los ítems preguntan sobre vulnerabilidades psicológicas y reacciones emocionales a la relación abusiva para comprender no los comportamientos específicos que están ocurriendo, sino cómo se ve afectada la víctima.

2.1.2.7.5. Medidas de formas específicas de violencia (65)

- **Inventario de Comportamiento Abuso:** Desarrollado a partir de la teoría feminista y se enfoca en el terrorismo íntimo.
- **Escala de Comportamientos de Control (CBS):** Enfocado solo en los comportamientos destinados a controlar a la pareja.
- **Medida Multidimensional de Abuso Emocional (MMEA):** Es una medida de abuso emocional, dividida en múltiples categorías de abuso emocional (p. ej., intimidación y denigración).
- **Índice de Maltrato Psicológico de la Mujer:** Es una medida del maltrato psicológico de la mujer.
- **Escala de Abuso Económico (SEA):** Es una medida diseñada específicamente para capturar el abuso económico.
- **Cuestionario de Abuso Doméstico de NorVold:** Este mide cuatro formas de abuso, abuso emocional, físico, sexual y de atención médica. Está destinada a fines de investigación. Incluye elementos sobre el abuso por parte de profesionales médicos.

2.1.2.7.6. Estándar de oro (65)

- **Escala de Tácticas de Conflicto:** Es la medida “estándar de oro” más utilizada, sin embargo, también ha enfrentado críticas por no preguntar sobre ciertas formas de abuso, clasificar jerárquicamente los elementos por gravedad en los que puede no existir una verdadera jerarquía, no evaluar la motivación detrás de los actos violentos y enmarcar la violencia solo en el curso de un episodio de conflicto cuando no toda la violencia ocurre en este contexto.

2.1.2.8. Procedimientos para brindar atención de la mujer en situación de violencia

En Perú, el personal de salud dirige sus acciones para brindar atención y recuperación en el contexto de la salud mental a mujeres que sufren y se encuentran en situación de violencia a través de las siguientes estrategias:

2.1.2.8.1. Apoyo de primera línea: ANIMA y AVISAS

2.1.2.8.1.1. ANIMA (64,66)

- Atención al escuchar

- No juzgar y validar
- Informarse sobre las necesidades y preocupaciones
- Mejorar la seguridad y realizar la valoración de riesgo
- Apoyar

2.1.2.8.1.2. AVISAS (66)

Principalmente en situación de violencia sexual:

- Acogida para cuidado e intervención en crisis
- Valoración y evaluación emocional, físico-sexual
- Atención clínica
- Monitoreo de caso
- Disponibilidad de la información y de la justicia
- Seguridad (Plan de Seguridad)

2.1.2.8.2. Detección (64)

- **Sospecha del caso:** Consiste en observar signos y/o síntomas, actitudes y comportamientos de alerta ante una posible situación de VPI, este se descarta o confirma mediante una entrevista.
- **Consejería inicial:** Consiste en brindar pautas que ayuden a la persona a tomar decisiones en relación a problemas afines a la VPI.

2.1.2.8.3. Evaluación y diagnóstico

- **Examen mental:** Consiste en la investigación clínica de la dirección, pensamiento, lenguaje, percepción, afecto, voluntad, las funciones superiores y otros aspectos. Se destaca la identificación de los factores de riesgo vinculados a la violencia, factores de protección, factores perpetuadores de los sucesos violentos y la personalidad anterior de la persona afectada por violencia (64).
- **Diagnóstico:** Se realiza el diagnóstico establecido en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y según el caso, se puede realizar la referencia y articulación intersectorial, para asegurar la continuidad del tratamiento. Para la valoración del riesgo y actuación según nivel de riesgo, se utiliza la Ficha de valoración de riesgo en mujeres en situación de

violencia de pareja o expareja según lo establecido en el Protocolo de actuación conjunta entre los Centros Emergencia Mujer y Establecimientos de Salud (64).

2.1.2.8.4. Tratamiento y rehabilitación (64)

El objetivo es brindar tratamiento integral a las víctimas para la atención de las necesidades personales de salud a fin de lograr su recuperación, además de reconocer señales de alerta e impedir el aislamiento o la exposición a la violencia. Las intervenciones psicoterapéuticas pueden ser:

- Psicoterapia individual terapia cognitivo conductual centrada en el trauma
- Psicoterapia de exposición, desensibilización y reprocesamiento del movimiento ocular (terapia EDRM)
- Tratamientos cognitivo-conductuales (TCC) y tratamientos de exposición prolongada (TEP) para manejar el estrés post-traumático, el enfoque está orientado a mujeres adultas que sufren violencia sexual.

2.1.2.9. Consecuencias

La VPI puede tener consecuencias tanto inmediatas como a largo plazo para la salud mental y física de las víctimas, incluida la depresión y el deterioro físico (8), se reportaron también aumento de las lesiones físicas y comorbilidades gastrointestinales, ginecológicas y psiquiátricas (45).

2.1.2.10. Violencia de pareja íntima en el embarazo

2.1.2.10.1. Definición

La VPI contra mujeres embarazadas es un problema de salud pública mundial reconocido que afecta la salud psicológica, social, física y reproductiva. Se ha reportado que más de un tercio de las mujeres embarazadas experimentaron VPI, donde la forma más prevalente fue la violencia psicológica seguida de la violencia física y sexual (59,67). Se reporta que la VPI durante el embarazo puede causar hasta el 10% de las hospitalizaciones de embarazadas y el riesgo que este implica es particularmente agudo ya que tanto la madre como el feto están expuestos, además de las consecuencias psicológicas durante el embarazo como mayor estrés, depresión y adicción al alcohol, condiciones que pueden dañar al feto (59).

2.1.2.10.2. Prevalencia

La prevalencia mundial de la VPI durante el embarazo el año 2021 mostró un amplio rango, la VPI física fue de 1,6 - 78%, al igual que la VPI psicológica 1,8 - 67,4% (31). En otro estudio se reportó que la prevalencia osciló entre el 7% y el 81%, con una prevalencia combinada global estimada del 37%, de esta, la prevalencia de violencia física, sexual y psicológica fue de 24%, 21% y 27% respectivamente (68).

2.1.2.10.3. Factores de riesgo

Los factores que se asociaron a VPI se pueden clasificar como (68):

- **Relacionados con la víctima:** Falta de educación formal, antecedentes de violencia infantil, residencia rural, falta de poder de decisión, antecedentes familiares de violencia y actitud hacia la VPI.
- **Factores relacionados con el embarazo:** Embarazo no planificado, embarazo no deseado e inicio tardío de la atención prenatal.
- **Factores relacionados con el perpetrador:** Falta de educación formal, consumo de alcohol en la pareja, consumo de drogas en la pareja.

2.1.2.10.4. Signos, actitudes y comportamientos

2.1.2.10.4.1. Durante el embarazo

Se puede sospechar caso de VPI cuando existe un primer control prenatal tardío, consultas regulares por reducción de la percepción de movimientos fetales, contusiones en zona abdominal y otras sin razón apropiada (64).

2.1.2.10.4.2. Durante el puerperio

Se reporta que la presencia de desgarros y dehiscencia de la episiotomía, una recuperación post-parto deficiente o lenta, la resistencia a usar anticoncepción debido a la coerción reproductiva o celotipia de la pareja y el control neonatal tardío son signos y conductas que hacen sospechar de VPI (64).

2.1.2.10.5. Prevención

La evidencia de ensayos aleatorizados ha demostrado que capacitar a los profesionales de atención primaria en el interrogatorio selectivo de las mujeres sobre la VPI aumenta la divulgación y la derivación a servicios especializados en VPI. La realización de un tamizaje de VPI

a toda gestante en cada atención prenatal se recomienda a nivel mundial ya que el embarazo en curso se considera una etapa de riesgo elevado de VPI (45).

Además, otras medidas preventivas son la consejería de salud y salud mental, cambio de creencias, actitudes y comportamientos en relación con estereotipos machistas, uso de material informativo, programas preventivos en contextos educativos y universitarios, uso de herramientas de telesalud para difusión de mensajes preventivos y detección precoz, adaptados culturalmente (66).

2.1.2.10.6. Complicaciones

La VPI durante el embarazo se asocia con resultados obstétricos adversos o incluso la muerte materna, reportándose alta prevalencia de suicidios en esta población (45). Se ha reportado también que la VPI se asocia a complicaciones como embarazos no deseados, abortos inducidos, hemorragias, VIH y otras infecciones de transmisión sexual. Además, la VPI afecta la vida de los fetos al dañar la placenta, la ruptura del útero, el trauma fetal, aborto espontáneo, trabajo de parto prematuro, bajo peso al nacer (7,9); así también el aumento de peso insuficiente, falta o dificultad de apego al bebé (8). Así mismo se reporta que la exposición a VPI en cualquier etapa del embarazo (1 año antes, durante o después del embarazo) se asocia negativamente con la lactancia ocasionando el acortamiento de la duración de la lactancia, el inicio tardío y la interrupción temprana de la lactancia materna exclusiva (8).

- Efecto en la salud mental

Se evidencia que la violencia psicológica es la forma más común de VPI, en comparación con la violencia física y sexual. Y esta tiene amplias consecuencias en la salud mental de sus víctimas, identificándose síntomas de trastorno de estrés postraumático (TEPT) asociado a síntomas comórbidos como depresión, ansiedad, abuso de alcohol o drogas, tendencias suicidas, problemas sexuales, problemas de sueño, problemas de concentración, somatización y problemas funcionales (por ejemplo, sociales, educativos u ocupacionales), así como sentimientos de vergüenza y culpa (11).

2.1.3. Asociación de violencia de pareja íntima y alexitimia

Si bien la investigación sobre la asociación entre VPI y alexitimia aún es limitada, existen hallazgos que permiten comprender cómo estas dos variables pueden estar interrelacionadas. La alexitimia, ha sido vinculada con experiencias traumáticas y contextos de estrés crónico, los cuales son frecuentes en entornos donde existe violencia de pareja. En este sentido, diversos estudios han reportado que las mujeres víctimas de VPI presentan niveles significativamente más altos de alexitimia en comparación con quienes no han estado expuestas a este tipo de violencia (8,14–18,22).

Se ha planteado que el trauma en la vida adulta, particularmente aquel de carácter severo, persistente y carente de soporte emocional o vínculos seguros, puede contribuir al desarrollo de características alexitímicas profundas. La ausencia de relaciones de apego positivas impide la regulación interpersonal y la "desintoxicación" de los estados mentales traumáticos, lo que conlleva a respuestas defensivas masivas frente a emociones intensas, así como a bloqueos en el funcionamiento afectivo. En estos casos, puede producirse una desdiferenciación, desverbalización y resomatización de los afectos, lo que deriva en una vivencia emocional difusa, no modulada y las emociones a menudo se manifiestan en forma de síntomas somáticos. Si la exposición traumática persiste, el individuo puede llegar a un estado de desconexión emocional o "anestesia afectiva", caracterizado por una percepción reducida o nula de los sentimientos, anhedonia y despersonalización, porque los sentimientos están separados de la conciencia (69).

Este deterioro en el procesamiento emocional tiene importantes implicancias en la dinámica de la VPI. La alexitimia podría actuar como un factor de vulnerabilidad al dificultar la comunicación emocional efectiva y limitar la capacidad para resolver conflictos en la relación de pareja, contribuyendo así a la instauración de un entorno disfuncional que perpetúa el ciclo de la violencia (18,39,41). Se reportó en una revisión sistemática que la alexitimia puede funcionar como un moderador del riesgo de reincidencia en conductas violentas, facilitando la cronificación del problema y generando un círculo vicioso de violencia intrafamiliar (54).

Por otro lado, se ha observado un patrón diferencial según el sexo: en mujeres, la alexitimia suele estar más asociada a la violencia recibida, actuando como una posible consecuencia emocional del trauma (16,17), además que en estos casos, la alexitimia podría actuar como factor de riesgo para la aparición de patrones de violencia reactiva (16). Mientras que, en varones, se ha vinculado con la violencia ejercida,

posiblemente debido a su efecto negativo en la regulación emocional y el incremento de la impulsividad, lo que eleva el riesgo de conductas agresivas (54,70,71).

Por ende, la alexitimia puede desempeñar un rol dual en la dinámica de la VPI, actuando tanto como una consecuencia de la exposición a eventos traumáticos, como un factor que contribuye a su perpetuación (39,41).

2.1.4. Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)

La alexitimia es un constructo hipotéticamente complicado de evaluar, desde hace años se intentado contar con un instrumento que pueda permitir un diagnóstico o medir la existencia de alexitimia, ante ello surge como una propuesta psicométrica con adecuada fiabilidad y validez, conocida como Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)(72).

Esta escala fue desarrollada por Bagby, Parker y Taylor en 1994 a partir de versiones anteriores con 26 y 23 preguntas, ha sido validada en diversos entornos culturales. Ésta presenta una estructura basada en tres factores correlacionados: a) Dificultad para expresar sentimientos con cinco indicadores (2, 4, 11, 12, y 17), b) Dificultad para identificar sentimientos con siete indicadores (1, 3, 6, 7, 9, 13 y 14) y c) Pensamientos orientados hacia los detalles externos con ocho indicadores (5, 8, 10, 15, 16, 18, 19 y 20) (73).

Se ha tomado en cuenta la traducción del cuestionario a su versión en español realizado por Perez-Rincon *et al.* (67); esta escala consta de 20 ítems con valoración tipo Likert con una buena confiabilidad determinada por el coeficiente de alfa de Cronbach con un valor de 0.875.

En la escala se pueden obtener resultados que van de 0 a 100 puntos, y según los puntos de corte, se pueden interpretar de la siguiente manera:

- ≤ 51 : Ausencia de alexitimia
- Entre 52 y 60: Alexitimia límite
- ≥ 61 : Alexitimia

2.1.5. Escala Woman Abuse Screening Tool (WAST)

El instrumento Woman Abuse Screening Tool (WAST) en su versión corta, fue desarrollado a partir de su versión original propuesta en los Estados Unidos de Norteamérica y validado al español (74). Se ha tomado en cuenta la adaptación y

traducción del cuestionario a su versión en español realizado por Binfa *et al.* en Chile, el año 2018, siendo evaluado en atención primaria, resultando ser uno de los mejores evaluadores en contextos no específicos de maltrato (75). Esto debido a que es conciso, comprensible y con óptima consistencia interna en estudios que lo han utilizado, además que demostró un buen rendimiento diagnóstico para ser aplicado en gestantes durante las visitas domiciliarias (76); por estas razones, su recomendación en Perú fue incorporada para su aplicación en los establecimientos de salud mediante la “Guía técnica para el cuidado de la salud Mental de Mujeres en Situación de Violencia” con Resolución Ministerial Número 670 del Ministerio de Salud en el año 2021 (64).

Este instrumento consta de ocho interrogaciones tipo Likert que indaga sobre a) el nivel de tensión o estrés presente en la relación; b) dificultad para solucionar problemas o discusiones y c) presencia de sucesos violentos en el ámbito emocional, psicológico, físico o sexual. Este instrumento obtuvo una sensibilidad de 100% y especificidad de 96.4%, con un alfa de Cronbach de 0,91 (75).

Las posibles respuestas se clasifican en 3 grados o niveles de menor a mayor gravedad: la respuesta menos deseable va con 3 puntos, y la más deseable con 1 punto; así, el máximo valor del puntaje es de 24 puntos y el mínimo de 8, considerándose tamizaje positivo con puntaje mayor e igual a 15 puntos. Además, si la respuesta a las siguientes preguntas “Las discusiones ¿terminan en golpes, patadas o empujones?” y “Su pareja ¿la insulta, grita, humilla o descalifica verbalmente?” son positivas, incluso aunque el total fuera menor de 15 se considera tamizaje positivo (64).

