



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Medicina

Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”

“Efectividad de dos tipos de psicoterapia, así como la relación con la reactividad del cortisol en pacientes con depresión y ansiedad, con antecedente de violencia de pareja”.

TESIS PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA PRESENTA:

JULIÁN DAVID MORENO GRANADOS.

Dr. Alfredo Whaley S.
Asesor Clínico

Dra. Ana Lilia Cerda Molina
Asesora Metodológica.

Ciudad de México. 31 de mayo del 2018.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

GRUPO ASESOR

Dr. Alfredo Whaley Sánchez.

Asesor Clínico

Dra. Ana Lilia Cerda Molina

Asesora Metodológica

Psic. Margarita De la Cruz

Terapeuta de grupo Psicoterapia de Aceptación y Compromiso

Mta Marcela Biagini Alarcón.

Terapeuta de grupo Psicoterapia Interpersonal Psicodinámica Grupal



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Tabla de contenido

1. Pregunta de Investigación	5
2. Marco Teórico	5
2.1 Introducción	5
2.2 Violencia de pareja	6
2.2.1 El Rol del Victimario	7
2.2.2 La relación entre el agresor y la víctima	8
2.3 Secuelas a la salud de los receptores de violencia	10
2.3.1. Secuelas físicas	10
2.3.2. Enfermedades de Trasmisión Sexual	11
2.3.3 Recepción de Violencia, Alcohol y Sustancias Psicoactivas	11
2.3.4 Secuelas en la Salud Mental	12
2.3.5 Secuelas en la secreción de Cortisol	13
2.4 Tipos de Intervención	14
2.4.1 Terapia de Aceptación y Compromiso	14
2.4.1. Terapia Interpersonal Grupal	17
3. Objetivos	21
3.1 Objetivo General	21
3.2 Objetivos Específicos	21
4. Planteamiento del Problema	22
5. Hipótesis	22
6. Metodología	23
6.1 Tipo de Estudio	23
6.2 Variables	23
6.3 Población	24
6.3.1 Criterios de Inclusión	24
6.3.2 Criterios de Exclusión	25
6.3.3 Consideraciones Especiales	25
6.4 Propuesta Metodológica	25
6.4.1 Psicoterapia	25
6.3.2 Cortisol	27



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

6.5. Instrumentos de Evaluación	28
6.5.1. Escala Hamilton de Depresión	28
6.5.2 Escala Hamilton de Ansiedad	29
6.5.3 Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF	29
6.5.4 Escala de Violencia	29
6.6 Análisis Estadístico	31
7. Consideraciones Éticas	31
8. Resultados	32
8.1 Caracterización Socio-Demográfica	32
8.2 Estado de Gravedad de la Recepción de Violencia	34
8.3 Sintomatología Ansiosa, Depresiva y Percepción de Calidad de Vida Inicial.	36
8.4. Escalas de Ansiedad y Depresión Post Intervención	38
8.5 Percepción de calidad de vida Post Intervención	40
8.6 Cambios en Cortisol Post Intervención.	43
9. Discusión	45
9.1. Cambios en la Sintomatología Ansiosa y Depresiva	48
9.2. Cambios en la Percepción de Calidad de Vida	48
9.3 Cambios en la Secreción de Cortisol	49
10. Conclusiones	51
11. Anexos	52
12. Bibliografía	61



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

1. Pregunta de investigación:

¿Son la psicoterapia interpersonal y la psicoterapia de aceptación y compromiso útiles en el manejo de secuelas emocionales, depresivas o ansiosas, así como en la mejoría en la percepción de calidad de vida y en la regulación del cortisol en pacientes mujeres que cuenten con antecedente de ser receptoras de violencia?

2. Marco teórico:

2.1 Introducción

La violencia es un fenómeno que ha sido inherente a la construcción de las sociedades, desde tiempos remotos los humanos hemos utilizado este tipo de acciones como método de interacción entre nosotros mismos. Estas acciones son definidas como el daño intencionado o no entre dos sujetos, que generalmente se basa en una disputa por el poder y la razón, y con un objetivo principal de someter a la contraparte de esta dupla con el fin de imponer los ideales que la parte vencedora a bien disponga. Los sujetos en esta disputa no necesariamente son entes personales de forma directa siendo la violencia expresada en un amplio rango de eventos individuales y grupales, desde las guerras internacionales o civiles, hasta la violencia familiar o sexual.

Si bien es cierto que se está acostumbrado desde la medicina a observar la violencia como un evento personal, esto puede peligrosamente caer en una óptica reduccionista, ya que si bien el impacto a la persona es dramático, la cadena de eventos que trascurren posterior a la violencia, finalmente detonan un daño en la economía y en la sociedad. Varios autores han descrito esta serie de situaciones donde todo inicia con daños a nivel personal físicos y/o psicológicos que incrementan la morbimortalidad, lo que en consecuencia genera un desgaste en el personal y el sistema de salud. En el largo plazo, este desgaste podría conducir aun aumento en el gasto económico que a la larga llevará a una crisis económica, y al resquebrajo de la sociedad lo que finalmente se volverá un estresor que ampliamente se ha reconocido cómo un disparador de más violencia, cayendo a la larga en un bucle que se retroalimentará generando más violencia (Wenzel, Kienzler, & Wollmann, 2015) . Es por esto que el fenómeno de la violencia debe ser abordado desde una óptica integral, pues desde el punto de vista de un fenómeno social, sobre pasa las capacidades de la medicina, pero su abordaje a partir de las intervenciones en salud, son una oportunidad valiosa para



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

aportar en una situación que como se ha mencionado anteriormente genera una importante impacto físico, psicológico y medioambiental y que desde varias corrientes del conocimiento pudiera llegar a ser prevenible.

El estudio de la violencia, toma conceptos desde varias vertientes del conocimiento por ejemplo la sociología, la antropología e inclusive la filosofía, quienes se han encargado de encarar a la violencia como un evento que va desde un origen nuclear en la familia (violencia doméstica o de pareja) encadenándose hasta los eventos donde se involucran a grupos de personas (las guerras); el derecho se ha encargado de darle un orden jurídico y de abogar por la justicia y la reparación de las personas; la psicología y la psiquiatría se han encargado de preguntarse por el origen mental de este comportamiento, así como de las repercusiones y secuelas en la salud mental de las personas. Es importante mencionar que frente a esto último, el estudio de la violencia desde una perspectiva de salud es algo relativamente reciente y fue sólo hasta 1996 donde se empieza a hablar del fenómeno de la violencia como un ámbito de acción de la salud pública (Williams & Donnelly, 2014). Como se puede ver son muchas las instancias que se pueden ver involucradas y si se quisiera ser más minucioso inclusive podríamos observar que casi todas las ramas del saber humano se pueden asociar con este amplio fenómeno. En este trabajo nos vamos a encarar principalmente a la violencia desde la perspectiva de pareja ya que, como se ha mencionado anteriormente, es la que más cercana está al que hacer médico.

2.2 Violencia de pareja.

De la violencia hacia los individuos, la violencia doméstica y en específico la violencia de pareja es el tipo más frecuentemente encontrado. Estudios realizados en Estados Unidos hablan que una de cada 4 mujeres y uno de cada 7 hombres es víctima de violencia (Zolotor, Denham, & Weil, 2009). Sin embargo estudios globales hablan de cifras un poco más críticas encontrando que 1 de cada 3 mujeres es víctima de violencia al año, (OMS 2014); esto suena lógico si comprendemos que la mayor parte de la población habita en áreas donde los factores facilitadores de violencia son más frecuentes.

Específicamente en México estudios arrojan cifras que pueden alcanzar hasta un 57% donde la violencia psicológica ocupa el primer lugar en frecuencia, seguido por la violencia física y sexual, encontrando que en este país la edad, el nivel de escolaridad y el consumo



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

de alcohol en la pareja, son factores de riesgo para la violencia doméstica (Gomez-Dantes, Vazquez-Martinez, & Fernandez-Canton, 2006)

La violencia de pareja no puede ser vista como un conflicto familiar simplemente, es una dinámica relacional deficiente, compuesta por una de las más anormales formas de comportarse y relacionarse con otra persona. Este fenómeno, se ha intentado abordar desde muchas perspectivas; el feminismo ha expresado que la violencia doméstica es una agresión casi exclusiva hacia la mujer, como el producto de una dominación socialmente aceptada de control del hombre, a través de los actos violentos como una herramienta de “poder y control”. Sin embargo este tipo de afirmaciones han tendido a caer como ideas a priori, pero que al momento de estudiarlas distintos autores han encontrado datos interesantes, por ejemplo algunos reportan que solo el 10% de los matrimonios estadounidenses tienen un dominio masculino o que las mujeres tienden a ser más violentas con los hombres no violentos que viceversa, la mayoría de hombres norteamericanos y canadienses no ven la violencia hacia la mujer como algo aceptable y los niveles de violencia entre parejas lésbicas es comparable con la de violencia heterosexual. La transmisión intergeneracional es un concepto teórico ampliamente estudiado para explicar este fenómeno, el cual entabla que la violencia tiene unos orígenes en la observación y exposición de este tipo de conductas en la familia de origen, la cual crea unas creencias, ideas y normas acerca de lo apropiado de la agresión. Este constructo se ha podido evidenciar en algunos estudios aunque su magnitud de evidencia es modesta, encontrándose en estos mismos estudios otros factores como los trastornos de la conducta como mejores predictores de violencia doméstica, lo cual no descarta un origen transgeneracional de la violencia, sin embargo permite plantearse esto como un fenómeno donde se inter cruzan diversos factores sin ser uno único suficiente para su instauración. (Corvo & Johnson, 2013)

2.2.1 El rol del victimario

Se ha buscado entender desde las teorías psicológicas las características de la persona que ejerce la violencia esto va vinculado a factores individuales psicológicos psiquiátricos y neurológicos, encuadrando la violencia como un inter-juego de factores neurobiológicos o neuroanatómicos, que finalmente desencadenan la psicopatología, la distorsión cognitiva y



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

los síntomas post traumáticos. Es fácilmente evidenciable que existen diferencias considerables en la psicología de una persona violenta y una no violenta, y que estas diferencias subyacen en un sustrato genético, neuroanatómico, neuroquímico y/o psiquiátrico (Corvo & deLara, 2010). Se ha encontrado por ejemplo que cerca del 90% de los pacientes ingresados en instituciones psiquiátricas (pacientes no psicóticos, hombres y mujeres) reportaron que fueron agresores en el último año. Otros autores han encontrado por ejemplo que el 83% de pacientes alcohólicos que son agresores cuentan con trastorno límite de la personalidad 50% con un trastorno antisocial de la personalidad 40% con un trastorno depresivo mayor y un 30% con un una ansiedad generalizada (Corvo & Johnson, 2013); sin embargo estas morbilidades psiquiátricas no pueden definir del todo el comportamiento de los agresores ni de la dinámica que tienen estos con sus víctimas, por tanto algunos autores se han planteado la posibilidad de poder enmarcar estos cambios dentro de un nuevo trastorno de la personalidad: El trastorno de la personalidad abusiva, el cual es un patrón que tiende a ser repetitivo en las relaciones entre la víctima y el violentador. Estos mismos autores plantean que la persona con un trastorno abusivo de la personalidad es aquella que tiene un patrón generalizado de comportamiento abusivo, el cual se acompaña de una constante violación a los límites del otro y un uso de coerción, intimidación o fuerza para controlar a la otra persona como principales factores presentes pero que se acompañan además de un patrón donde la mayor parte de sus relaciones se enmarcan dentro del círculo de la violencia, un patrón de relación que se caracterizan por la manipulación y el engaño con sus parejas un pobre control de impulsos una emocionalidad altamente reactiva, un patrón inestable de compañeros íntimos, una tendencia a monitorizar el comportamiento de las personas con el fin de poder controlarlas y tender a racionalizar y justificar su comportamiento abusivo como necesario, natural o malentendido. (Brasfield, 2014). El esfuerzo de entender esto desde una dimensión de la psicopatología es el poder darle un mayor peso a la violencia doméstica desde el ámbito de la salud mental con el fin de poder encarar posibles soluciones a este fenómeno.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