2.2. Definición de términos básicos

- 2.2.1. Violencia de Pareja:** Un patrón de conducta agresiva y coercitiva por un individuo en contra de su pareja o cónyuge que puede incluir daño físico, abuso psicológico, abuso sexual, aislamiento progresivo, acecho, privación, intimidación y la coerción reproductiva (Fuente: DeCS-BIREME).
- 2.2.2. Alexitimia:** Estado de ánimo o respuestas emocionales disonantes o inapropiadas para el comportamiento y/o estímulo (Fuente: MeSH-NCBI MEDLINE).
- 2.2.3. Mujeres Embarazadas:** Mujeres que están embarazadas, como entidades culturales, psicológicas o sociológicas (Fuente: MeSH-NCBI MEDLINE).
- 2.2.4. Violencia doméstica:** Abuso físico deliberado, con frecuencia reiterado, verbal y/o de otro tipo por parte de uno o más miembros en contra de otros miembros del hogar (Fuente: DeCS-BIREME).

2.2.5. Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20): Es un cuestionario de 20 ítems, en el que se obtiene un rango de posibles resultados que va de 20 a 100 puntos; según el cual se puede evaluar la ausencia de alexitimia, posible alexitimia y alexitimia (72).

2.2.6. Escala Woman Abuse Screening Tool (WAST): Es un cuestionario de 8 ítems que evalúa si una mujer gestante sufre de violencia íntima de pareja, en el que se obtiene un rango de posibles resultados que va de 8 a 24 puntos. Es uno de los instrumentos más utilizados en la literatura para la evaluación correspondiente (64).

2.3. Hipótesis

2.3.1. Hipótesis general

Ha: Existe una asociación significativa entre la violencia de pareja íntima y la alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.

Ho: No existe una asociación significativa entre la violencia de pareja íntima y la alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.

2.3.2. Hipótesis específicas

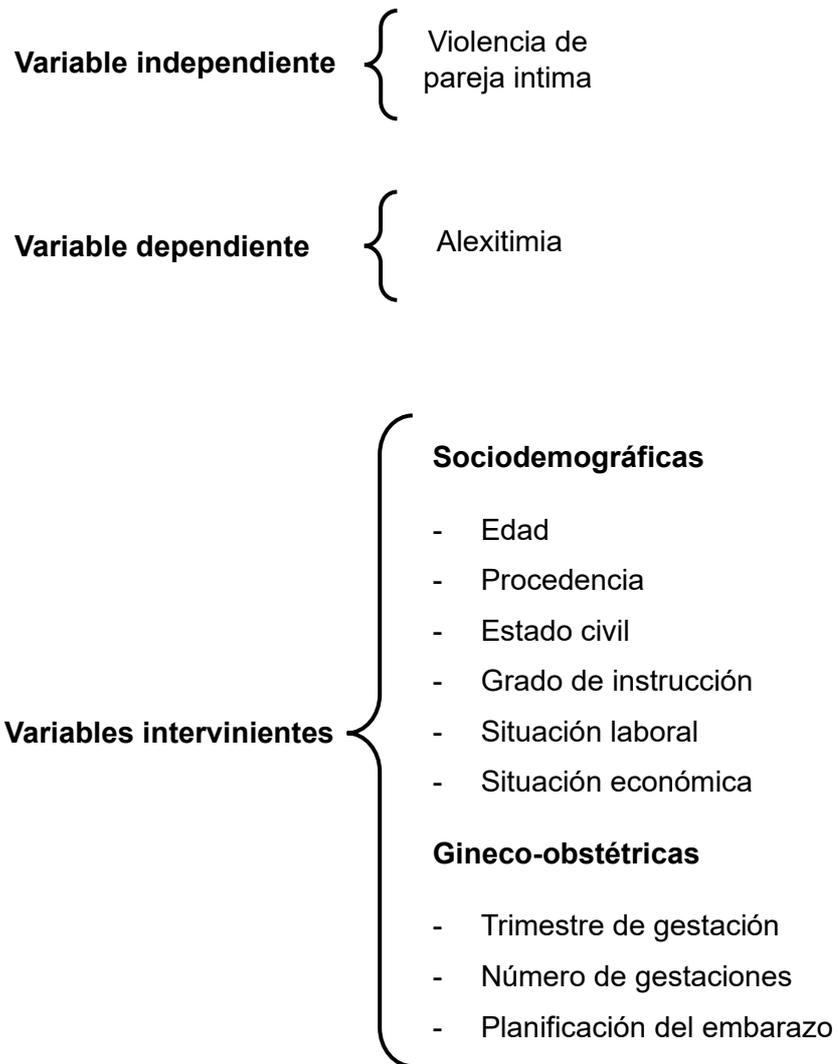
H1: La frecuencia de violencia de pareja íntima es elevada en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.

H2: La frecuencia de alexitimia es alta en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.

H3: Existen características sociodemográficas (edad, procedencia, estado civil, grado de instrucción, situación laboral y situación económica) y gineco-obstétricas (trimestre de gestación, número de gestaciones y planificación del embarazo) significativamente asociadas a la presencia de alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.

H4: La violencia de pareja íntima se asocia significativamente con la alexitimia, incluso después de controlar por variables sociodemográficas (edad, procedencia, estado civil, grado de instrucción, situación laboral y situación económica) y gineco-obstétricas (trimestre de gestación, número de gestaciones y planificación del embarazo), en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.

2.4. Variables



2.5. Definiciones operacionales

Variable	Definición conceptual	Dimensiones / Dominios	Indicadores	Naturaleza	Forma de medición	Escala de medición	Instrumento	Expresión final de la variable	ITEM	Definición operacional de la variable
Violencia de pareja íntima	Un patrón de conducta agresiva y coercitiva por un individuo en contra de su pareja o cónyuge que puede incluir daño físico, abuso psicológico, abuso sexual, aislamiento progresivo, acecho, privación, intimidación y la coerción reproductiva.	Grado de estrés existente en la relación	Nivel de tensión, malestar o presión emocional experimentado dentro de la dinámica de pareja.	Cualitativa	Indirecto	Nominal	Woman Abuse Screening Tool (WAST)	¿La gestante es víctima de Violencia de Pareja Íntima? a) Sí (\geq 15 puntos o respuesta positivo en el ítem 35 o 38) b) No ($<$ de 15 puntos)	30, 31, 32, 33, 34, 35, 36 y 37	Se definirá como toda mujer víctima de violencia de pareja íntima que haya sufrido violencia por su conyugue en sus diferentes modalidades y resulte como positivo a la escala WAST (Mayor e igual a 15 puntos o respuesta positiva para ITEM 35 y 38)
		Dificultad para resolver discusiones	Frecuencia de conflictos de pareja que permanecen sin solución o generan mayor conflicto.							
		Existencia de episodios violentos a nivel emocional, psicológico, físico o sexual	Existencia de conductas agresivas o restrictivas a nivel emocional, psicológico, físico o sexual ejercidas por la pareja.							

Alexitimia	Rasgo psicológico caracterizado por la dificultad para identificar, describir y expresar emociones, así como un pensamiento orientado hacia lo externo. Se ha vinculado con alteraciones en la regulación emocional y se asocia con experiencias traumáticas, trastornos psicósomáticos y dificultades interpersonales.	Dificultad para expresar sentimientos	Grado de dificultad al expresar cómo se siente ante otros.	Cualitativa	Indirecto	Nominal	Escala de alexitimia de Toronto (TAS-20)	<p>¿La gestante presenta rasgos alexitímicos?</p> <p>a) Sí (Alexitimia \geq 61 puntos y alexitimia límite 52 a 60 puntos)</p> <p>b) No (\leq 51 puntos)</p>	10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28 y 29	Se evaluará el nivel de alexitimia mediante la aplicación del instrumento TAS-20, que consta 20 ítems en escala Likert de cinco puntos. La puntuación puede ir de 0 a 100 puntos; y el puntaje total determinará la presencia de alexitimia (\geq 61 puntos), alexitimia límite (52 a 60 puntos) o ausencia de alexitimia (\leq 51 puntos). Similar a estudios previos se combinó el grupo de alexitimia límite y alexitimia (13,77).
		Dificultad para identificar sentimientos	Grado de confusión al identificar emociones propias							
		Pensamientos orientados hacia lo externo	Predominio del pensamiento práctico o tendencia a enfocarse en hechos concretos y no en estados internos.							

Variables intervinientes	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Naturaleza	Forma de medición	Escala de medición	Instrumento	Expresión final de la variable	ITEM	Definición operacional de la variable
Edad	Hace referencia a los años cumplidos desde el nacimiento	Edad cumplida en años	Edad obtenida según DNI	Cualitativa	Directo	Ordinal	Encuesta	¿Cuántos años tiene? (en años cumplidos) a) 18 a 34 años b) 35 a más	1	Se clasificará a las gestantes en dos grupos etarios. Gestantes jóvenes (18 a 34 años) y con edad avanzada o añosas (35 a más) (78,79)
Procedencia	Área territorial que distingue el lugar de origen o residencia habitual de la gestante.	Entorno geográfico	Zona de procedencia	Cualitativa	Directo	Nominal		¿Cuál es tu lugar de procedencia? a) Rural b) Urbano	2	Se clasificará la zona como urbana o rural, según lo declarado por la gestante (80)

Estado civil	Situación legal o consensuada que describe la relación afectiva o contractual de una persona con otra.	Situación conyugal	Estado civil según DNI	Cualitativa	Directo	Nominal	<p>¿Cuál es su estado civil?</p> <p>a) Conviviente b) Casada c) Separada - divorciada</p>	3	Se expresará según la condición legal en la cual se encuentre la gestante (81,82)
Grado de instrucción	Nivel más alto de educación formal alcanzado por la gestante, de acuerdo con el sistema educativo nacional.	Nivel educativo alcanzado	Nivel de educación formal que ha completado	Cualitativa	Directo	Ordinal	<p>¿Cuál es tu grado de instrucción?</p> <p>a) Analfabeto b) Primaria c) Secundaria d) Superior</p>	4	Nivel educativo reportado por la gestante al momento de la recolección de datos (80)

Situación laboral	Estado actual de empleo o actividad económica que realiza una persona.	Estado laboral actual	Situación laboral identificando si está activa laboralmente (independiente, sector público o privado) o no (Desempleada o ama de casa).	Cuantitativo	Directo	Nominal		¿Cuál es su situación laboral? a) Sin empleo b) Con empleo	5	Condición actual respecto a la actividad remunerada o no remunerada de la persona (80)
Situación económica	Capacidad de una persona o familia para satisfacer sus necesidades en función de sus ingresos económicos que tiene.	Ingreso mensual	Nivel de ingreso económico familiar	Cualitativa	Directo	Ordinal		¿Cuál de los siguientes valores se aproxima más al salario mensual de su hogar? a) Bajo (1300 - 2400) b) Medio (4000) c) Alto (7000 - 12000)	6	Valoración de la situación económica de la gestante y su hogar. Bajo (ingresos escasos), Medio (ingresos suficientes para necesidades básicas) y Alto (ingresos holgados, capacidad de ahorro y consumo extra)

Trimestre de gestación	División del embarazo en tres periodos, que permiten analizar los cambios fisiológicos, psicológicos y clínicos en la gestante	Periodo gestacional	Etapa cronológica del embarazo (en trimestres)	Cualitativa	Directo	Ordinal	<p>¿En qué trimestre de gestación se encuentra?</p> <p>a) I trimestre (0 a 13 sem.) b) II trimestre (14 a 27 sem.) c) III trimestre (28 sem. a más)</p>	7	Se registrará según la edad gestacional estimada por la fecha de última menstruación o ecografía obstétrica.
Numero de gestaciones	Número total de veces que una mujer ha estado embarazada, independientemente del resultado y permite clasificarla según su experiencia reproductiva.	Experiencia gestacional	Clasificación obstétrica según número de gestaciones	Cualitativo	Directo	Ordinal	<p>¿Cuántos embarazos tuvo? (incluye abortos)</p> <p>a) Primigesta (1er embarazo) b) Multigesta (2 a 4 embarazos) c) Gran multigesta (5 o más)</p>	8	Se determinará por autorreporte de la gestante y se clasificará según el número total de gestaciones acumuladas (incluyendo el embarazo actual).

Planificación del embarazo	Se refiere al deseo y decisión consciente de concebir en un momento específico, considerando factores personales, emocionales, económicos y de salud reproductiva	Planificación reproductiva	Embarazo planificado o no planificado	Cualitativa	Directo	Nominal		<p>¿El embarazo actual fue planificado por usted y su pareja?</p> <p>a) Si</p> <p>b) No</p>	9	Corresponde a la valoración de si el embarazo actual fue deseado y planificado por la gestante y/o su pareja antes de su concepción (80)
----------------------------	---	----------------------------	---------------------------------------	-------------	---------	---------	--	---	---	--

CAPITULO III: METODOS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Tipo de investigación

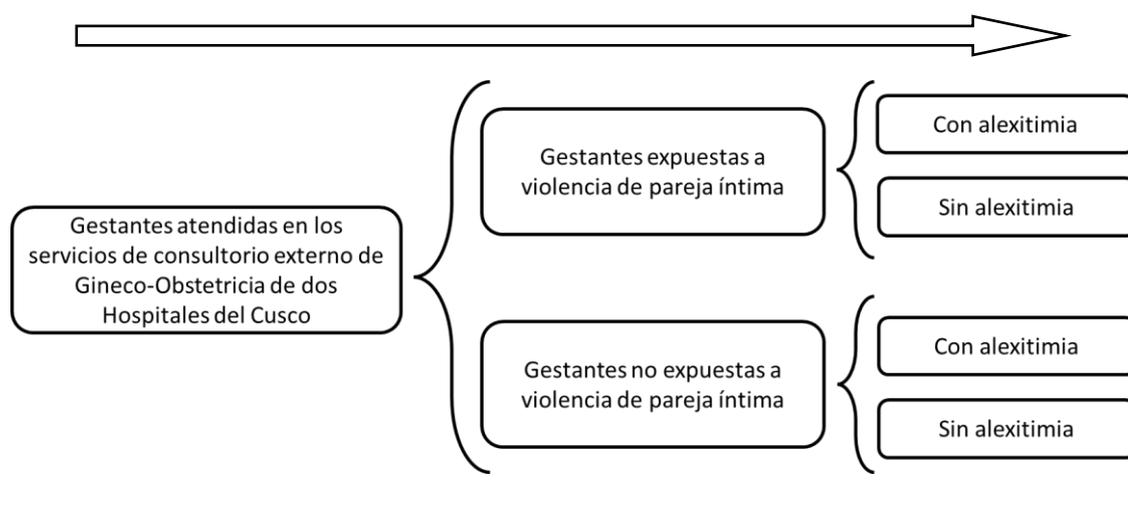
El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo, ya que se utilizó la recolección de datos para probar la hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin establecer pautas de comportamiento y probar teorías (83).

Es de alcance correlacional porque se describió la asociación de dos o más variables mediante un patrón predecible para un grupo o población (83). Es por ello que el presente estudio busca determinar la asociación entre la violencia de pareja íntima y la alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.

3.2. Diseño de la investigación

Es un estudio observacional o no experimental, porque se realizó sin la manipulación deliberada de la variables y sólo se observó los fenómenos en su ambiente natural para analizarlos (83).

Tipo transversal o transeccional correlacional debido a que los datos se recolectaron en un solo momento, se describió y analizó las frecuencias, así como, se estudió la correlación entre dos o más variables en un momento determinado (83). Es por ello que la presente investigación busca determinar la asociación entre la violencia de pareja íntima y la alexitimia en gestantes atendidas en los servicios de consultorio externo de Gineco-Obstetricia de dos hospitales del Cusco, 2025.