2.2.2 La relación entre el agresor y la víctima.

La relación entre el agresor y su víctima se ha descrito desde varios ámbitos pero el más diversificado y el que mejor permite el entendimiento del fenómeno de violencia es el El ciclo de violencia descrito por la Dra. Leonor Walker, el cual consta de tres fases: 1. Aumento de tensión: Este ocurre en un tiempo variable(desde días hasta años) . Durante este periodo trascurren incidentes menores de agresión de diversas formas como gritos, peleas pequeñas. La persona receptora, ante los incidentes menores evita cualquier conducta que pueda provocar al agresor, se busca minimizar los eventos tratando de calmar al agresor, se niega que los incidentes le puedan enojar, busca argumentos para autoculparse sobre estos eventos, tiende a minimizar los incidentes, evita al agresor, lo encubre con terceros con el paso del tiempo aumenta la tensión al extremo de caer en la fase de agresión. Por otra lado el agresor se muestra irritable, sensible, tenso, los eventos de agresividad van acrecentándose en intensidad acompañándose concambios como por ejemplo mayor celotipia aumentando las amenazas y humillaciones hasta que el punto donde tensión es inmanejable 2. Incidente agudo de agresión: Tiempo de duración generalmente es corto entre 2 a 24 horas. Es la descarga incontrolable de las tensiones que se ha venido acumulando en la fase anterior, dada las características intrínsecas del agresor, hay una marcada impulsividad que desencadena una agresión grave. La víctima buscará un lugar seguro con el fin de generar un distanciamiento del agresor. Los agresores culpan a sus víctimas por la aparición de esta fase. Es acá cuando la persona receptora puede poner la denuncia o buscar ayuda. 3. Arrepentimiento y comportamiento cariñoso: Comprende un tiempo más largo que la segunda fase y más corta que la primera. Se caracteriza por un patrón comportamiento donde el agresión muestra arrepentimiento llevando a conductas de acercamiento a la receptora, con el fin de ganar de nuevo su confianza por lo que tiende a pedir perdón, prometiendo que no lo hará de nuevo generalmente el agresor tiende a justificar esta solicitud de perdón, en la forma como puede permitir que la persona receptora de violencia pueda cambiar los eventos que el consideran llevaron al aumento de tensión, siendo esto no explícito por lo que la víctima se sintiera confiada, se estrechara la relación de la víctima con su victimario.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

2.3 Secuelas a la salud de los receptores de violencia.

2.3.1 Secuelas Físicas

Las secuelas en la salud física posterior a la exposición al maltrato es un tema que también ha tomado mucha importancia en tiempos recientes, puesto que el paradigma inicial hablaba de estas sólo como la afectación del tejido conectivo (laceraciones, contusiones, fracturas etc.), sin embargo estudios han permitido ampliar esta perspectiva mucho más allá inclusive del daño agudo (Sugg, 2015). Dolor crónico como el dolor abdominal, pélvico, cefalea, y lumbalgia es más alto en personas receptora de violencia (McCauley et al., 1995; Wuest et al.). Problemas gastrointestinales también son asociados a ser receptores de violencia como ulcera péptica, reflujo gastroesofágico diarrea y estreñimiento e inclusive se ha logrado evidenciar un mayor número de cirugías en estas pacientes (Drossman et al., 1990; Drossman, Talley, Leserman, Olden, & Barreiro, 1995). La asociación entre violencia doméstica y enfermedades crónicas ha tomado un papel relevante en los últimos tiempos, se han encontrado por ejemplo que los pacientes con antecedente de exposición a violencia tienen un riesgo incrementado a desarrollar asma e infartos. En enfermedades donde tal vez no haya una asociación directa entre la aparición de la enfermedad y la exposición a violencia, si se ha podido encontrar una relación de estos eventos con un peor pronóstico, es así que en pacientes que tienen antecedentes de ser receptoras de violencia tienden a generar mayores complicaciones cuando se tiene una enfermedad cardiovascular. Otras asociaciones indirectas que se han encontrado son como por ejemplo que las personas expuestas a violencia tienen mayor tendencia a tener comportamientos riesgosos como fumar, e inclusive el abusador puede utilizar las enfermedades crónicas como medio para violentar a la persona, llegando a esconder o controlar la medicación de las personas o su acceso a servicios de salud. (Breiding, Black, & Ryan) En un estudio que evaluó una muestra considerable de pacientes, encontró que 5.7 casos por cada 1000 pacientes que acuden a centros de atención por algún tipo de trauma físico, ha sido secundario a violencia doméstica, donde la mayor proporción es en pacientes de raza negra o hispánica (26.2 y 15.2 % respectivamente). No obstante se reconoce que existe un subregistro importante y si bien las cifras son bastante considerables, el fenómeno real puede ser inclusive más preocupante. (Joseph et al., 2015)



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

2.3.2 Enfermedades de Trasmisión Sexual

Algunos otros aspectos relevantes frente a factores de riesgo incrementados que se han asociado a la exposición a violencia son por ejemplo la asociación con enfermedades de trasmisión sexual (ETS), encontrando que 11% de las pacientes que son atendidas por algún tipo de enfermedad de trasmisión sexual han tenido un antecedente en el último año de violencia hacia ellas, y el 24% a lo largo de la vida. Se ha encontrado además que la exposición a violencia genera un aumento en el riesgo relativo de 2.15 (CO 1.21-3-77) de tener una enfermedad de trasmisión sexual. (BAUER et al., 2002). Así mismo se han encontrado tasas altas de infección por el VIH (Sareen, Pagura, & Grant) y cerca del 12% de estos casos en mujeres es atribuible a un evento de violencia, así mismo el riesgo de contraer este virus se incrementa de forma indirecta a través del abusador, puesto que se ha visto que mujeres que tienen como antecedente el estar expuestas a violencia, tienen 4 veces más riesgo de estar con una pareja que cuentan con un riesgo alto para estar contagiado por el VIH (uso de drogas IV, un reciente diagnóstico de una ETS, sexo reciente con un hombre o mujer distinta a la pareja o ser recientemente diagnosticado con VIH) (Wu, El-Bassel, Witte, Gilbert, & Chang, 2003)

2.3.3 Recepción de Violencia, Alcohol y Sustancias Psicoactivas

El consumo de alcohol y sustancias psicoactivas también es un factor que se ve acrecentado en las personas receptoras de violencia, en las que aumenta el riesgo de uso de sustancias 5.89 veces (CI 2.54-13.65) (Bonomi et al., 2009). Así mismo la prevalencia de exposición a violencia entre pacientes con trastornos por uso de alcohol o sustancias es alto (Devries et al., 2014);-Waller et al., 2012). La relación entre el consumo y la violencia no es fácil de explicar puesto que puede ser tanto una causa como una consecuencia, sin embargo, es más común observar que el consumo de sustancias sea un mecanismo para atenuar las secuelas emocionales que le genera el haber sido víctima de violencia (Campbell, 2002). Es por esto que se le debe dar importancia al uso de sustancias, que si bien pueden tener una relación simbiótica entre ambas, al momento de su tratamiento se deben abordar de forma separada, sin pretender por ejemplo que al tratar el abuso de sustancias se resolverá la violencia o viceversa (Sugg, 2015)



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

2.3.4 Secuelas en la salud mental

Uno de los aspectos fundamentales de las secuelas en la violencia de pareja son las consecuencias en la salud mental de las víctimas. Se ha reportado que el trastorno depresivo y el Trastorno de estrés postraumático (TEPT) son los más frecuentes (Campbell, 2002). En cuanto al trastorno depresivo un metanálisis (Golding, 1999) encontró una prevalencia del 47.6% de depresión entre mujeres víctimas de maltrato (una cifra considerable si se tiene en cuenta que la prevalencia de depresión de mujeres en general es de aproximadamente el 10.2% al 21.3%); esta prevalencia varía dependiendo de la proximidad temporal de los eventos, encontrando que el 83 % de las mujeres que recientemente habían sido víctimas de violencia de pareja tenían síntomas depresivos, pero que este valor iba progresivamente disminuyendo. El riesgo de presentar síntomas depresivos al contar con exposición a violencia según algunos metanálisis, se incrementa de 2 a 3 veces si previamente se contaba con un antecedente de violencia. (Golding, 1999) (Devries et al., 2013). Es así mismo importante considerar que los síntomas depresivos no sólo se relacionan con la violencia como consecuencia, sino también como posible factor de riesgo, es decir se ha podido evidenciar que las mujeres que previamente contaban con síntomas depresivos son más propensas a buscar parejas que las violenten lo que a la larga se ha observado llevará a una cronicidad de las alteraciones emocionales que previamente presentaban. El Trastorno de estrés post traumático como se mencionó anteriormente también es uno de los trastornos psiquiátricos más frecuentemente asociados a la recepción de violencia, con unos rangos de prevalencia entre el 31 al 84.4%, varios factores se han intentado detallar frente a esta relación y algunos autores proponen por ejemplo que factores específicos del hecho de violencia (el uso de un arma, la violencia sexual o la violencia física) hacen que sea más grande el riesgo de poder desarrollar un TEPT (Sugg, 2015). Es importante también denotar que las pacientes con TEPT pueden tener un aumento de consumo de sustancias psicoactivas o alcohol con el fin de poder disminuir la sintomatología, situación que es de riesgo para el desarrollo de un trastorno por consumo de sustancias (Campbell, 2002)



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

2.3.5. Secuelas en la secreción de Cortisol.

Se ha indagado sobre el porqué la violencia puede llevar a generar un impacto tan importante en tantas áreas diversas del organismo, por tanto se ha planteado como una posibilidad una desregulación de los mediadores inflamatorios y de respuesta a estrés. Uno de los ejes neuroendocrinos más estudiados es el Hipotálamo-Hipofisis-Adrenal (HHA), el cual se encarga principalmente de la regulación de secreción de distintas hormonas fundamentales para la activación de las funciones en el organismo, entre ellos el cortisol.

Esta hormona tiene diversas funciones entre ellas se ha identificado un rol importante en el control del ciclo sueño vigilia, en el metabolismo de carbohidratos y grasas, así como también cuenta con un papel fundamental al momento de responder frente a un evento sorpresivo potencialmente nocivo, llevando al organismo a preparar una respuesta ante dicho estímulo, sea de huida o ataque, por tanto, tiene un sitio de acción en diversos tejidos del organismo. El cortisol tiene un patrón de secreción circadiano (ligado a las horas del día) donde tiene un pico máximo de secreción entre los 20 a 30 minutos posterior a levantarse (esto permite que exista la energía suficiente para iniciar el día) empezando a declinar rápidamente en las siguientes horas y más gradualmente a lo largo del día. En este ritmo considerado como normal (Kim et al., 2015), es donde se han centrado muchos estudios que vinculan al cortisol con la respuesta a estrés, puesto que se ha visto por ejemplo que pacientes sometidos a un estresor crónico tienen un ritmo de cortisol alterado donde este tiende a perder sus “picos”, es decir que los niveles de cortisol tienden a ser “aplanados”, siendo estos patrones anormales, los que se han asociado a daño tisular y al aumento de riesgo de aparición de patología tanto orgánica como mental. Por estas razones el cortisol es considerado como un posible marcador biológico de estrés. En pacientes con depresión y Con TEPT se han reportados valores de reactividad al cortisol muy elevados (hiperreactividad) o muy bajos (hipo-reactividad) patrones asociados a falta de respuesta emocional.

Es importante entender que varios eventos de la vida son activadores crónicos de la respuesta del eje HHA, como los conflictos de pareja, esto ha permitido encontrar por ejemplo que mujeres que fueron víctimas de abuso físico muestran unos niveles más altos de cortisol en saliva (como método no invasivo) en comparación con controles, o que



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

mujeres expuestas a maltrato físico por parte de su pareja está asociado a una menor respuesta del cortisol en la mañana o encontrar patrones “planos” de cortisol a lo largo del día, lo que nos permitiría inferir que la activación crónica de cortisol y su consecuente alteración en el ciclo de secreción pueden jugar un papel importante en la aparición de sintomatología de pacientes que son expuestas a violencia a lo largo del tiempo, por tanto es un área de especial interés tanto como para la terapéutica de estas pacientes como posible marcador biológico de mejoría (Kim et al., 2015).