3.3. Población y muestra

3.3.1. Descripción de la población

La población de estudio estuvo conformada por gestantes que concurrieron para recibir atención en los servicios de consultorio externo de Gineco-Obstetricia de dos Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que pertenecen al Ministerio de Salud: Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional del Cusco, categoría III-1; durante los meses de febrero, marzo y abril del año 2025.

3.3.2. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Gestantes con edad igual o mayor a 18 años al momento de la recolección de datos.
- Gestantes que acepten voluntariamente ser parte del estudio y brinden su consentimiento.
- Gestantes atendidas en los servicios de consultorio externo de Gineco-Obstetricia del Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional del Cusco

Criterios de exclusión:

- Gestantes que expresen su decisión de no participar o que no otorguen su consentimiento informado para el estudio.
- Gestantes con deterioro cognitivo o discapacidades que interfieran significativamente con la comprensión o ejecución de la encuesta.
- Gestantes con trastornos graves de diversa etiología o complicaciones obstétricas severas al momento de la evaluación.
- Gestantes hospitalizadas o atendidas por el servicio de emergencia al momento de la recolección de datos.

3.3.3. Tamaño de muestra y método de muestreo

3.3.3.1. Tamaño de muestra

La muestra se recolectó por medio de una encuesta a gestantes atendidas en los servicios de consultorio externo de Gineco-Obstetricia de dos Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que pertenecen al Ministerio de Salud: Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional del Cusco, categoría III-1; durante los meses de febrero, marzo y abril del año 2025, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión establecidas anteriormente.

Para realizar el cálculo de tamaño muestral se utilizó el programa Epi InfoTM versión 7.2.5.0 del Centro de prevención y Control de Enfermedades de los Estados Unidos de América (CDC-EEUU).

Para el cálculo de tamaño muestral se utilizó el estudio tipo cohortes retrospectivo, publicado por **Chandan JS, Thomas T, Bradbury- Jones C, Russell R, Bandyopadhyay S. y Taylor J.** en su artículo titulado **“Mujeres sobrevivientes de violencia de pareja íntima y riesgo de depresión, ansiedad y enfermedades mentales graves”**, publicado en el año 2020 (84).

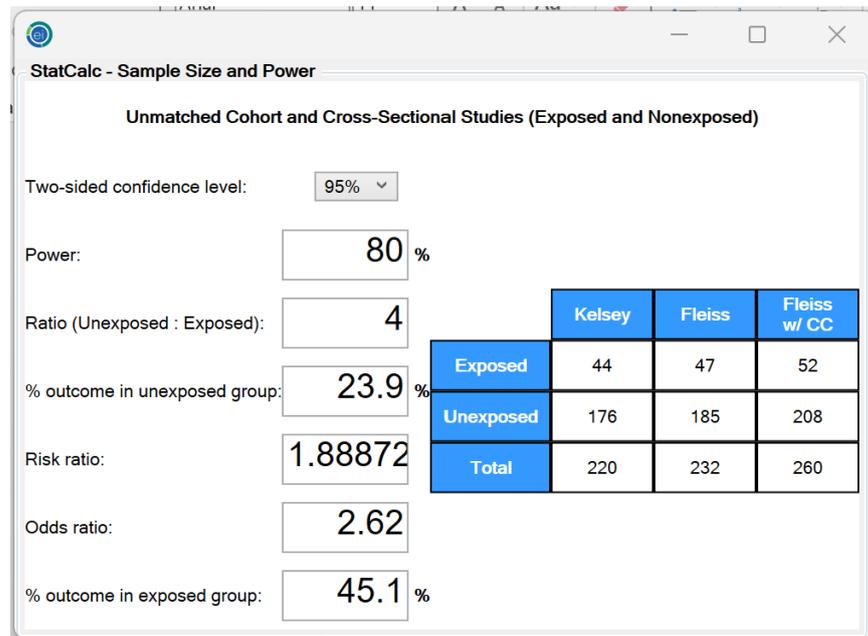
		Problema de salud mental		Total
		SI	NO	
VPI	SI	9174	9373	18547
	NO	17768	56420	74188
Total		26942	65793	92735

ORa= 2.62; IC 95% [2.52 – 2.72]; p < 0.001

Fuente: Chandan JS, Thomas T, Bradbury-Jones C, Russell R, Bandyopadhyay S, Nirantharakumar K, et al. Female survivors of intimate partner violence and risk of depression, anxiety and serious mental illness. *The British Journal of Psychiatry.* octubre de 2020;217(4):562-7. DOI:10.1192/bjp.2019.124

Obtenida la información en el programa Epi InfoTM versión 7.2.5.0 se introdujeron los siguientes parámetros:

- **Nivel de confianza:** 95%
- **Poder de estudio:** 80%
- **Proporción de no expuestos frente a expuestos:**
74188/18547= 4
- **Porcentaje de outcome en no expuestos:** 17768/74188 x 100 = 23.9%
- **OR:** 2.62
- **Porcentaje de outcome en expuestos:** 9174/18547 x 100 = 45.1



De acuerdo al cálculo del tamaño muestral realizado en el Epi InfoTM versión 7.2.5.0, se contará con 260 pacientes para realizar el estudio agregando el factor pérdida que es 10% del total.

$$\text{Factor de pérdida (10\% de la muestra)} = 10\% (260) = 26$$

$$\text{Muestra total: } 260 + 26 = 286$$

3.3.3.2. Método de muestreo

Se optó por un muestreo no probabilístico tipo censal, considerando que la población, gestantes que acudieron para recibir atención en los consultorios externos de Gineco-Obstetricia del Hospital Regional del Cusco y el Hospital Antonio Lorena durante los meses de febrero a abril de 2025, fue claramente delimitada y de tamaño manejable. Esta estrategia permitió incluir a la totalidad de gestantes elegibles que cumplieron los criterios de inclusión y otorgaron su consentimiento, asegurando así una representación de la población objetivo y reducción del sesgo de selección.

3.4. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos

3.4.1. Técnicas

Los datos se obtuvieron mediante una fuente primaria basada en la entrevista directa a gestantes atendidas en los servicios de consultorio externo de Gineco-Obstetricia de dos Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud

que pertenecen al Ministerio de Salud: Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional del Cusco.

3.4.2. Instrumentos

Se aplicó una encuesta que consta de un total 37 ítems que se dividen en 3 dimensiones: Datos sociodemográficos y gineco-obstétricos, la Escala de Alexitimia de Toronto y el instrumento Woman Abuse Screening Tool. Los datos sociodemográficos están conformados por la edad de la gestante, lugar de procedencia, estado civil, grado de instrucción, situación laboral y económica; datos gineco-obstétricos como trimestre de gestación, número de embarazos y planificación del embarazo. Para valorar las variables de interés se utilizó dos cuestionarios; para evaluar la variable "Alexitimia" se utilizó la "Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)" tomando en cuenta la traducción del cuestionario a su versión en español realizado en el año 1997 por Perez-Rincon *et al.* (67); esta escala consta de veinte ítems con una buena confiabilidad determinada por el coeficiente de alfa de Cronbach con un valor de 0.875 (67). Para evaluar la variable "Violencia de pareja íntima" se aplicó el instrumento Woman Abuse Screening Tool (WAST) en su versión corta publicado el año 2018 por Binfa *et al.* (75), en Perú fue incorporada para su aplicación en los establecimientos de salud mediante la "Guía técnica para el cuidado de la salud Mental de Mujeres en Situación de Violencia" en el año 2021(64), este instrumento consta de ocho preguntas tipo Likert con una sensibilidad de 100% y especificidad de 96.4%, con un alfa de Cronbach de 0,91(75).

3.4.3. Procedimientos de recolección de datos

Para el desarrollo de la investigación se solicitó la autorización correspondiente a las direcciones institucionales, así mismo se realizó una capacitación del personal encuestador para la recolección de datos. Se recolectó información de 286 gestantes, con la verificación de llenado adecuado y completo de los cuestionarios, respetando los criterios de inclusión y exclusión. Posteriormente se ingresó los registros a la base de datos y se efectuó una limpieza de datos de las bases consolidadas para generar un primer análisis estadístico con descripción general, seguida de un segundo análisis estadístico (bivariado) y un tercer análisis (multivariado), finalizando con la redacción, análisis de resultados y elaboración de constructo final.

3.5. Plan de análisis de datos

El análisis estadístico de datos se realizó en base a las encuestas proporcionadas a las gestantes atendidas en los servicios de consultorio externo de Gineco-Obstetricia de dos Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que pertenecen al Ministerio de Salud: Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional del Cusco, durante los meses de febrero, marzo y abril del año 2025, se consideró aquellas encuestas que hayan sido llenadas correctamente. Posterior a la recolección de datos, se procedió a armar una hoja de cálculo en el programa Microsoft Office Excel® 365 16.0, estos fueron verificados en su totalidad por un control de calidad por los investigadores principales verificando que no haya datos “missing”, datos duplicados, celdas vacías ni inconsistencias en los datos. Seguidamente se realizó un diccionario de variables donde éstas fueron codificadas en números.

Análisis univariado

Se describió las características de la población estudiada, para las variables categóricas se usó frecuencias absolutas y relativas expresadas en porcentajes; respecto a las variables cuantitativas estas se clasificaron en normales y no normales mediante la prueba de Normalidad de Anderson Darling, y se usó la media y la desviación estándar para las variables cuantitativas normales (distribución gaussiana), por otra parte, se utilizó la mediana y los rangos intercuartílicos, con las variables cuantitativas no normales (distribución no gaussiana).

Análisis bivariado

Para conseguir una asociación entre la variable independiente y dependiente, se dicotomizó ambas variables intervinientes, para la respectiva tabulación y análisis a partir de la hoja de cálculo creada en el programa Microsoft Office Excel® 365 16.0, la cual fue incorporada al programa estadístico Stata v15.1 (StataCorp, College Station, TX, USA).

Se comparó las variables numéricas usando la prueba paramétrica T de student en caso la distribución sea normal y U de Mann-Whitney en caso siga una distribución no normal. Para las variables categóricas se procedió a determinar la razón de prevalencia (RP) como medida de asociación mediante el uso de un modelo lineal generalizado (GLM) con distribución de Poisson, función de enlace logarítmica y varianzas robustas, siendo apropiado para el diseño de estudio de corte transversal. En función al valor final del RP se definió la relación que existe

entre las variables, cuando el RP es igual a 1 significa que no hay asociación y cuando es > 1 o < 1 el grupo expuesto tiene mayor o menor frecuencia del desenlace que el grupo no expuesto respectivamente. Para ver si los resultados son estadísticamente significativos se utilizó el valor de $p < 0.05$ y los valores del intervalo de confianza al 95%.

Análisis multivariado

Se realizó con el fin de evaluar la asociación entre la variable dependiente (Alexitimia) e independiente (Violencia íntima de pareja) controlado por las variables intervinientes sociodemográficas y gineco-obstétricas seleccionadas con base en la literatura y el análisis bivariado. La significancia estadística se consideró con un valor de $p < 0,05$ y según el intervalo de confianza al 95%. El análisis fue realizado utilizando el software Stata v15.1 (StataCorp, College Station, TX, USA), haciendo uso del modelo lineal generalizado (GLM) con distribución de Poisson, función de enlace logarítmica y varianzas robustas, con el propósito de hallar el RP ajustado.

CAPITULO IV: RESULTADOS, DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

4.1. Resultados

4.1.1. Análisis univariado

En el presente estudio se incluyeron 286 gestantes atendidas en los servicios de consultorio externo de Gineco-Obstetricia del Hospital Antonio Lorena (58.4%) y del Hospital Regional del Cusco (41.6%). Del total, el 71.7% (n = 205) presentó alexitimia, mientras que el 28.3% (n = 81) no la presentó.

En cuanto a las características sociodemográficas, el 85% de las participantes pertenecía al grupo etario de 18 a 34 años, proporción similar entre gestantes con y sin alexitimia. Predominó la procedencia del área urbana (59,8%), sin diferencias marcadas entre ambos grupos. Respecto al estado civil, la mayoría se identificó como conviviente (90.2%), seguido de casadas (8.4%) y separadas o divorciadas (1.4%) (Tabla 1).

En relación al grado de instrucción, el 58% de las gestantes había cursado educación secundaria, y el 35,3% contaba con estudios superiores. Así mismo, se observó que el 65.4% del grupo de gestantes con alexitimia tenía nivel secundario, mientras que en el grupo sin alexitimia predominó la educación superior (56.8%). En cuanto a la situación laboral, la mayoría se encontraba desempleada (68,9%) y pertenecía a un estrato económico bajo (66.8%) (Tabla 1).

Con respecto a las características gineco-obstétricas, participaron gestantes de todos los trimestres del embarazo, con predominio del tercer trimestre (82,9%). Con relación al número de gestaciones, se observó una mayor proporción de multigestas (61,9%), seguido de primigestas (33,9%) y gran multigestas (4,2%). Además, el 55.2% refirió que su embarazo no fue planificado, esta proporción fue mayor en el grupo con alexitimia (60%), mientras que en el grupo sin alexitimia predominó el embarazo planificado (56.8%) (Tabla 1).

Finalmente se observó que el 55.6% de las gestantes reportó haber experimentado violencia por parte de su pareja íntima. Este porcentaje fue considerablemente mayor entre aquellas con alexitimia (67.3%), en contraste con las gestantes sin alexitimia, de las cuales el 74.1% refirió no haber sufrido violencia (Tabla 1).

Tabla 1. Distribución de las características sociodemográficas, gineco-obstétricas y de violencia de pareja íntima en gestantes, según presencia de alexitimia (N=286)

Características n* (%**)	Muestra total N = 286	Gestante con alexitimia n = 205	Gestante sin alexitimia n = 81
Hospital de procedencia			
H. Regional del Cusco	119 (41,6)	83 (40.5)	36 (44.4)
H. Antonio Lorena	167 (58.4)	122 (59.5)	45 (55.6)
Edad			
18 – 34 años	243 (85.0)	171 (83.4)	72 (88.9)
35 a más	43 (15.0)	34 (16.6)	9 (11.1)
Procedencia			
Urbano	171 (59.8)	114 (55.6)	57 (70.4)
Rural	115 (40.2)	91 (44.4)	24 (29.6)
Estado Civil			
Conviviente	258 (90.2)	190 (92.7)	68 (84.0)
Casada	24 (8.4)	12 (5.8)	12 (14.8)
Separada / Divorciada	4 (1.4)	3 (1.5)	1 (1.2)
Grado de instrucción			
Primaria	19 (6.7)	16 (7.8)	3 (3.7)
Secundaria	166 (58.0)	134 (65.4)	32 (39.5)
Superior	101 (35.3)	55 (26.8)	46 (56.8)
Situación laboral			
Sin empleo	197 (68.9)	150 (73.2)	47 (58.0)
Con empleo	89 (31.1)	55 (26.8)	34 (42.0)
Situación económica			
Bajo	191 (66.8)	145 (70.7)	46 (56.8)
Medio	70 (24.5)	48 (23.4)	22 (27.2)
Alto	25 (8.7)	12 (5.9)	13 (16.0)
Trimestre de gestación			
I trimestre	23 (8.0)	18 (8.8)	5 (6.2)
II trimestre	26 (9.1)	19 (9.3)	8.6 (8.6)
III trimestre	237 (82.9)	168 (81.9)	85.9 (85.2)
Número de gestaciones			
Primigesta	97 (33.9)	58 (28.3)	39 (48.2)
Multigesta	177 (61.9)	136 (66.3)	41 (50.6)
Gran multigesta	12 (4.2)	11 (5.4)	1 (1.2)
Planificación del embarazo			
Si	128 (44.8)	82 (40.0)	46 (56.8)
No	158 (55.2)	123 (60.0)	35 (43.2)
Violencia de pareja íntima			
Si	159 (55.6)	138 (67.3)	21 (25.9)
No	127 (44.4)	67 (32.7)	60 (74.1)

Nota: (*) n: Frecuencia (número de participantes por categoría), (**) %: Porcentaje del total de participantes. La tabla 1 describe las características sociodemográficas, gineco-obstétricas y exposición a violencia de pareja íntima de la población estudiada, diferenciadas según la presencia o ausencia de alexitimia.