2.4 Tipos de Intervención.

2.4.1 Terapia de Aceptación y compromiso.

La terapia de aceptación y compromiso (ACT por sus siglas en inglés) es un tipo de psicoterapia cognitivo conductual, que pertenece a un grupo de psicoterapias que se denominó de “tercera generación” a las cuales también pertenecen otros tipos de terapia como la Reducción de estrés basada en la mentalización, La terapia cognitiva basada en Mentalización y la terapia dialéctico-conductual. Este tipo de psicoterapia en principio se basa en la integración de conceptos de la Terapia cognitivo-conductual y algunos otros como son la mentalización, los principios de aceptación, y la conciencia “no enjuiciada”. Los fundamentos de estos últimos conceptos son antiguos y nacen desde la base de religiones como el budismo, el cual explica que el sufrimiento emocional nace en muchas oportunidades en el control que ejerce la persona por evitar el sufrimiento, estableciendo una relación casi simbiótica entre la posibilidad de un evento y el afecto que este pudiera generar, por tanto las personas viven en una constante anticipación por evitar dicho sufrimiento, que muchas veces es inevitable y que además puede no ser tan grave cómo estaba previsto, lo que genera una paradoja, pues la preparación puede llegar a ser inclusive más dolorosa que la situación en sí.(Thoma, Pilecki, & McKay, 2015) Partiendo de ahí, esta psicoterapia se sustenta de técnicas cómo el *Mindfullnes* en donde se incentiva a la persona a una <<conciencia plena>> es decir a enfocar su atención en situaciones actuales, reales y no hipotéticas, a través de un método de entrenamiento donde la persona pueda aprender a direccionar su conciencia hacia este objetivo. (Springer, 2012)

La Terapia de aceptación y compromiso pese a tener un eje en la terapia cognitivo conductual, tiene un fundamento distante a los conceptos clásicos occidentales de la



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

psicología, puesto que su fundamento no se enmarca en “atacar” los procesos de pensamiento mal adaptativos si no que se enfoca en el aprender a reconocer estos pensamientos pero no necesariamente cambiarlos, basado en el hecho que pueden existir ciertas emociones poco placenteras , pero que estas no son el completo de la situación permitiendo un enfoque selectivo hacia una afrontamiento “más pragmático” que permita su resolución, para esto este tipo de psicoterapia apunta a llevar una disociación entre las experiencias (pensamientos y emociones) de los comportamientos manifiestos(Springer, 2012).

2.4.1.1 Los conceptos básicos de la terapia de aceptación y compromiso: Esta psicoterapia se basa en la perspectiva que la enfermedad mental nace de una forma de evitación o un intento de huir de ciertas circunstancias o de cambiar experiencias privadas. Bajo este concepto este tipo de psicoterapia apunta a mejorar la “flexibilidad de pensamiento” argumentando que esto podría generar que las personas en vez de generar conductas de huida, realice acciones positivas que a la final lleven a la mejoría. (Springer, 2012)

Para alcanzar esto la terapia de aceptación y compromiso propone 6 ejes que inter-juegan entre sí para lograr esta flexibilidad, estos ejes son:

1. Aceptación es la disposición a experimentar estados internos a pesar que estos puedan llegar a ser placenteros o displacenteros
2. Difusión involucra el aprendizaje de percibir los pensamientos desde una perspectiva neutral.
3. Self como contexto involucra experimentar el self como una consciencia continua, más allá que la experiencia diaria del self (una visión longitudinal más que trasversal)
4. Contacto con el momento presente: Describe que la habilidad para atender evento en el ya y en el ahora en una manera abierta, receptiva y no judicial.
5. Valorar: Es clarificar que es lo importante para vivir la vida de la forma que uno desea.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

6. Acción comprometida: Involucra la flexibilidad de moverse entre metas que son consistentes con un valor.

2.4.1.2 Efectividad de la terapia de aceptación y compromiso: La terapia de aceptación y compromiso se ha usado en una amplia variedad de poblaciones y problemas en distintos grados de severidad desde la psicosis hasta intervenciones en situaciones de la vida ordinaria de las personas (Cullen, 2008), siendo una terapia relativamente reciente no son muchos los estudios realizados hasta el momento. En dos revisiones sistemáticas (JG et al., 2015; Powers, Zum Vorde Sive Vording, & Emmelkamp, 2009) que incluyeron la mayor cantidad de estudios en donde se hubiera comparado la terapia de aceptación y compromiso en diversos campos (alteraciones emocionales, estrés cotidiano, psicosis) encontraron que esta terapia es efectiva en comparación a controles (es decir a intervenciones no psicoterapéuticas) sin embargo no se ha encontrado que sea mayoritariamente efectiva frente a otras intervenciones psicoterapéuticas, lo cual es una conclusión que se debe abordar con cuidado puesto que dentro de estos mismos meta análisis reconocen que existen algunas limitaciones en cuanto a la metodología de los estudios empleados. En cuanto a su uso en violencia es poca la evidencia que se tiene, sin embargo se ha utilizado este tipo de terapia en pacientes con TEPT donde se ha encontrado que tiene unas fortalezas importantes dado que el marco bajo el cual se desarrolla esta terapia, apunta a resolver varios aspectos que se consideran fundamentales dentro del desarrollo de esta patología como son la evasión y la falta de flexibilidad. Con los estudios actuales no se puede hablar que exista una mayor evidencia que apunte a la terapia de aceptación y compromiso como manejo de primera línea para pacientes con TEPT sin embargo si puede ser bastante funcional en una primera fase de tratamiento, permitiendo una mejor adherencia a las terapias de exposición. (Thompson, Luoma, & LeJeune, 2013).

Es importante considerar que este tipo de terapias pueden llegar a adaptarse a ciertas necesidades y que su aplicación puede llegar a ser transdiagnóstica situación que sustentado en alguna evidencia de su utilidad en pacientes que tienen secuelas importantes secundario a la exposición de algún evento traumático nos permite considerar esta terapia útil para pacientes que cuenten con la exposición algún trauma (Salinas & Ortega) (violencia p ej.).