4.1.2. Análisis bivariado

El análisis demostró que la exposición a violencia por parte de la pareja íntima mostró una fuerte asociación con la presencia de alexitimia, con una frecuencia 65% mayor en gestantes expuestas en comparación con aquellas no expuestas, diferencia que alcanzó significancia estadística (Tabla 2).

En cuanto a las características sociodemográficas, se evidenció que las gestantes mayores de 35 años presentaron una frecuencia de alexitimia 12% superior en comparación con aquellas del grupo etario de 18 a 34 años; no obstante, esta diferencia no fue estadísticamente significativa. En relación con la procedencia geográfica, se observó una mayor frecuencia de alexitimia en gestantes provenientes de zonas rurales, con un incremento del 19% respecto a las procedentes de zonas urbanas; diferencia que resultó estadísticamente significativa (Tabla 2).

En cuanto al estado civil, las gestantes convivientes y separadas mostraron una frecuencia de alexitimia 47% y 50% mayores, respectivamente, en comparación con las casadas; sin embargo, estas diferencias no alcanzaron significancia estadística. Respecto al grado de instrucción, se identificó una frecuencia de alexitimia 55% superior en gestantes con educación primaria y 48% mayor en aquellas con educación secundaria, en comparación con las gestantes con estudios superiores; diferencias que fueron estadísticamente significativas (Tabla 2).

Respecto a la situación laboral, la condición de desempleo se asoció con un incremento del 23% en la frecuencia de alexitimia respecto a las gestantes con empleo, diferencia que alcanzó significancia estadística. En relación con la situación económica, las gestantes pertenecientes al estrato bajo presentaron una frecuencia de alexitimia 58% mayor en comparación con las del estrato alto, diferencia estadísticamente significativa; en el caso del estrato medio, se observó un incremento del 43%, aunque sin alcanzar significancia estadística (Tabla 2).

En el ámbito gineco-obstétrico, la frecuencia de alexitimia fue significativamente mayor en multigestas (29%) y gran multigestas (53%) en comparación con primigestas. Asimismo, se observó una mayor frecuencia de alexitimia (22%) en las gestantes con embarazos no planificados frente a aquellas con embarazo planificado, diferencia que resultó estadísticamente significativa (Tabla 2).

Tabla 2: Asociación de características sociodemográficas, gineco-obstétricas y violencia de pareja íntima con la alexitimia en gestantes de dos hospitales del Cusco (RP crudo, IC 95% y Valor de p)

Características	Desenlace: Alexitimia (categórico dicotómico)		
	RP crudo	IC 95%	p
Violencia de pareja íntima			
Si	1.65	1.38 – 1.96	0.000
No	Referencia	Referencia	
Edad			
18 – 34 años	Referencia	Referencia	
35 a más	1.12	0.94 – 1.34	0.190
Procedencia			
Urbano	Referencia	Referencia	
Rural	1.19	1.03 – 1.37	0.018
Estado Civil			
Conviviente	1.47	0.98 – 2.21	0.062
Casada	Referencia	Referencia	
Separada / Divorciada	1.5	0.75 – 3.00	0.252
Grado de instrucción			
Primaria	1.55	1.19 – 2.01	0.001
Secundaria	1.48	1.22 – 1.80	0.000
Superior	Referencia	Referencia	
Situación laboral			
Sin empleo	1.23	1.03 – 1.48	0.024
Con empleo	Referencia	Referencia	
Situación económica			
Bajo	1.58	1.04 – 2.40	0.031
Medio	1.43	0.92 – 2.21	0.111
Alto	Referencia	Referencia	
Trimestre de gestación			
I trimestre	Referencia	Referencia	
II trimestre	0.93	0.68 – 1.28	0.673
III trimestre	0.91	0.72 – 1.14	0.400
Número de gestaciones			
Primigesta	Referencia	Referencia	
Multigesta	1.29	1.07 – 1.54	0.007
Gran multigesta	1.53	1.21 – 1.94	0.000
Planificación del embarazo			
Si	Referencia	Referencia	
No	1.22	1.04 – 1.42	0.013

Nota: PR: Razón de Prevalencias; IC 95%: Intervalo de confianza al 95%; p: valor de probabilidad. *RP crudo: estimado sin ajuste por covariables.*

4.1.3. Análisis multivariado

En el análisis multivariado, se observó que la exposición a violencia por parte de la pareja se asoció de forma independiente con una mayor frecuencia de alexitimia en gestantes, evidenciando un aumento del 50% en comparación con aquellas no expuestas. Esta asociación se mantuvo estadísticamente significativa tras ajustar por variables sociodemográficas y gineco-obstétricas, incluyendo lugar de procedencia, grado de instrucción, situación laboral, situación económica, número de gestaciones y planificación del embarazo (RP ajustado: 1,50; IC 95%: 1,26–1,79; $p < 0,001$) (Tabla 3).

Asimismo, se identificó que las gestantes con educación secundaria presentaron una frecuencia de alexitimia 25% mayor respecto a quienes tenían educación superior, diferencia que también fue estadísticamente significativa (RP ajustado: 1,25; IC 95%: 1,03–1,51; $p < 0,023$). Estos hallazgos sugieren que tanto la violencia de pareja como un nivel educativo intermedio constituyen factores de riesgo relevantes para el desarrollo de alexitimia durante la gestación, incluso después de controlar por otros factores potencialmente confusores (Tabla 3).

Tabla 3: Asociación ajustada de características sociodemográficas, gineco-obstétricas y violencia de pareja íntima con la alexitimia en gestantes de dos hospitales del Cusco (RP ajustado, IC 95% y Valor de p)

Características	Desenlace: Alexitimia (categórico dicotómico)		
	RP ajustado	IC 95%	p
Procedencia			
Urbano	Referencia	Referencia	
Rural	1.12	0.98 – 1.27	0.102
Grado de instrucción			
Primaria	1.23	0.95 – 1.59	0.124
Secundaria	1.25	1.03 – 1.51	0.023
Superior	Referencia	Referencia	
Situación laboral			
Sin empleo	1.04	0.86 – 1.26	0.670
Con empleo	Referencia	Referencia	
Situación económica			
Bajo	1.31	0.92 – 1.86	0.131
Medio	1.32	0.92 – 1.89	0.136
Alto	Referencia	Referencia	
Número de gestaciones			
Primigesta	Referencia	Referencia	
Multigesta	1.17	0.99 – 1.37	0.053
Gran multigesta	1.30	0.99 – 1.70	0.059

Planificación del embarazo			
Si	Referencia	Referencia	
No	1.11	0.96 – 1.28	0.161
Violencia de pareja íntima			
Si	1.50	1.26 – 1.79	<0.001
No	Referencia	Referencia	

Nota: RP: Razón de Prevalencias; IC 95%: Intervalo de Confianza al 95%; p: valor de probabilidad. *RP ajustado: estimado tras ajuste por lugar de procedencia, grado de instrucción, situación laboral, situación económica, número de gestaciones y planificación del embarazo.*

4.2. Discusión

Actualmente, la salud mental atraviesa un estado de gran vulnerabilidad, considerada como un importante problema de salud pública a nivel mundial (85); sin embargo, continúa siendo desatendida debido a diversas limitantes en los sistemas sanitarios (86), como la falta de recursos especializados y la limitada integración de la salud mental en la atención primaria prenatal (85,87).

En las gestantes, la atención de la salud mental adquiere especial relevancia, ya que el embarazo es una etapa de transformación biopsicosocial profunda, donde los cambios fisiológicos y psicológicos son parte de un proceso adaptativo (88). No obstante, en condiciones de vulnerabilidad social, demográfica o emocional, los cambios pueden volverse factores de riesgo para una gestación complicada (89,90).

En el presente estudio se evaluó a 286 gestantes atendidas en los consultorios externos de dos hospitales de la ciudad del Cusco. La mayoría de las gestantes se encontraba en el grupo etario de 18 a 34 años con un 85%, hallazgo que coincide con lo reportado por Espinola-Sánchez *et al.*, quienes identificaron que este grupo etario (20 a 34 años) es el más prevalente entre gestantes en las tres regiones naturales del Perú (80).

En cuanto al lugar de procedencia, se observó un predominio de gestantes provenientes de zonas urbanas (59,8%). Este resultado contrasta con lo encontrado por Espinola-Sánchez *et al.*, quienes reportaron que en la región andina del país la mayoría de gestantes residía en áreas rurales (55,7%) (80). La mayor representación urbana en nuestro estudio podría atribuirse a la localización de los establecimientos de salud del estudio, ambos situados en zonas urbanas, así como al proceso de urbanización progresiva observado en los últimos años, motivado por la búsqueda de mejores condiciones de vida,

mayor disponibilidad de servicios de salud y oportunidades económicas (91). Este fenómeno es consistente con los datos nacionales que indican una concentración creciente de la población en zonas urbanas (62).

Respecto al estado civil, se observó un predominio de gestantes convivientes, quienes representaron el 90,2% de la muestra, seguidas por las casadas (8,4%). Esta distribución evidencia una mayor proporción de mujeres en situación de convivencia respecto a lo reportado por Mangialavori *et al.*, quienes documentaron una frecuencia de cohabitación del 48,3%, seguida por un 41,2% de gestantes casadas (19). De manera similar, Linn *et al.* reportaron que el grupo de gestantes solteras alcanzó el 49,3%, mientras que el de casadas representó el 30,1% (13). Estas diferencias podrían reflejar los cambios socioculturales en la dinámica conyugal y reproductiva.

En cuanto al grado de instrucción, el 58% de las gestantes refirió haber cursado educación secundaria, seguido del 35,3% con estudios superiores y un 6,7% con nivel primario. Estos resultados superan los reportados por Espinola-Sánchez *et al.*, quienes indicaron que en la región de la sierra el nivel secundario alcanzaba el 46,4%, seguido del nivel primario (26,6%) y superior (23,3%) (80). Esta diferencia podría estar relacionada con una mejora progresiva en el acceso a la educación tanto en zonas urbanas como rurales del Cusco, lo cual también se ha observado en la población femenina general del país, según lo reportado por Coronel-Dávila *et al.* (17).

En relación con la situación laboral, el 68,9% de las gestantes se encontraba desempleada, proporción que concuerda con lo reportado por Linn *et al.*, quienes encontraron una tasa de desempleo del 62% entre las gestantes evaluadas (13). Este hallazgo resulta relevante si se considera que, de acuerdo con informes nacionales, las mujeres en edad reproductiva constituyen una parte significativa de la población económicamente activa (62). Sin embargo, a pesar del marco legal existente para la protección de los derechos laborales de las gestantes, continúan presentes barreras estructurales como la discriminación, la inestabilidad contractual y las condiciones socioeconómicas adversas, las cuales limitan su inserción y permanencia en el mercado laboral (92). Estos factores podrían contribuir a explicar la elevada proporción de desempleo observada en la población estudiada.

En cuanto a la situación económica, el 66,8% de las gestantes pertenecía a un estrato económico bajo. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Linn

et al., quienes encontraron que el 68,5% de las gestantes presentaba ingresos económicos bajos (13). De manera similar, Espinola-Sánchez *et al.* señalaron que, en la región de la sierra del Perú, el 74% de las gestantes se ubicaba en los quintiles económicos inferiores (80). Estos resultados reflejan la persistente desigualdad en el acceso a recursos económicos entre las gestantes, tanto en zonas rurales como urbanas del Cusco, lo cual podría tener importantes repercusiones sobre la salud mental, el acceso a servicios de salud y las condiciones de vida durante la gestación.

Con relación al número de gestaciones, se observó una mayor proporción de mujeres multigestas (61,9%), seguido de primigestas (33,9%) y gran multigestas (4,2%). Estos resultados son consistentes con los hallazgos de Gilanifar *et al.*, quienes reportaron que el 57% fueron multigestas y el 43% eran primigestas (37). Asimismo, según datos de la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, la Tasa Global de Fecundidad (TGF) en el Perú fue de 1,8 hijos por mujer para el año 2023 (62). Estos hallazgos reflejan una tendencia sostenida hacia la reducción del número de hijos por mujer, en consonancia con los patrones de transición demográfica observados en el país.

En relación con la planificación del embarazo, se observó que el 55,2% de las gestaciones no fueron planificadas. Este resultado es comparable con el reportado por Espinola-Sánchez *et al.*, quienes encontraron que una proporción significativa de gestantes manifestó no haber deseado embarazarse en ese momento (62,1%) (80). Estos hallazgos subrayan la necesidad de fortalecer los programas de salud sexual y reproductiva, especialmente en la etapa preconcepcional.

Se identificó que el 55,6% de las gestantes reportó haber experimentado violencia por parte de su pareja íntima, una proporción que supera tanto el promedio nacional del 53,8% reportado por la ENDES, 2023 (62), así como los niveles descritos en estudios previos centrados específicamente en gestantes, donde la prevalencia de violencia osciló entre el 14% y el 42% (6,93–95).

De igual forma, la frecuencia de alexitimia observada fue superior al 70%, resultando particularmente alarmante, ya que excede lo reportado por Linn *et al.* (40%) y Gilanifar *et al.* (50,8%) en estudios con población gestante (13,37,77). Asimismo, supera los valores documentados en investigaciones previas realizadas en otras poblaciones, donde los niveles oscilan entre el 40% y el 65%

(16,96–98). Esta elevada frecuencia podría estar influenciada por múltiples factores que repercuten en este grupo poblacional, como los cambios emocionales y psicológicos propios de la gestación (99), factores sociodemográficos (100) y psicosociales que están asociados a situaciones de estrés agudo o crónico (39,41).

En el análisis bivariado del presente estudio no se encontraron asociaciones significativas entre la alexitimia y variables como la edad, el estado civil y el trimestre de gestación. Estos resultados coinciden con lo reportado por Gilanifar *et al.*, quienes no hallaron diferencias significativas en la edad ni el trimestre gestacional entre gestantes con y sin alexitimia (77). De manera similar, Vergués *et al.* señalaron que la edad, el estado civil y el tiempo de convivencia con la pareja no se asociaron significativamente con la presencia de alexitimia (100).

En el análisis multivariado, variables como la procedencia, situación laboral, situación económica, número de gestaciones y la planificación del embarazo perdieron significancia estadística respecto a su asociación con la alexitimia. En relación con el lugar de procedencia, Joukamaa *et al.* reportaron una mayor prevalencia de alexitimia en personas de áreas rurales (101), lo cual es consistente con lo observado en nuestro estudio, donde la procedencia rural se asoció con un incremento del 12% en la frecuencia de alexitimia; sin embargo, dicha asociación no fue estadísticamente significativa.

En cuanto a la situación laboral, no se observaron diferencias significativas en la frecuencia de alexitimia entre gestantes empleadas y desempleadas, lo cual coincide con los hallazgos de Vergués *et al.* y Gilanifar *et al.*, quienes tampoco encontraron asociación con esta variable (37,100). Respecto a la situación económica, se observó que las gestantes pertenecientes a los estratos bajo y medio presentaron frecuencias más elevadas de alexitimia, con incrementos del 31% y 32%, respectivamente, en comparación con el estrato alto; no obstante, estas diferencias no alcanzaron significancia estadística. Este hallazgo es consistente con lo reportado por Gilanifar *et al.*, quienes tampoco encontraron una asociación significativa entre nivel socioeconómico y alexitimia (37). Sin embargo, contrasta con los resultados de Linn *et al.* y Peters *et al.*, en los que se evidenció una correlación significativa entre alexitimia y nivel socioeconómico bajo (13,102).

En relación con el número de gestaciones, las participantes clasificadas como gran multigestas y multigestas presentaron incrementos en la frecuencia de alexitimia del 30% y 17%, respectivamente, aunque estas diferencias no fueron estadísticamente significativas. Este hallazgo es concordante con lo reportado por Gilanifar *et al.*, quienes no evidenciaron una asociación significativa entre el número de embarazos y la presencia de alexitimia (77). Por otro lado, no se identificaron estudios previos que evalúen la asociación entre la planificación del embarazo y la alexitimia. No obstante, en el presente estudio se observó que las gestantes con embarazos no planificados presentaron una frecuencia de alexitimia 11% mayor en comparación con aquellas con embarazos planificados; sin embargo, esta diferencia no alcanzó significancia estadística, por lo que se requiere mayor investigación para esclarecer una posible relación.

Los hallazgos del presente estudio adquieren especial relevancia al evidenciar no solo una alta frecuencia de violencia de pareja íntima y alexitimia entre las gestantes evaluadas, sino también una asociación independiente estadísticamente significativa entre ambas variables (RP ajustado: 1,50; IC 95%: 1,26–1,79; $p < 0,001$). Este resultado es coherente con investigaciones previas que señalan niveles significativamente más altos de alexitimia en mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja íntima (8,14–18,22). No obstante, como lo señala Gilanifar *et al.*, aún existe escasa evidencia sobre esta asociación en población gestante, lo cual resalta la necesidad de continuar investigando este vínculo en contextos maternos específicos (77).

La alexitimia, definida como la dificultad para identificar, expresar y procesar emociones, puede desempeñar un rol importante en la dinámica del ciclo de la violencia (18,41). Se ha reportado que la exposición a experiencias traumáticas y el estrés crónico, común en contextos de violencia, afectan la capacidad de una persona para procesar y expresar sus emociones, induciendo o exacerbando síntomas de alexitimia (39). Esta condición, a su vez, podría actuar como un factor de vulnerabilidad al limitar la comunicación efectiva y dificultar la resolución de conflictos con la pareja, contribuyendo así a un entorno relacional disfuncional que favorece la persistencia de la violencia (39,41).

Estudios previos reportaron que la alexitimia se asocia con mayor frecuencia a la violencia recibida que a la ejercida, y este patrón es más pronunciado en mujeres, quienes suelen presentar mayores niveles de alexitimia cuando han sido víctimas (16,17). En estos casos, la alexitimia podría actuar como factor de

riesgo para la aparición de patrones de violencia reactiva (16). En contraste, en varones, la alexitimia está más relacionada con la violencia ejercida posiblemente a su influencia negativa en la regulación emocional y aumentar la impulsividad, predisponiendo a conductas agresivas para ejercer violencia (54,70,71). Por ende, la alexitimia puede desempeñar un doble rol en la dinámica de la violencia de pareja íntima, al ser una consecuencia como también un factor que contribuye a su perpetuación (39,41).

Respecto al nivel educativo, en nuestro estudio se identificó que las gestantes con educación secundaria presentaron una frecuencia de alexitimia 25% mayor respecto a quienes tenían educación superior, resultado que fue estadísticamente significativo (RP ajustado: 1,25; IC 95%: 1,03–1,51; $p < 0,023$). Este hallazgo concuerda con lo reportado por Gilanifar *et al.*, quienes observaron que las gestantes con alexitimia tenían significativamente menos años de educación (37,77). Asimismo, estudios previos en población general han documentado una mayor prevalencia de alexitimia y conductas violentas en mujeres con menor nivel educativo (16,39,100).

Esta asociación podría explicarse por una menor capacidad de conciencia emocional y menor habilidad en el procesamiento afectivo en las personas con un bajo nivel educativo. Por el contrario, las personas con mayor nivel educativo tienden a presentar mejores indicadores de inteligencia emocional, lo que permite identificar con mayor precisión sus estados internos, gestionar sus emociones y utilizar estrategias adaptativas frente al estrés, actuando como factor protector frente a la alexitimia (100).

Además, las mujeres con recursos cognitivo-afectivos limitados, como ocurre en aquellas con menor escolaridad, pueden ser más vulnerables a situaciones de violencia debido a una menor capacidad para resolver conflictos de manera constructiva (39,94,103). Sumado a la alexitimia, el daño emocional recibido en contextos de violencia puede desencadenar respuestas impulsivas o reactivas, dificultando aún más la regulación emocional y el control de los impulsos, perpetuando el ciclo de violencia (39).

Los efectos adversos de la violencia de pareja durante la gestación han sido ampliamente documentados, comprometiendo tanto la salud materna como la del recién nacido (7–9,11). De forma paralela, la presencia de alexitimia en mujeres gestantes se ha asociado con un impacto negativo en el desarrollo del

apego prenatal (19,38) y una mayor vulnerabilidad a diversos trastornos psicopatológicos, tales como síntomas obsesivo-compulsivos, depresión, ira, ansiedad generalizada y ansiedad fóbica (13,37,77). Además, esta condición podría afectar el desarrollo neuroconductual del feto, incrementando el riesgo de presentar dificultades emocionales y conductuales en la infancia (38,56).

En el contexto peruano, la salud mental y violencia intrafamiliar son consideradas como prioridades nacionales de salud (104). Sin embargo, dada la alta frecuencia con la que ambos fenómenos coexisten y su potencial impacto en la salud mental materna, es fundamental su consideración para el abordaje dentro de las estrategias de atención integral durante el embarazo.

4.3. Conclusiones

1. En primer lugar, se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la violencia de pareja íntima y la alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco en el año 2025, cumpliendo con el objetivo general del estudio.
2. En relación con el primer objetivo específico, se estimó que el 55,6% de las gestantes evaluadas refirió haber experimentado algún tipo de violencia por parte de su pareja íntima, lo que evidencia una alta prevalencia de este fenómeno en el contexto analizado.
3. Con respecto al segundo objetivo específico, se identificó que el 71,7% de las gestantes presentó alexitimia, una proporción considerablemente elevada en comparación con lo reportado en estudios previos.
4. En cuanto al tercer objetivo específico, se halló una asociación estadísticamente significativa entre el grado de instrucción y la alexitimia. Las gestantes con educación secundaria presentaron una frecuencia de alexitimia 25% mayor en comparación con aquellas con educación superior. En contraste, otras variables sociodemográficas (edad, procedencia, estado civil, situación laboral y situación económica) y gineco-obstétricas (trimestre de gestación, número de gestaciones y planificación del embarazo) no mostraron una asociación significativa con la presencia de alexitimia.
5. Finalmente, en cumplimiento del cuarto objetivo específico, el análisis multivariado confirmó que la violencia de pareja íntima se asocia de manera independiente y significativa con un incremento del 50% en la frecuencia de alexitimia en gestantes, aun después de controlar por variables sociodemográficas y gineco-obstétricas.

4.4. Sugerencias

A partir de los hallazgos obtenidos en el presente estudio sobre la asociación entre la VPI y la alexitimia en gestantes, se proponen las siguientes recomendaciones orientadas a fortalecer la atención integral de la salud materna, así como a orientar futuras investigaciones y políticas públicas:

1. Al Gerente Regional de Salud Cusco y directorio de la Gerencia Regional de Salud (GERESA) Cusco:

Incorporar herramientas de tamizaje para la detección temprana de alexitimia (como la Escala TAS-20) en los protocolos regionales de atención prenatal. Asimismo, se recomienda reforzar la aplicación de la Escala WAST para identificar situaciones de VPI durante los controles prenatales.

Estas acciones permitirían la identificación oportuna de gestantes en situación de riesgo y facilitarían su derivación temprana a servicios de salud mental, protección y apoyo, promoviendo una atención prenatal integral centrada en el bienestar biopsicosocial de la gestante.

2. A las Direcciones de Redes Integradas de Salud (DIRIS) y Microredes de Salud del Cusco:

Implementar programas psicoeducativos, como el “Programa SETEM: Siente y expresa tus emociones”, en los establecimientos de salud de primer nivel. Dichos programas deben promover el desarrollo de habilidades para la regulación emocional, la identificación y expresión de emociones, el afrontamiento del estrés, la resolución de conflictos, el autocuidado y la reestructuración de pensamientos negativos.

Se recomienda incluir a la pareja y la familia en estas intervenciones, reconociendo el rol del entorno social en el bienestar psicológico de la gestante. Estas estrategias pueden contribuir a disminuir los niveles de alexitimia, fortalecer la salud emocional y generar redes de apoyo que actúen como factores protectores frente a la violencia de pareja y la disfunción emocional.

3. A los jefes de las Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPRESS) del Cusco, en coordinación con los Centros de Salud Mental Comunitaria del Cusco (CSMC):

Desarrollar e implementar programas de capacitación dirigidos al personal de salud del primer nivel de atención, orientados al reconocimiento, abordaje inicial

y derivación oportuna de casos de alexitimia y VPI en gestantes. Estas capacitaciones deberían incluir contenidos prácticos sobre la aplicación e interpretación de las escalas TAS-20 y WAST, estrategias de comunicación empática y libre de estigmas, así como el fortalecimiento de competencias en educación emocional, consejería breve y coordinación intersectorial para el manejo integral de casos positivos.

El fortalecimiento de estas capacidades contribuirá a mejorar la detección temprana de factores de riesgo psicosocial, brindar una atención prenatal más integral y prevenir complicaciones emocionales, obstétricas y en el vínculo materno-fetal, especialmente en contextos de alta vulnerabilidad.

4. A la comunidad científica del área de Medicina Humana:

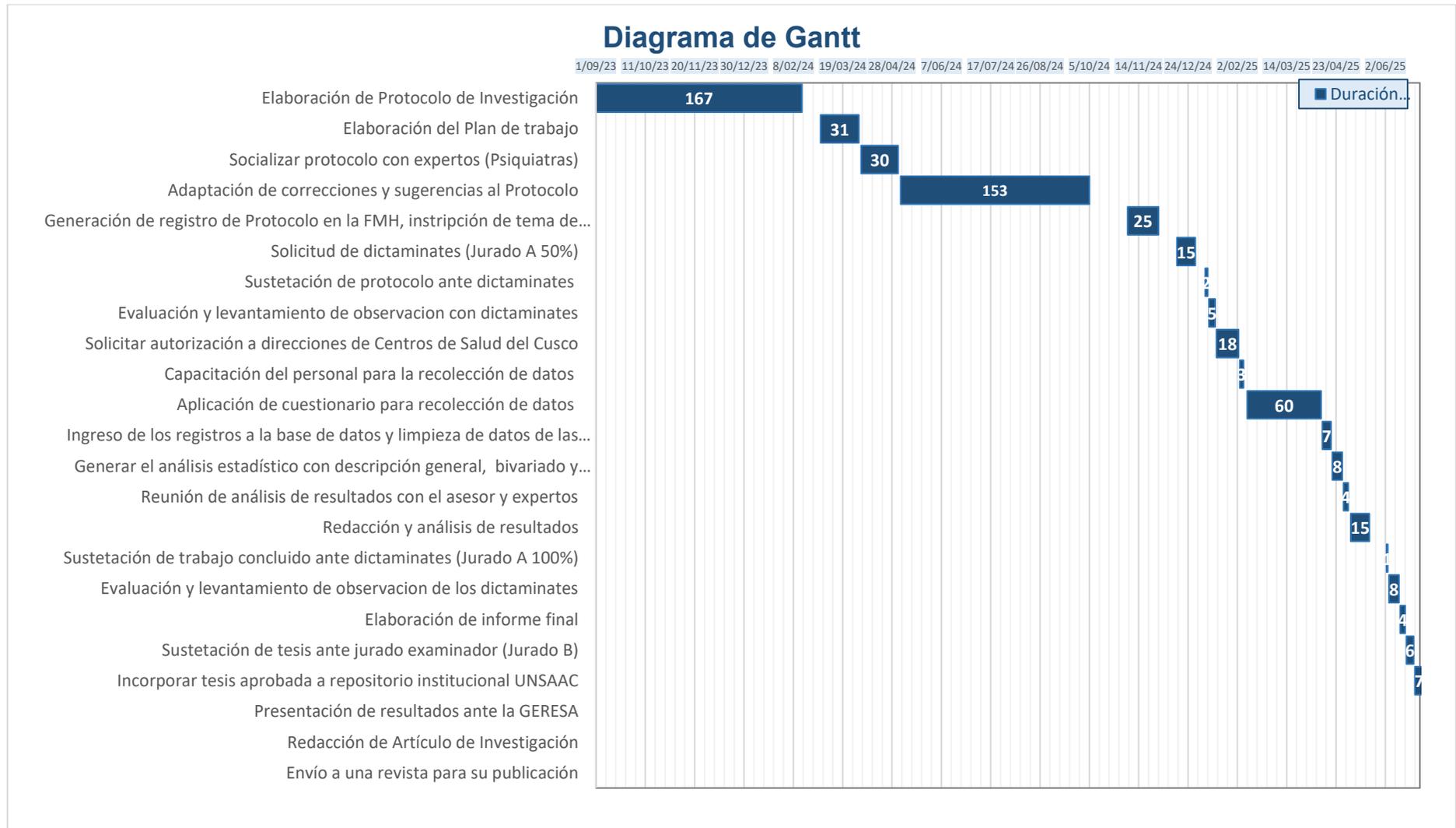
Se promueve la realización de investigaciones longitudinales, prospectivas, multidimensionales y multicéntricas que incluyan muestras representativas de la región Cusco y otras regiones del país.

Estos estudios permitirán profundizar en el entendimiento de las interacciones entre VPI, alexitimia y diversos factores sociodemográficos y obstétricos en contextos maternos, generando evidencia útil para el diseño de intervenciones culturalmente pertinentes, basadas en evidencia y con enfoque de salud pública.