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

2.4.2 Terapia Interpersonal Grupal

La teoría psicoanalítica interpersonal de Harry Sullivan: Sullivan fue un psicoanalista estadounidense, que cuestionó el modelo clásico freudiano del entendimiento del aparato mental, alejándose de los planteamientos iniciales sobre la gran importancia del desarrollo sexualidad infantil y de los conflictos intrapsíquicos como origen de psicopatología. Se enfatizó en cambio en la importancia de la realidad externa (la cultura y la sociedad p. ej) y su relación con el individuo como eje de la formación de la personalidad, por consiguiente, alteraciones en esta relación llevarían a la aparición de síntomas en el paciente. Para Sullivan la depresión y la ansiedad son un simple resultado de la forma distorsionada y compleja como el individuo lleva sus relaciones interpersonales. Sullivan centró su atención en la forma como en el ahora (dando una importancia más a la realidad que a la interpretación), el paciente se comunica con las otras personas, así como también la forma como asume lo que cree que los demás piensan y sienten. Las comunicaciones indirectas, confusas, incongruentes y autodefensivas se vuelven el foco de intervención, buscando que el paciente reconozca las acciones que realiza y que llevan a la generación de este tipo dinámica interpersonal que termina siendo estresante para el paciente. La psicoterapia psicodinámica interpersonal toma además no solo conceptos teóricos de Sullivan sino además se nutre de algunas propuestas frente a la técnica terapéutica, siendo importante para este tipo de psicoterapia aspectos que él propone como por ejemplo la necesidad de un rol activo del terapeuta que aprenda a entender el proceso ansioso del paciente y lo incentive a crear durante la terapia un ambiente de seguridad, dando un valor importante a aspectos como la empatía en la relación entre el terapeuta, esto como medio para generar un ambiente en donde el paciente pueda de forma autónoma observar los aspectos particulares de la relación de si mismo con otros (representado por el terapeuta) y las consecuencias de esta en su estado de ánimo.

Yalom fue altamente influenciado por los conceptos de Sullivan y en su libro La teoría y la práctica de la psicoterapia plantea que gran parte del cambio que puede impulsar una psicoterapia ocurre en la interacción en el grupo, en dicha interacción él plantea que se



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

puede encontrar un mayor aprendizaje puesto que, bien estructurada, la psicoterapia grupal podría llegar emular a pequeña escala el microcosmo social del paciente.

Lo valioso de poder representar esto en un ambiente clínico es que permite el reconocimiento de interacciones interpersonales maladaptativas y las posibles distorsiones perceptuales que finalmente llevan a la persona a juzgar las acciones de las demás personas como negativas o indeseables. Este reconocimiento se plantea que se puede lograr a través de algunos mecanismos, como son la autoobservación y el reconocimiento de los patrones propios en otros, esto en una dinámica que en la medida que se vaya repitiendo va a permitir cada vez más el entendimiento de estos patrones de relación. La transferencia y el *insight* (conceptos acuñados de las teorías psicoanalíticas) también son elementos que pueden evaluados en este tipo de psicoterapia, sin embargo Yalom considera que estos no son tan relevantes como si lo son el evaluar la forma de relacionarse con los otros. Otro aspecto fundamental que describe Yalom, es que la psicoterapia grupal permite observar la forma de relación que se fue creando a través del tiempo en el paciente, donde la relación con el terapeuta podría emular la relación con los padres y la relación con los otros podría representar la que se tiene con las autoridades y los familiares, esto permitiendo a cada miembro reconocer precisamente las particularidades que se tienen al momento de relacionarse con personas en varias áreas de su ambiente social. Es importante anotar que en este tipo de psicoterapia se le da un papel importante al terapeuta pues este tiene un rol importante en se logre una organización óptima del grupo, planteando adecuadamente la dinámica con el fin que el ambiente propicie la evaluación correcta de estos fenómenos en los participantes.

Yalom también planteó el marco de la psicoterapia existencial, donde sus bases se fundamentan en plantar que la persona sufre como una confrontación de si misma con su condición humana “ la psicoterapia existencial es un enfoque terapéutico dinámico que centra en problemas que tiene raíces en la existencia” yendo un poco más allá de los planteamientos psicoanalíticos clásicos, describiendo que los síntomas son producto del conflicto entre las fuerzas libidinales y tanáticas, si no que también surgen de la confrontación con los hechos de la existenciales.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

2.4.2.1 Los conceptos básicos de la terapia de Interpersonal: Integrando los conceptos anteriormente planteados, el análisis y la experiencia con sus pacientes Yalom planteó los factores curativos que están implicados en la recuperación de los pacientes están enmarcados en 11 aspectos los cuales son:

- 1.- Infundir esperanza.
- 2.- Universalidad.
- 3.- Ofrecer información.
- 4.- Altruismo.
- 5.- Recapitulación correctiva del grupo familiar primario.
- 6.- Desarrollo de las técnicas de socialización.
- 7.- Conductas de imitación.
- 8.- Aprendizaje interpersonal.
- 9.- Cohesión del grupo.
- 10.- Catarsis.
- 11.- Factores existenciales.

En base en los conceptos anteriores, se propone un abordaje terapéutico que incluye los siguientes aspectos (Rivas & Alarcon, 2017).

Objetivos terapéuticos generales planteados:

1. Reconocer las distintas formas y grados de violencia.
2. Implementar estrategias de empoderamiento. Este término fue acuñado en la Conferencia Mundial de las Mujeres en Beijing (Pekín) en 1995 para referirse al aumento de la participación de las mujeres en los procesos de toma de decisiones y acceso al poder. Actualmente esta expresión conlleva también otra dimensión: la toma de conciencia del poder que individual y colectivamente ostentan las mujeres y que tiene que ver con la recuperación de la propia dignidad de las mujeres como personas.
3. Reconocer los estilos de afrontamiento actuales. Se define afrontamiento como aquellos procesos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas internas y/o externas que son evaluadas como excedentes o desbordantes de los recursos del individuo (Lazarus y Folkman, 1986).



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

4. Promover cambios en los estilos de afrontamiento.
5. Manejar la culpa.
6. Trabajar la ira hacia el agresor.
7. Recobrar el control sobre los límites yoicos, en relación a recuperar pensamientos, actitudes, valores y emociones propias.
8. Recuperar el control sobre los límites corporales, en relación a reestablecer la capacidad para decidir sobre el propio cuerpo.
9. Reorganizar la autoimagen, en relación a restablecer una imagen personal que parta de conceptos propios.
10. Clarificar las relaciones de género.
11. Clarificar las relaciones de pareja.
12. Clarificar las relaciones con los hijos.
13. Clarificar las relaciones con otros miembros de la familia.
14. Clarificar las relaciones con otros integrantes de la comunidad.

Los objetivos terapéuticos específicos que se han planteado se refieren a:

1. Manejo de síntomas emocionales específicos.
2. Afrontamiento de situaciones conductuales específicas.
3. Intervención en situaciones relativas a relaciones interpersonales específicas

2.4.2.2 Utilidad de la Terapia Interpersonal: Como se mencionó anteriormente la terapia interpersonal fue diseñada de forma inicial para el manejo de pacientes con un diagnóstico de Trastorno Depresivo Mayor, varios estudios han demostrado su utilidad para este tipo de trastorno, siendo útil en áreas específicas como en el mejoramiento del desempeño en relaciones interpersonales de los pacientes y en otras áreas no tan específicas como en una menor tasa de reaparición de síntomas depresivos en general al largo plazo posterior a la suspensión de tratamiento. Sin embargo, los datos han sido discrepantes al momento de compararla con otros tipos de terapia, donde no demuestra mayor efectividad frente a otras como por ejemplo la TCC. La terapia interpersonal también ha mostrado ser muy importante en áreas como por ejemplo la reducción del estrés agudo (Hollon & Ponniah, 2010).



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Debido a la utilidad encontrada, el sustento teórico de esta terapia se ha buscado adaptar a otros trastornos específicos como el trastorno bipolar, el trastorno por consumo de sustancia y un área de importante interés para este trabajo, el trastorno de estrés postraumático, dado que si bien los componentes propios de este trastorno pueden ser distintos a los de los trastornos depresivos y ansiosos, si tienen un componente común con la población a estudio, el cual es el antecedente de exposición a violencia. Sin embargo no es mucha la información que se ha publicado al respecto, en un estudio donde se reclutaron mujeres con diagnóstico de TEPT y antecedente de abuso sexual, encontrando que al usar la Terapia interpersonal durante 16 sesiones, existe una reducción en cuanto a los síntomas depresivos co-ocurrentes y también en los síntomas específicos del TEPT (Talbot et al., 2011). Otro estudio donde se realizó terapia de grupo en pacientes de bajos recursos con diagnóstico de TEPT también arrojó unos resultados positivos para esta terapia encontrando una importante reducción de los síntomas encontrados en las pacientes (Krupnick et al., 2008). Estos datos apuntan a que La terapia interpersonal puede tener una gran utilidad en pacientes que cuentan con antecedentes de exposición a eventos traumáticos como la violencia.

3. Objetivos:

3.1 Objetivo General:

Comparar los cambios en la sintomatología emocional, depresiva y ansiosa, en las pacientes que cuentan con antecedente de ser receptoras de violencia de pareja al participar en la terapia psicodinámica interpersonal o la psicoterapia de aceptación y compromiso.

3.2 Objetivo Específicos:

1. Comparar si existen cambios en relación a la severidad de los síntomas de ansiedad y depresión en las pacientes anteriormente mencionadas que participan en un proceso de terapia psicodinámica interpersonal o en un proceso de psicoterapia de aceptación y compromiso.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

2. Comparar si existe una mejoría en la percepción de calidad de vida luego participar en una psicoterapia de aceptación y compromiso o en una psicoterapia psicodinámica interpersonal en las pacientes anteriormente mencionadas
3. Comparar si existe un cambio en relación a la reactividad al estrés por medio de la medición de cortisol en las pacientes anteriormente mencionadas que participan en un proceso de terapia psicodinámica interpersonal con respecto a pacientes en un proceso de psicoterapia de aceptación y compromiso
4. Comparar si existen diferencias significativas en la reducción de la severidad de los síntomas de ansiedad y depresión que permita establecer si la terapia de aceptación y compromiso es más efectiva que la terapia interpersonal o viceversa en las pacientes anteriormente mencionadas

4. Planteamiento del problema:

Existen diversos tipos de manejo que se han propuesto para el abordaje de pacientes que tienen un antecedente de ser receptores de violencia, muchos de los cuales nacen desde observaciones empíricas o son adaptaciones de modelos usados para otros padecimientos que buscan adaptarse con el fin de modificar y mejorar la sintomatología del paciente, es por esto que existe mucha discrepancia sobre los beneficios de una u otra psicoterapia. La violencia es un fenómeno con un impacto tanto personal como social muy importante, por ello, el fin de este estudio es poder aportar información comparativa sobre la efectividad de dos psicoterapias en el manejo de pacientes mujeres que tienen el antecedente de haber sido receptoras de violencia de pareja.

5. Hipótesis:

El uso de psicoterapia de aceptación y compromiso y de la psicoterapia psicodinámica interpersonal reducirá la severidad de la sintomatología emocional, depresiva y ansiosa en pacientes con antecedente de ser receptores de violencia de pareja.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Mejorará la percepción de calidad de vida de la paciente que participó en la terapia de aceptación y compromiso y en la psicoterapia psicodinámica interpersonal.

Habrà una mejor modulaci3n de los niveles de cortisol luego de recibir la psicoterapia de aceptaci3n y compromiso y de la psicoterapia interpersonal.

Los cambios en la sintomatología emocional y de calidad de vida mostrados por la psicoterapia de aceptaci3n y compromiso podrán ser mayores que los obtenidos por la terapia interpersonal.

6. Metodología:

6.1 Tipo de Estudio:

Ensayo clínicolongitudinal controlado aleatorizado ciego, estudio comparativo.

6.2 Variables:

Variable	Tipo de Variable	Definici3n Operacional
Concentraci3n de cortisol en saliva	Dependiente, cuantitativa, continua.	ng/ml
Resultado Hamilton Depresi3n	Dependiente, Cuantitativa discreta.	Puntaje numérico entre mayor valor más grave es la sintomatología depresiva
Resultado Hamilton Ansiedad.	Dependiente, Cuantitativa discreta.	Puntaje numérico entre mayor valor más grave
		es la sintomatología ansiosa
Resultado Calidad de vida	Dependiente, Cuantitativa discreta.	No existe un punto de corte entre mayor puntaje mayor calidad de vida.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Edad	Independiente cuantitativa Discreta	Años cumplidos.
Estado Civil	Independiente, Nominal	Casado, unión libre, soltero, divorciado, viudo.
Tipo de psicoterapia realizada.	Independiente Nominal.	Psicoterapia interpersonal psicoterapia aceptación compromiso.
Escala de Violencia de pareja	Dependiente Cuantitativa	Valor numérico en 4 apartados: Violencia psicológica, Violencia física, Violencia Sexual y Violencia física potencialmente mortal

6.3 Población:

Se escogieron pacientes mujeres que asisten al Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, por contar con algún diagnóstico psiquiátrico y que sean receptores de violencia de pareja.