PRESUPUESTO Y FINANCIAMIENTO

PRESUPUESTO ESTIMADO SEGUN ACTIVIDADES				
ACTIVIDAD	DESCRIPCION DEL REQUERIMIENTO	DETALLE DEL COSTO	PRESUPUESTO	FINANCIAMIENTO
Impresión de proyecto	Impresión para dictaminantes, asesor, evaluación de experto (06 unidades)	6 unidades x 10 soles	s/ 60.00	AUTOFINANCIADO
Inscripción de tema de tesis y nombramiento de asesor	Pago por derecho de inscripción a UNSAAC	32 soles	s/ 32.00	
Solicitud de dictaminantes	Pago por nombramiento de dictaminantes de tesis - UNSAAC	30.00 soles	s/ 30.00	
Aplicación de encuestas	Transporte a establecimientos seleccionados	30 días a 3 soles	s/ 90.00	
Aplicación de encuestas Análisis estadístico	Impresión de cuestionarios	330 x 0.5 soles	s/ 165.00	
	Útiles de escritorio	Bolígrafos, tableros, fotochek, etc. (15 soles)	s/ 15.00	
	Refrigerio para entrevistadores	5 entrevistadores x 3 soles diarios x 30 días	s/ 450.00	
	Pago de licencia STATA	Versión Be=94 dólares	s/ 340.00	
Impresión de trabajo final	Impresión para dictaminantes, asesor, evaluación de experto (06 unidades)	6 unidades x 15 soles	s/ 90.00	
Fecha y hora de sustentación	Pago por fecha y hora de sustentación a UNSAAC	40.00 soles	s/ 40.00	
Aprobación de dictamen de tesis	Pago por aprobación de dictamen de tesis	25 soles	s/ 25.00	
Impresión de tesis empastada más CD rotulado	Tesis empastada + CD de tesis rotulado para CIEPMH, biblioteca central y biblioteca de FMH	3 unidades x 100 soles	s/ 300.00	
TOTAL		S/	1,637.00	

CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Barón-Lozada FA, Basualdo-Meléndez GW, Vargas-Fernández R, Hernández-Vásquez A, Bendezu-Quispe G. Women's Autonomy and Intimate Partner Violence in Peru: Analysis of a National Health Survey. *Int J Environ Res Public Health*. 3 de noviembre de 2022;19(21):14373.
2. Pan American Health Organization. Intimate partner violence [Internet]. World Health Organization; [citado 24 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/vaw-ipv.pdf>
3. Krug EG, Mercy JA, Dahlberg LL, Zwi AB. The world report on violence and health. *The Lancet*. 5 de octubre de 2002;360(9339):1083-8.
4. Agüero JM. COVID-19 and the rise of intimate partner violence. *World Dev*. enero de 2021;137:105217.
5. Burns PA, Zunt JR, Hernandez B, Wagenaar BH, Kumar M, Omolo D, et al. Intimate Partner Violence, Poverty, and Maternal Health Care-Seeking Among Young Women in Kenya: a Cross-Sectional Analysis Informing the New Sustainable Development Goals. *Glob Soc Welf*. marzo de 2020;7(1):1-13.
6. Barzola Macha MK, Moquillaza Alcántara VH, Díaz Tinoco CM. Violencia doméstica durante el embarazo en un hospital especializado del Perú: Prevalencia y factores asociados. *Rev chil obstet ginecol [Internet]*. 2020 [citado 10 de mayo de 2025];85(6). Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-75262020000600641&lng=en&nrm=iso&tlng=en
7. Burgos-Muñoz RM, Soriano-Moreno AN, Bendezu-Quispe G, Urrunaga-Pastor D, Toro-Huamanchumo CJ, Benites-Zapata VA. Intimate partner violence against reproductive-age women and associated factors in Peru: evidence from national surveys, 2015-2017. *Heliyon*. julio de 2021;7(7):e07478.
8. Normann AK, Bakiewicz A, Kjerulff Madsen F, Khan KS, Rasch V, Linde DS. Intimate partner violence and breastfeeding: a systematic review. *BMJ Open*. 31 de octubre de 2020;10(10):e034153.
9. Medrano LVP, Loarte MAG, Visconti-Lopez FJ, Azañedo D, Vargas-Fernández R. Physical Violence during Pregnancy and Its Implications at Birth: Analysis of a Population Survey, 2019. *Healthcare*. enero de 2023;11(1):33.
10. Gelaye B, Do N, Avilla S, Velez JC, Zhong QY, Sanchez SE, et al. Childhood Abuse, Intimate Partner Violence and Risk of Migraine among Pregnant Women: An Epidemiologic Study. *Headache*. junio de 2016;56(6):976-86.
11. Dokkedahl S, Kok RN, Murphy S, Kristensen TR, Bech-Hansen D, Elklit A. The psychological subtype of intimate partner violence and its effect on mental health: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev*. 9 de agosto de 2019;8:198.
12. Moral de la Rubia J, Ramos Basurto S. La alexitimia como un concepto con alcance heurístico en violencia de pareja. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala [Internet]*. 2016 [citado 24 de mayo de 2023];Vol. 19 No. 1. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2016/epi161m.pdf>

13. Linn BK, Stasiewicz PR, Fillo J, Bradizza CM. The great disrupter: Relationship of alexithymia to emotion regulation processes and smoking among pregnant women. *Subst Use Misuse*. 2020;55(7):1113-21.
14. Signorelli MS, Fusar-Poli L, Arcidiacono E, Caponnetto P, Aguglia E. Depression, PTSD and alexithymia in victims of intimate partner violence: a case-control study. 11 de mayo de 2020 [citado 24 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://www.openaccessrepository.it/record/52854>
15. Popa-Velea O, Ionescu CG, Soare T, Zamfir-Chiru-Anton A. Asociaciones entre la violencia de pareja, el estilo de apego disfuncional y la alexitimia en mujeres con trastornos somatomorfos. diciembre de 2020 [citado 5 de enero de 2025];28(4). Disponible en: DOI:10.4323/rjlm.2020.406
16. Moral de la Rubia J, Ramos Basurto S. Violencia de Pareja y Alexitimia en Mujeres Neoleonesas. *Acta de Investigación Psicológica*. abril de 2015;5(1):1831-41.
17. Coronel-Dávila A, Zavaleta-Aguilar G, Pérez-Lara C. Gender Perspectives in Intimate Partner Violence: The Influence of Alexithymia in Peri-Urban Contexts. *Healthcare [Internet]*. 2025 [citado 9 de mayo de 2025];13(8). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2227-9032/13/8/853>
18. Aker S, Kartal YA. Examining the relationship between intimate partner violence and alexithymia and depression levels of women: Kadınların yakın partner şiddeti ile aleksitimi ve depresyon düzeyleri arasındaki ilişkinin incelenmesi. *Journal of Human Sciences*. 31 de diciembre de 2023;20(4):741-51.
19. Mangialavori S, Fontana A, Terrone G, Topino E, Trani L. Maternal Perinatal Depression, Alexithymia, and Couple Functioning: Which Relationship Exists with Prenatal Attachment. *Ciencias del comportamiento [Internet]*. 2024 [citado 9 de mayo de 2025];14(9). Disponible en: <https://www.mdpi.com/2076-328X/14/9/773>
20. Organización Mundial de la Salud. Violence against women. 2024 [citado 6 de noviembre de 2024]; Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/violence-against-women>
21. Romero Martínez Á, Lila M, Moya-Albiol L. The Importance of Considering Alexithymia during Initial Stages of Intimate Partner Violence Interventions to Design Adjuvant Treatments. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. enero de 2019;16(19):3695.
22. Craparo G, Gori A, Petruccelli I, Cannella V, Simonelli C. Intimate Partner Violence: Relationships Between Alexithymia, Depression, Attachment Styles, and Coping Strategies of Battered Women. *The Journal of Sexual Medicine*. 1 de junio de 2014;11(6):1484-94.
23. Vargas-Fernández R, Visconti-Lopez FJ, Hernández-Vásquez A. Physical abuse in childhood and intimate partner violence in Peruvian women: A population-based survey, 2019. *Preventive Medicine*. 1 de noviembre de 2022;164:107278.
24. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables - AURORA. Cartilla Estadística Diciembre 2020 [Internet]. Perú: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2020 [citado 6 de enero de 2025]. Disponible en: <https://portalestadistico.aurora.gob.pe/cartillas-estadisticas/>

25. Lorente-Acosta M. Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. *Rev Esp Med Legal*. 1 de julio de 2020;46(3):139-45.
26. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Boletín Epidemiológico [Internet]. Vols. 31-SE 47. Perú: Ministerio de Salud del Perú; 2022 [citado 24 de mayo de 2023]. Disponible en: https://www.dge.gob.pe/epipublic/uploads/boletin/boletin_202247_27_091923.pdf
27. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades. Sala de Violencia Familiar [Internet]. Perú: Ministerio de Salud del Perú; 2024 [citado 6 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portalnuevo/informacion-publica/sala-de-violencia-familiar/>
28. Ministerio de Salud del Perú. Estadísticas de violencia contra las mujeres y los integrantes del grupo familiar [Internet]. 2020 [citado 24 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://observatorioviolencia.pe/wp-content/uploads/2020/12/ESTADISTICAS-Cusco.pdf>
29. Red Nacional de Epidemiología - RENACE. Boletín epidemiológico de RSSCS-2022 [Internet]. Vol. SE N° 01-26 del 2022. Dirección Regional de Salud Cusco; 2022 [citado 24 de mayo de 2023]. Disponible en: https://drive.google.com/file/d/1EJ6PT94QzFCD7qg2gYvFFuJNwJWoxhgS/view?usp=embed_facebook
30. Martínez-Galiano JM, Delgado-Rodríguez M. Violencia en mujeres embarazadas por parte de su pareja íntima: factores predisponentes. *Rev Esp Salud Publica*. 2020;94:e202006051.
31. Román-Gálvez RM, Martín-Peláez S, Martínez-Galiano JM, Khan KS, Bueno-Cavanillas A. Prevalence of Intimate Partner Violence in Pregnancy: An Umbrella Review. *Int J Environ Res Public Health*. 15 de enero de 2021;18(2):707.
32. Medina-Quispe CI, Quispe YN, Linares A, Huaccho-Rojas J. Depresión y violencia conyugal en gestantes peruanas durante la pandemia por la COVID-19. *Revista del Cuerpo Médico Hospital Nacional Almanzor Aguinaga Asenjo*. 2022;15(4):578-83.
33. Nuñez-Ochoa MJ, Moquillaza-Alcantara VH, Tinoco CMD. Physical violence during pregnancy in Peru: Proportion, geographical distribution, and associated factors, 2016-2018. *Rev Cuerpo Med HNAAA*. 2022;15(2):199-204.
34. Berke DS, Macdonald A, Poole GM, Portnoy GA, McSheffrey S, Creech SK, et al. Optimizing trauma-informed intervention for intimate partner violence in veterans: The role of alexithymia. *Behaviour Research and Therapy*. 1 de octubre de 2017;97:222-9.
35. Romero-Martínez Á, Lila M, Moya-Albiol L. Alexithymic traits are closely related to impulsivity and cognitive and empathic dysfunctions in intimate partner violence perpetrators: New targets for intervention. *Applied Neuropsychology: Adult*. 2019;28(1):71-9.
36. Rubia JM de la, Ramos-Basurto S. Alexitimia como predictor directo y mediado por la depresión en la violencia de pareja. *Revista Costarricense de Psicología*. 30 de junio de 2015;34(1):15-40.

37. Gilanifar M, Delavar M. Alexithymia in pregnant women: Its relationship with depression. *Asean Journal of Psychiatry* [Internet]. 17 de febrero de 2016 [citado 24 de mayo de 2023];17. Disponible en: <https://www.semanticscholar.org/paper/ALEXITHYMIA-IN-PREGNANT-WOMEN%3A-ITS-RELATIONSHIP-Gilanifar-Delavar/dd57cae973baa3b904c2bd6cfa8235f40f4c5db2>
38. Rahimi T, Sedghi R, Yousefi S, Sarikhani Y. The association between maternal-fetal attachment and adherence to health behaviors among pregnant women. *BMC Res Notes*. 15 de enero de 2025;18(1):16.
39. Castillo González ME, Santos Pazos DA, Guijarro Orozco CA. Alexitimia y violencia de pareja en adultos: Una revisión sistemática. *Arandu UTIC*. 17 de febrero de 2025;12(1):244-61.
40. Intimate Partner Violence and Alexithymia: Do Emotions Matter? A Systematic Review and Meta-Analysis - Sara Veggi, Agata Benfante, Marialaura Di Tella, Fausto Roveta, Lorys Castelli, Georgia Zara, 2024 [Internet]. [citado 6 de noviembre de 2024]. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/15248380231217045>
41. Ozusta O, Sevik A. The relationship between intimate partner violence, childhood traumas, alexithymia and coping styles with stress | *Annals of Medical Research*. *Annals of Medical Research* [Internet]. 2024 [citado 6 de noviembre de 2024];31(4). Disponible en: <https://www.annalsmedres.org/index.php/aomr/article/view/4674>
42. Guermazi F, Tabib F, Cherif F, Masmoudi R, Mnif D, Feki I, et al. Intimate Partner Violence in Tunisia: Emotional Abuse and Dependency, Alexithymia, and Self-Esteem in Female Victims. *Social Sciences*. octubre de 2024;13(10):503.
43. Dubé V, Tremblay-Perreault A, Allard-Cobetto P, Hébert M. Alexithymia as a Mediator between Intimate Partner Violence and Post-Traumatic Stress Symptoms in Mothers of Children Disclosing Sexual Abuse. *J Fam Viol* [Internet]. 16 de febrero de 2023 [citado 24 de mayo de 2023]; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s10896-023-00512-y>
44. Mannarini S, Taccini F, Rossi AA. Women and violence: Alexithymia, relational Competence and styles, and satisfaction with wife: A comparative profile analysis. *Behavioral Sciences*. noviembre de 2021;11(11):147.
45. Hall M, Chappell LC, Parnell BL, Seed PT, Bewley S. Associations between intimate partner violence and termination of pregnancy: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. enero de 2014;11(1):e1001581.
46. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM. Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. 2013 [citado 4 de agosto de 2023];64ª Asamblea General, Fortaleza, Brasil. Disponible en: <https://www.wma.net/es/polices-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
47. Comisión Nacional para la protección de los sujetos humanos de investigación biomédica y comportamental. Informe Belmont - Principios y guías éticos para la protección de los sujetos humanos de investigación [Internet]. 2003 [citado 24 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.conbioetica->

mexico.salud.gob.mx/descargas/pdf/normatividad/normatinternacional/10._INTL_Informe_Belmont.pdf

48. Tribunal Internacional de Nüremberg. Código de Nuremberg. 1946 [citado 4 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://www.unav.edu/web/unidad-de-humanidades-y-etica-medica/material-de-bioetica/el-codigo-de-nuremberg>
49. Alonso-Fernández F. La alexitimia y su trascendencia clínica y social. *Salud mental*. diciembre de 2011;34(6):481-90.
50. Hogeveen J, Grafman J. Alexithymia. *Handb Clin Neurol*. 2021;183:47-62.
51. Kendler KS, Neale MC, Kessler RC, Heath AC, Eaves LJ. Major depression and generalized anxiety disorder. Same genes, (partly) different environments? *Arch Gen Psychiatry*. septiembre de 1992;49(9):716-22.
52. Kinnaird E, Stewart C, Tchanturia K. Investigating alexithymia in autism: A systematic review and meta-analysis. *Eur Psychiatry*. enero de 2019;55:80-9.
53. Collins NL, Read SJ. Cognitive representations of attachment: The structure and function of working models. En: *Attachment processes in adulthood*. London, England: Jessica Kingsley Publishers; 1994. p. 53-90. (Advances in personal relationships, Vol. 5.).
54. Leshem R, van Lieshout PHM, Ben-David S, Ben-David BM. Does emotion matter? The role of alexithymia in violent recidivism: A systematic literature review. *Criminal Behaviour and Mental Health*. 2019;29(2):94-110.
55. Rollè L, Giordano M, Santoniccolo F, Trombetta T. Prenatal Attachment and Perinatal Depression: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*. abril de 2020;17(8):2644.
56. Trombetta T, Giordano M, Santoniccolo F, Vismara L, Della Vedova AM, Rollè L. Pre-natal Attachment and Parent-To-Infant Attachment: A Systematic Review. *Front Psychol* [Internet]. 17 de marzo de 2021 [citado 13 de mayo de 2025];12. Disponible en: <https://www.frontiersin.org/journals/psychology/articles/10.3389/fpsyg.2021.620942/full>
57. García Vega M, Mingote Adán JC, Muñoz Gállico E, Isla I, Hernández García JM. Utilidad de las escalas y cuestionarios psiquiátricos aplicados durante el periodo gestacional y el diagnóstico de depresión puerperal. *Cuadernos de medicina psicosomática y psiquiatría de enlace*. 2012;(102):7.
58. Edwards ER, Micek A, Mottarella K, Wupperman P. Emotion Ideology Mediates Effects of Risk Factors on Alexithymia Development. *J Rat-Emo Cognitive-Behav Ther*. 1 de septiembre de 2017;35(3):254-77.
59. Huecker MR, King KC, Jordan GA, Smock W. Domestic Violence. En: *StatPearls* [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 [citado 23 de mayo de 2023]. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK499891/>
60. World Health Organization. Global and regional estimates of violence against women: prevalence and health effects of intimate partner violence and non-partner sexual violence [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2013 [citado 21 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85239>

61. Bott S, Guedes A, Ruiz-Celis AP, Mendoza JA. Intimate partner violence in the Americas: a systematic review and reanalysis of national prevalence estimates. *Rev Panam Salud Publica*. 20 de marzo de 2019;43:e26.
62. Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar, Endes 2023 [Internet]. Perú; 2024 [citado 5 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/5601739-peru-encuesta-demografica-y-de-salud-familiar-endes-2023>
63. Yakubovich AR, Stöckl H, Murray J, Melendez-Torres GJ, Steinert JI, Glavin CEY, et al. Risk and Protective Factors for Intimate Partner Violence Against Women: Systematic Review and Meta-analyses of Prospective–Longitudinal Studies. *Am J Public Health*. julio de 2018;108(7):e1-11.
64. Ministerio de Salud del Perú. Guía Técnica para el Cuidado de la Salud Mental de Mujeres en Situación de Violencia Ocasionada por la Pareja o Expareja [Internet]. 2021 [citado 22 de mayo de 2023]. (RM N° 670-2021/MINSA). Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1912716/Gu%C3%ADa%20T%C3%A9cnica%20para%20el%20Cuidado%20de%20la%20Salud%20Mental%20de%20Mujeres%20en%20Situaci%C3%B3n%20de%20Violencia%20Ocasionada%20por%20la%20Pareja%20o%20Expareja.pdf?v=1622043570>
65. Alexander EF, Backes BL, Johnson MD. Evaluating Measures of Intimate Partner Violence Using Consensus-Based Standards of Validity. *Trauma Violence Abuse*. diciembre de 2022;23(5):1549-67.
66. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral a Mujeres e Integrantes del Grupo Familiar Afectados por Violencia Sexual [Internet]. 2020 [citado 23 de mayo de 2023]. (RM N° 649-2020/MINSA). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5188.pdf>
67. Pérez-Rincón H, Cortés J, Ortíz S, Peña J, Ruíz J, Díaz-Marínez A. Validación y estandarización de la versión española de la Escala Modificada de Alexitimia de Toronto. *Salud Mental* [Internet]. 1997 [citado 24 de mayo de 2023];20 N° 3. Disponible en: <http://www.repositorio.inprf.gob.mx/bitstream/handle/123456789/5685/sm200330.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
68. Biftu BB, Guracho YD. Determinants of Intimate Partner Violence against Pregnant Women in Ethiopia: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Biomed Res Int*. 26 de marzo de 2022;2022:4641343.
69. Luminet O, Bagby RM, Taylor GJ. *Alexithymia: Advances in Research, Theory, and Clinical Practice*. Cambridge University Press; 2018. 377 p.
70. Logoz F, Eggenberger L, Komlenac N, Schneeberger M, Ehlert U, Walther A. How do traditional masculinity ideologies and emotional competence relate to aggression and physical domestic violence in cisgender men? *Front Psychol*. 2023;14:1100114.
71. Strickland J, Parry CL, Allan MM, Allan A. Alexithymia among Perpetrators of Violent Offences in Australia: Implications for Rehabilitation. *Australian Psychologist*. 2017;52(3):230-7.

72. Fernández-Jiménez E, Pérez-San-Gregorio MÁ, Taylor GJ, Michael Bagby R, Ayeart LE, Izquierdo G. Psychometric properties of a revised Spanish 20-item Toronto Alexithymia Scale adaptation in multiple sclerosis patients. *International Journal of Clinical and Health Psychology*. 1 de septiembre de 2013;13(3):226-34.
73. Rubia JM de la. Propiedades psicométricas de la escala de Alexitimia de Toronto de 20 reactivos en México. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* [Internet]. 2008 [citado 5 de agosto de 2023];11(2). Disponible en: <https://revistas.unam.mx/index.php/repi/article/view/18555>
74. Fogarty CT, Brown JB. Screening for abuse in Spanish-speaking women. *J Am Board Fam Pract*. 1 de marzo de 2002;15(2):101-11.
75. Binfa L, Cancino V, Ugarte I, Mella M, Cavada G. Adaptación del instrumento WAST para la detección de violencia doméstica en Centros de Salud. *Rev méd Chile*. marzo de 2018;146(3):331-40.
76. Zapata-Calvente AL, Megías JL, Velasco C, Caño A, Khan KS, Rubio L, et al. Screening for intimate partner violence during pregnancy: a test accuracy study. *Eur J Public Health*. 1 de junio de 2022;32(3):429-35.
77. Gilanifar M, Delavar MA. The relationship between alexithymia and general symptoms of pregnant women. *Rom J Intern Med*. 1 de marzo de 2017;55(1):14-8.
78. Instituto Nacional Materno Perinatal. Guías de Práctica Clínica y de Procedimientos en Obstetricia y Perinatología 2023. Ministerio de Salud [Internet]. 2023 [citado 5 de junio de 2025]; Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inmp/informes-publicaciones/4624238-guias-de-practica-clinica-y-de-procedimientos-en-obstetricia-y-perinatologia-2023>
79. Ministerio de Salud del Perú. Norma técnica de salud para la atención integral y diferenciada de la gestante adolescente durante el embarazo, parto y puerperio. Ministerio de Salud. 2020;60.
80. Espinola-Sánchez MA, Racchumí-Vela A, Arango-Ochante P, Minaya-Léon P. Perfil sociodemográfico de gestantes en el Perú según regiones naturales. *Investigación Materno Perinatal*. 28 de agosto de 2019;8(2):14-20.
81. Ruiz-Pérez I, Plazaola-Castaño J, Blanco-Prieto P, González-Barranco JM, Ayuso-Martín P, Montero-Piñar MI. La violencia contra la mujer en la pareja. Un estudio en el ámbito de la atención primaria. *Gac Sanit*. 1 de mayo de 2006;20(3):202-8.
82. Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Ricci-Cabello I, Pastor-Moreno G, Ruiz-Pérez I, Ricci-Cabello I. Historia de Violencia y Violencia de Compañero íntimo en mujeres embarazadas. Resultados en salud. *Index de Enfermería*. diciembre de 2018;27(4):191-5.
83. Hernández Sampieri R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la Investigación. 6ta edición. México: McGRAW-HILL; 2014.
84. Chandan JS, Thomas T, Bradbury-Jones C, Russell R, Bandyopadhyay S, Nirantharakumar K, et al. Female survivors of intimate partner violence and risk of depression, anxiety and serious mental illness. *The British Journal of Psychiatry*. octubre de 2020;217(4):562-7.

85. Rondón MB. Salud mental: un problema de salud pública en el Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*. octubre de 2006;23(4):237-8.
86. Organización Mundial de la Salud, editor. Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 [citado 5 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
87. Contreras-Carreto NA, Moreno-Sánchez P, Márquez-Sánchez E, Vázquez-Solares V, Pichardo-Cuevas M, Ramírez-Montiel ML, et al. Salud mental perinatal y recomendaciones para su atención integral en hospitales ginecoobstétricos. *Cirugía y cirujanos*. agosto de 2022;90(4):564-72.
88. Flores-Ramos M. La salud mental en la mujer embarazada. *Perinatología y reproducción humana*. enero de 2013;27(3):143-4.
89. Guevara-Ríos E. La salud mental en las gestantes: ¿no está siendo entendida? *Revista Peruana de Investigación Materno Perinatal*. 19 de marzo de 2025;13(4):7-8.
90. Moreno-Sánchez YM, García-Manrique MM, Robles-Gil GR, Porrás-Lara JK. Valoración del riesgo biopsicosocial en gestantes de Cúcuta. *AiBi Revista de Investigación, Administración e Ingeniería*. 1 de enero de 2019;7(S1):13-8.
91. Arotinco Velasquez LM. Migración Interna en el Perú: incidencias en la calidad de vida de las familias inmigrantes. *Locus UFV* [Internet]. 3 de julio de 2019 [citado 9 de junio de 2025]; Disponible en: <https://locus.ufv.br/handle/123456789/27515>
92. Rosas NEP. La discriminación de la mujer gestante en su centro laboral: un hecho letal que pasa desapercibido. *Ius Vocatio*. 30 de junio de 2022;5(5):109-16.
93. Cardenas-Barrios X, Zagaceta-Guevara Z. Depresión asociada a violencia intrafamiliar en gestantes atendidas en un centro de salud peruano, 2022. *Revista Internacional de Salud Materno Fetal*. 28 de junio de 2024;9(2):o16-24.
94. Zelada Díaz EY. Factores predisponentes de violencia en gestantes atendida en la Ipress José Olaya - Chiclayo, primer semestre 2023. 2024 [citado 10 de mayo de 2025]; Disponible en: <https://repositorio.udch.edu.pe/handle/123456789/133>
95. Bejarano-Gaston G, Roldan-Arbieto L, Loayza-Alarico M, Arango-Ochante P. Factores asociados a la violencia intrafamiliar en mujeres embarazadas en un centro materno infantil peruano. *Revista de la Facultad de Medicina Humana* [Internet]. 2014 [citado 10 de mayo de 2025];24(4). Disponible en: https://openurl.ebsco.com/EPDB%3Agcd%3A14%3A17403390/detailv2?sid=ebsco%3Aplink%3Ascholar&id=ebsco%3Agcd%3A183714221&crl=c&link_origin=scholar.google.com
96. Nestares Luna KL, Olivera García A, Huamanchumo Guzmán R, Arévalo Flores JM. Frecuencia de alexitimia y factores relacionados en pacientes con fibromialgia tratados en un hospital público de Lima, Perú. *Revista de Neuro-Psiquiatría*. abril de 2021;84(2):103-12.
97. Elyasi F, Amirsoleimani Y, Hamzhepour R, Moosazadeh M, Zarghami M, Vajdi M, et al. Investigating alexithymia, empathy, and resilience in medical students

- during pandemic era: a cross-sectional study in northern Iran. *The Egyptian Journal of Neurology, Psychiatry and Neurosurgery*. 29 de septiembre de 2024;60(1):119.
98. Horta-Baas G, Peláez-Ballestas I, Queipo G, Montero Hernández U, Romero-Figueroa MDS. Alexithymia is associated with mood disorders, impairment in quality of life and disability in women with fibromyalgia. *Clin Exp Rheumatol*. 2020;38 Suppl 123(1):17-24.
99. Carrillo-Mora P, García-Franco A, Soto-Lara M, Rodríguez-Vásquez G, Pérez-Villalobos J, Martínez-Torres D. Cambios fisiológicos durante el embarazo normal. *Revista de la Facultad de Medicina (México)*. febrero de 2021;64(1):39-48.
100. Vergés-Báez L, Lozano-Paniagua D, Requena-Mullor M, García-González J, García-Álvarez R, Alarcón-Rodríguez R. Alexithymia and Insecure Attachment among Male Intimate Partner Violence Aggressors in the Dominican Republic. *Healthcare (Basel)*. 24 de noviembre de 2021;9(12):1626.
101. Joukamaa M, Kokkonen P, Veijola J, Läksy K, Karvonen JT, Jokelainen J, et al. Social Situation of Expectant Mothers and Alexithymia 31 Years Later in Their Offspring: A Prospective Study. *Psychosomatic Medicine*. 2003;65(2):307.
102. Peters RM, Lumley MA. Relationship of alexithymia to cardiovascular disease risk factors among African Americans. *Comprehensive Psychiatry*. 1 de enero de 2007;48(1):34-41.
103. Blas LFV. La violencia de género en mujeres: Una revisión entre el 2019-2022. *ACTA PSICOLÓGICA PERUANA*. 30 de abril de 2024;9(1):51-70.
104. Ministerio de Salud del Perú. Resolución Ministerial N.º 184-2024-MINSA [Internet]. MINSA; 2024 [citado 17 de mayo de 2025]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/5364816-184-2024-minsa>

ANEXOS:

ANEXO 1.- Matriz de consistencia

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variable	Dimensiones	Indicadores	Metodología	Recolección de datos
Problema general	Objetivo general	Hipótesis general	Variable dependiente			Tipo de investigación	Se aplicará una encuesta que consta de un total 39 ítems que se dividen en 3 dimensiones: Datos sociodemográficos y obstétricos que consta de 11 ítems. Para valorar la variable alexitimia se aplicará la “Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)” que consta de 20 ítems con un alfa de Cronbach de 0.875 y para evaluar la variable “Violencia de pareja íntima” se aplicará el instrumento
¿Existe asociación entre la violencia de pareja íntima y la alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025?	Determinar la asociación entre la violencia de pareja íntima y la alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.	Existe una asociación significativa entre la violencia de pareja íntima y la alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.	Alexitimia	Dificultad para Expresar sentimientos	Grado de dificultad al expresar cómo se siente ante otros.	El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo de alcance correlacional.	
				Dificultad para identificar sentimientos	Grado de confusión al identificar emociones propias	Diseño de la investigación	
				Pensamientos orientados hacia los detalles externos	Predominio del pensamiento práctico y no en estados internos.	Unidad de análisis	
						Es un estudio observacional o no experimental tipo transversal o transeccional.	Gestantes mayores de 18 años que concurrirán para recibir atención en los servicios de consultorio externo de Gineco-Obstetricia.

Problemas específicos	Objetivos específicos	Hipótesis específicas	Variable independiente		Población y muestra	Woman Abuse Screening Tool (WAST)	
PE1. ¿Cuál es la frecuencia de violencia de pareja íntima en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025?	OE1: Estimar la frecuencia de violencia de pareja íntima en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.	H1: La frecuencia de violencia de pareja íntima es elevada en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.	Violencia de pareja íntima	Grado de estrés existente en la relación	Nivel de tensión emocional dentro de la dinámica de pareja. Puede ser estresante, poco estresante o nada estresante	La población de estudio estará conformada por gestantes que concurrirán para recibir atención en los servicios de consultorio externo de Gineco-Obstetricia de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud que pertenecen al Ministerio de Salud: Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional del Cusco, categoría III-1; durante los meses de febrero, marzo y abril del año 2025., que cumplan los criterios de inclusión y exclusión.	que consta de ocho ítems con una sensibilidad de 100% y especificidad de 96.4%, con un alfa de Cronbach de 0,91.
				Dificultad para resolver discusiones	Dificultad y frecuencia de conflictos no resueltos. Que puede ser con mucha dificultad, algo de dificultad o sin dificultad		
				Existencia de episodios violentos a nivel emocional, psicológico, físico o sexual	Frecuencia de conductas agresivas, puede ser muchas veces, a veces o nunca		

PE2. ¿Cuál es la frecuencia de alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025?	OE2: Estimar la frecuencia de alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.	H2: La frecuencia de alexitimia es alta en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.	Variables intervinientes			Criterios de inclusión	Plan de análisis de datos
			Edad	Edad cumplida en años	Edad obtenida según DNI	<ul style="list-style-type: none"> - Gestantes mayores de 18 años - Gestantes que acepten voluntariamente ser parte del estudio. - Gestantes atendidas en los servicios de consultorio externo de Gineco-Obstetricia del Hospital Antonio Lorena y Hospital Regional del Cusco 	<p>El análisis estadístico se basará en los datos obtenidos en las encuestas aplicadas a gestantes atendidas en los dos hospitales del Cusco durante los meses de enero a marzo de 2025. Los datos serán organizados en Microsoft Excel® 365 y sometidos a control de calidad para eliminar errores, omisiones o duplicaciones. Luego, se elaborará un diccionario de variables codificadas numéricamente y se exportará la base final al software Stata v15.1.</p> <p>Análisis univariado</p>
			Procedencia	Entorno geográfico rural o urbano	Zona de procedencia		
			Estado civil	Situación conyugal que puede ser soltera (conviviente), casada o separada/divorciada	Estado civil según DNI	<p>Criterios de exclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> - Gestantes que no otorguen su consentimiento para participar en el estudio. - Gestantes con deterioro cognitivo, trastornos graves de diferentes etiologías o complicaciones obstétricas al momento de la evaluación. - Gestantes hospitalizadas o atendidas por el servicio de emergencia al momento de la recolección de datos. 	
Grado de instrucción	Nivel educativo alcanzado: Primaria, secundaria o superior	Nivel de educación formal que ha completado					

PE3. ¿Qué características sociodemográficas y obstétricas están asociadas a la alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025?	OE3: Identificar las características sociodemográficas y obstétricas asociadas a la alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.	H3: Existen características sociodemográficas y obstétricas significativamente asociadas a la presencia de alexitimia en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.	Situación laboral	Situación laboral, si está activa laboralmente (independiente, sector público o privado) o no (Desempleada o ama de casa).	Estado laboral actual	Tamaño de muestra	Se describirán las variables del estudio. Las variables categóricas se presentarán mediante frecuencias absolutas y relativas. Las variables cuantitativas se analizarán según su distribución: normales mediante media y desviación estándar; no normales mediante mediana y rango intercuartílico, previa prueba de normalidad de Anderson-Darling. Análisis bivariado Se analizará la asociación entre alexitimia y VPI, así como otras variables sociodemográficas y
			Situación económica	Ingreso mensual Bajo (1300 - 2400), Medio (4000) y Alto (7000-12000).	Nivel de ingreso económico familiar	Para el cálculo de tamaño muestral se utilizará el programa Epi Info™ versión 7.2.5.0 del CDC-EEUU. Utilizando el estudio tipo cohortes retrospectivo, publicado por Chandan JS, Thomas T, Bradbury- Jones C, Russell R, Bandyopadhyay S. y Taylor J. en su artículo titulado “Mujeres sobrevivientes de violencia de pareja íntima y riesgo de depresión, ansiedad y enfermedades mentales graves”, publicado en el año 2020 (77). Con un nivel de confianza al 95% y un poder al 80% se obtuvo una muestra total de 260 gestantes, agregando el factor pérdida del 10% se contará con una muestra total de 286 gestantes.	
			Trimestre de gestación	Periodo gestacional	Etapa cronológica del embarazo (en trimestres)		

PE4. ¿Cuál es el nivel de asociación entre la violencia de pareja íntima y la alexitimia, controlando por variables sociodemográficas y obstétricas, en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025?	OE4: Calcular el nivel de asociación entre violencia de pareja íntima y alexitimia, controlando por variables sociodemográficas y obstétricas, en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.	H4: La violencia de pareja íntima se asocia significativamente con la alexitimia, incluso después de controlar por variables sociodemográficas y obstétricas, en gestantes atendidas en dos hospitales del Cusco, 2025.	Número de gestaciones	Experiencia gestacional	Clasificación obstétrica según número de gestaciones	Método de muestreo	obstétricas. Se empleará la prueba T de Student para comparaciones de variables numéricas con distribución normal, y la prueba U de Mann-Whitney para distribuciones no normales. Para variables categóricas se estimará la razón de prevalencia (RP) mediante un modelo lineal generalizado (GLM) con distribución de Poisson, enlace logarítmico y varianzas robustas. Se considerará asociación estadísticamente
						Justificación	
			Planificación del embarazo	Planificación reproductiva	Embarazo planificado o no planificado		

					<p>niveles de alexitimia, vínculos inseguros y un apego prenatal deteriorado.</p> <p>Este estudio, busca explorar dicha relación en gestantes cusqueñas, generando evidencia para el diseño de estrategias de detección temprana y atención integral en salud materna. Los resultados podrán orientar intervenciones emocionales, programas psicoeducativos y políticas públicas sensibles al componente emocional de las gestantes, promoviendo el bienestar biopsicosocial y la prevención de la violencia.</p>	<p>significativa cuando $p < 0.05$ e IC 95%.</p> <p>Análisis multivariado</p> <p>Se aplicará un modelo GLM con los mismos parámetros descritos, con el objetivo de estimar RP ajustadas entre alexitimia y violencia de pareja, controlando por variables sociodemográficas y obstétricas seleccionadas según la literatura y el análisis bivariado. La significancia se establecerá con $p < 0.05$ e IC al 95%.</p>
--	--	--	--	--	---	---

ANEXO 2.- Consentimiento informado



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

TITULO: “VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA Y ALEXITIMIA EN GESTANTES DE DOS HOSPITALES DEL CUSCO, 2025.”

Propósito del estudio:

El presente cuestionario es anónimo y tiene el propósito de determinar la relación entre la violencia de pareja íntima y alexitimia en gestantes de nuestro medio, problemas que suelen ser muy frecuentes en nuestra sociedad y que pone en riesgo la salud de la madre y en general del desarrollo del niño, este estudio está siendo desarrollado por investigadores de la UNSAAC, con el propósito de brindar información científica sobre esta línea de investigación, mediante la realización de la tesis de pregrado de la Est. MH. Ana Claudia Santander Cahuantico.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Se le realizara un cuestionario para obtener información de datos sociodemográficos y gineco-obstétricos.
2. Se realizará una evaluación para evidenciar si usted enfrenta algún problema de violencia de pareja íntima y que a su vez pueda presentar rasgos de alexitimia.

Costos y compensación

No deberá pagar nada por su participación en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos la información obtenida sin nombre, la información obtenida se procesará manteniendo el anonimato, se hará uso de códigos para lograr este fin.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento. Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

Acepto participar del presente estudio, para lo cual doy mi consentimiento firmado.

Firma

ANEXO 3.- Instrumento de investigación



“VIOLENCIA DE PAREJA ÍNTIMA Y ALEXITIMIA EN GESTANTES DE DOS HOSPITALES DEL CUSCO, 2025”

El presente cuestionario es anónimo y está dirigido a gestantes de dos hospitales del Cusco, con el fin de determinar la relación entre la violencia de pareja íntima y alexitimia



Datos sociodemográficos – Obstétricos	Cuestionario N°: <input style="width:40px" type="text"/>
--	---

Filiación		
1. ¿Cuántos años tiene? (años cumplidos) <input style="width:40px; height:20px" type="text"/>	2. ¿Cuál es tu lugar de procedencia? <input type="checkbox"/> Rural <input type="checkbox"/> Urbano	3. ¿Cuál es su estado civil? <input type="checkbox"/> Soltera conviviente <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Separada /Divorciada
4. ¿Cuál es tu grado de instrucción? <input type="checkbox"/> Analfabeto <input type="checkbox"/> Secundaria <input type="checkbox"/> Primaria <input type="checkbox"/> Superior	5. ¿Cuál es su situación laboral? <input type="checkbox"/> Sin empleo <input type="checkbox"/> Con empleo	6. ¿Cuál de los siguientes valores se aproxima más al salario mensual de su hogar? <input type="checkbox"/> Bajo (1300 - 2400) <input type="checkbox"/> Medio (4000) <input type="checkbox"/> Alto (7000 - 12000)

Antecedentes gineco-obstétricos	
7. ¿En qué trimestre de gestación se encuentra? <input type="checkbox"/> I trimestre (0 a 13 sem.) <input type="checkbox"/> II trimestre (14 a 27 sem.) <input type="checkbox"/> III trimestre (28 sem. a más)	8. ¿Cuántos embarazos tuvo? (incluye abortos) <input type="checkbox"/> Primigesta (1er embarazo) <input type="checkbox"/> Multigesta (2 a 4 embarazos) <input type="checkbox"/> Gran multigesta (5 o más)
9. ¿El embarazo actual fue planificado por usted y su pareja? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No	

Escala de Alexitimia de Toronto (TAS-20)

Leer cuidadosamente cada uno de los ITEMS y marcar con una X la mejor opción según la opinión del paciente, señalar el grado en que estas características se ajustan a su modo de ser habitual. Contestar lo más sinceramente posible, recuerde que no hay respuestas buenas ni malas. Tener en consideración que:

1 = Totalmente en desacuerdo 2 = En desacuerdo 3 = Indeciso 4 = De acuerdo 5 = Totalmente de acuerdo

N°	ITEMS	1	2	3	4	5
10.	A menudo estoy confuso con las emociones que estoy sintiendo.					
11.	Me es difícil encontrar las palabras correctas para expresar mis sentimientos.					
12.	Tengo sensaciones físicas que incluso ni los doctores entienden.					
13.	Soy capaz de expresar mis sentimientos fácilmente.					
14.	Prefiero pensar bien acerca de un problema en lugar de solo mencionarlo.					
15.	Cuando estoy mal no sé si estoy triste, asustado o enfadado.					
16.	A menudo estoy confundido con las sensaciones de mi cuerpo.					
17.	Prefiero dejar que las cosas sucedan solas, sin preguntarme por qué suceden de ese modo.					
18.	Tengo sentimientos que casi no puedo identificar.					
19.	Estar en contacto con las emociones es muy importante.					
20.	Me es difícil expresar lo que siento acerca de las personas.					
21.	La gente me dice que exprese más mis sentimientos.					
22.	No sé qué pasa dentro de mí					
23.	A menudo no sé por qué estoy enfadado.					
24.	Prefiero hablar con la gente de sus actividades diarias mejor que de sus sentimientos.					
25.	Prefiero ver espectáculos simples, pero entretenidos, que dramas psicológicos.					
26.	Me es difícil revelar mis sentimientos más profundos incluso a mis amigos más íntimos.					
27.	Puedo sentirme cercano a alguien, incluso en momentos de silencio.					
28.	Encuentro útil examinar mis sentimientos para resolver problemas personales.					
29.	Buscar significados ocultos a películas o juegos disminuye el placer de disfrutarlos.					

Cuestionario para la detección de violencia doméstica en Establecimientos de Salud, versión adaptada del instrumento WAST (Woman Abuse Screening Tool)

El siguiente listado de preguntas se presenta con la finalidad de indagar si la mujer se encuentra en situación de violencia de pareja o expareja. Marcar la casilla en función a la relación con su pareja. Si actualmente no tiene pareja, completa las preguntas de acuerdo a tu relación más reciente.

N°	Cuestionario			Puntaje
30.	En general, ¿Cómo describiría usted su relación con su pareja?			
	Estresante	Un poco estresante	Nada estresante	
31.	Usted y su pareja resuelven sus discusiones con:			
	Mucha dificultad	Algo de dificultad	Sin dificultad	
32.	Al terminar las discusiones usted ¿Se siente decaída o mal con usted misma?			
	Muchas veces	A veces	Nunca	
33.	¿Las discusiones terminan en golpes, patadas, o empujones?			
	Muchas veces	A veces	Nunca	
34.	¿Hay situaciones en las cuales ha sentido miedo de las reacciones de su pareja?			
	Muchas veces	A veces	Nunca	
35.	Su pareja ¿Controla el dinero que usted gasta, o la obliga a realizar trabajo en exceso?			
	Muchas veces	A veces	Nunca	
36.	Su pareja ¿La insulta, grita, humilla y descalifica verbalmente?			
	Muchas veces	A veces	Nunca	
37.	¿Se ha sentido obligada a tener relaciones sexuales con su pareja para evitar problemas?			
	Muchas veces	A veces	Nunca	
Puntaje total				

ACSC

ANEXO 4.- Documentos de autorización para ejecución del proyecto



GOBIERNO REGIONAL
CUSCO
Autoridad Regional

GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO

GERENCIA REGIONAL DE SALUD

HOSPITAL ANTONIO LORENA

OFICINA DE INVESTIGACIÓN, DOCENCIA Y CAPACITACIÓN



"AÑO DE LA RECUPERACIÓN Y CONSOLIDACIÓN DE LA ECONOMÍA PERUANA"

AUTORIZACIÓN

El que suscribe Dra. YANNET HUACAC GUZMAN Jefe de la Oficina de Investigación, Docencia y Capacitación del Hospital Antonio Lorena del Cusco.

AUTORIZA:

Al estudiante, **ANA CLAUDIA SANTANDER CAHUANTICO** de la Facultad de Medicina Humana de la **Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco**, realizar su Proyecto de Tesis Titulado: **"VIOLENCIA DE PAREJA INTIMA EN GESTANTES DE DOS HOSPITALES DEL CUSCO – 2024 "**

Presentado a nuestra institución y previamente revisado por el Comité de Ética en Investigación autorizando la ejecución del proyecto de tesis mencionado

Se expide la presente a petición del interesado para los fines respectivos. Carece de valor en asuntos judiciales.

Cusco, 28 de Enero del 2025



GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL ANTONIO LORENA

.....
MC. Yanny Huacac Guzman
CIRUGIA GENERAL LAPAROSCOPICA
C.M.P. 45493 R.M. 34018
JEFE CAPACITACION INVESTIGACION Y DOCENCIA

Cusco, 03 de Febrero del 2025

PROVEIDO N°038 - 2025-GR CUSCO/GERESA-HRC-DE-OCDI.

Visto, el Expediente N°1107 seguido por los Br.: **ANA CLAUDIA SANTANDER CAHUANTICO**, estudiantes de la Escuela Profesional de Medicina Humana de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, solicitan: Autorización para aplicación de Instrumento de Investigación, para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.

El presente Proyecto de Investigación: "VIOLENCIA DE PAREJA INTIMA Y ALEXITIMIA EN GESTANTES DE DOS HOSPITALES DEL CUSCO 2024", conforme al informe emitido por el Jefe del Área de Investigación de la Oficina de Capacitación Docencia e Investigación, la petición formulada por las citadas se encuentra apto para realizar la correspondiente investigación, por las características de investigación es de estudio; cuantitativo, observacional-no experimental, transversal o transeccional; se aplicara instrumento para entrevista directa a gestantes usuarias en el Servicio de Maternidad del Hospital Regional Cusco.

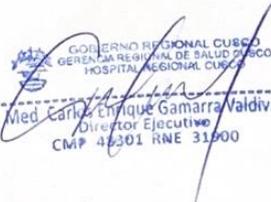
En tal sentido, esta dirección **AUTORIZA** la Aplicación de Instrumento de Investigación para lo cual se le brinde las facilidades correspondientes, exhortando a los investigadores que todo material de la aplicación del instrumento es a cuenta de las interesadas y no genere gastos al Hospital.

RECOMENDACIÓN:

Presentación de la presente autorización, debidamente identificado con su DNI correspondiente. Se adjunta Recibo N°82719.

Al finalizar la aplicación del Instrumento, la investigadora deberá entregar una copia original del Proyecto Final de Investigación, a la Oficina de Capacitación del Hospital Regional Cusco.

Atentamente,


GOBIERNO REGIONAL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL CUSCO
Med. Carlos Enrique Gamarra Valdivia
Director Ejecutivo
CMP 46301 RNE 31900


GOBIERNO REGIONAL DEL CUSCO
GERENCIA REGIONAL DE SALUD CUSCO
HOSPITAL REGIONAL DEL CUSCO
Med. María Elena Salas Galindo
Jefe de la Unidad de Capacitación, Docencia e Investigación

c.c Archivo
RASS/Ilchs
03/02/2025