6.3.1 Criterios de inclusión:

Pacientes mujeres mayores de 18 años, que cumplan con los criterios administrativos y por tanto sean atendidas en el Instituto nacional de psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”, que cuenten con el antecedente reciente o sean actualmente receptoras de violencia de pareja, y que desee y acepte ingresar al estudio mediante la firma del consentimiento informado. Dado que como criterio institucional todas las pacientes que se atienden cuentan con manejo farmacológico psiquiátrico, en este estudio todas las pacientes que ingresarán contarán con dicho tratamiento.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

6.3.2 Criterios de exclusión:

Pacientes que cuenten con sintomatología psicótica, disociativa, limitación cognitiva y/o demencia que pueda llegar a afectar el proceso psicoterapéutico. Pacientes que cuenten con uso actual de anticonceptivos orales, patología inflamatoria crónica o aguda, infección conocida reciente. Además no podrán ingresar al estudio pacientes quienes ya lleven atención psicoterapéutica (sea en el instituto o fuera de él).

6.3.3 Consideraciones especiales:

Como se mencionó en el marco teórico, los esquemas psicoterapéuticos que se usaron tienen la ventaja de que su marco conceptual se puede adaptar y ser trans-diagnóstico sin perder su efectividad. Por tanto, para este estudio se invitó a pacientes mujeres que fueron atendidas en nuestra institución que cumplieron los criterios para esto (pacientes con trastorno psiquiátrico que requiera de manejo farmacológico y que acepten esta conducta terapéutica). Para la evaluación de la reactividad del cortisol, se tuvo la limitante que por el grupo poblacional a estudiar y el tipo de intervención, resultó difícil la obtención de un tamaño poblacional grande, (considerando dos grupos psicoterapéuticos de 12 personas) a las cuales se les tomó 4 muestras de saliva para medir la reactividad del cortisol). Cabe mencionar que existen trabajos publicados con pacientes víctimas de violencia y que por el tipo de población utilizan tamaños de muestra pequeños, con medidas de cortisol repetidas, y se alcanzan efectos de tamaño de muestra moderados en el nivel del 10% y 0,05 de nivel de significancia (Gola et al., 2012; Heim et al., 2000) Por ello, pese a contar con esta limitante estadística que por el tiempo con el que se cuenta para la realización del estudio no se puede solventar, sustentamos su realización en la oportunidad con la que se cuenta de poder observar si existen cambios en variables biológicas a través de recursos psicoterapéuticos, siendo útil además puesto que puede servir como prueba piloto para futuras investigaciones, ampliando la muestra poblacional.

6.4 Propuesta metodológica.

6.4.1 Psicoterapia:

Se utilizaron pacientes mujeres con antecedente de violencia de pareja y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión, y que leyeron aceptaron y firmaron el



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

consentimiento informado. Se plantea abrir dos grupos psicoterapéuticos, uno utilizará el método psicoterapéutico de “Aceptación y compromiso” y el otro utilizará el método de “psicoterapia psicodinámica interpersonal”, y tener un grupo control quienes quedarán en una lista de espera para iniciar un proceso psicoterapéutico una vez se culminen los dos anteriores.

Se plantea invitar entre 25 y 30 pacientes quién por su evaluación (realización de historia clínica o en cita subsecuente) en el instituto cuenten con los criterios propuestos para participar en este estudio. A este grupo de pacientes se le hará una selección aleatoria (mediante una hoja de aleatorización diseñada en Excel®) con el fin de distribuir las en los tres grupos anteriormente señalados.

Se buscará ingresar un número mínimo de pacientes por grupo psicoterapéutico de 12, considerando que en la literatura está reportado que aproximadamente el 25 al 50% de los participantes dejan de asistir a la terapia, con el fin de obtener un grupo estimado al final de 12 participantes por grupo. Como todas las pacientes cuentan con antecedente de violencia de pareja, están cobijadas por La “ley general de acceso de las mujeres a una vida libre de violencia” por tanto toda su atención médica no le implica ningún costo, incluyendo estas sesiones de psicoterapia.

De acuerdo a lo estipulado por cada método psicoterapéutico, la psicoterapia de “Aceptación y Compromiso” tiene una duración de 12 sesiones de una hora y media cada una y la psicoterapia “psicodinámica interpersonal” tiene una duración de 20 sesiones de una hora y media cada una. Una o dos semanas antes, del inicio de la psicoterapia, un integrante del grupo investigador aplicará los instrumentos de evaluación a las pacientes. Esta evaluación se repetirá en una oportunidad más; al momento de terminar las sesiones respectivas.

6.4.1.1 Integrantes de los grupos de psicoterapia: El grupo de psicoterapia de “Aceptación y compromiso” fue compuesto como terapeutas principales: Psicóloga Margarita De la Cruz psicóloga con formación en terapia de aceptación y compromiso con reconocimiento por parte de la *Association for contextual Behavioral science*. Actualmente hace parte del equipo de la clínica de género y sexualidad del Instituto nacional de psiquiatría. Y por la Dra Beatriz Cerda de la O, Psiquiatra con grado de alta especialidad en Género y sexualidad



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

con formación en terapia de aceptación y compromiso con reconocimiento por parte de la *Association for contextual Behavioral Science*. Actualmente es psiquiatra de la clínica de género y sexualidad.

El grupo de psicoterapia “psicodinámica interpersonal” estará compuesto como terapeuta principal por la maestra Marcela Biagini Alarcón, Psicóloga Clínica egresada de la Facultad de Psicología, Universidad de Chile con especialidad en Psicología Clínica y Psicoterapia de Grupo, Maestría en Psicología Clínica, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México, Terapeuta certificada por la *International Society of Transference-Focused Psychotherapy, Weill Cornell Medical College, Personality Disorders Institute, New York*. Actualmente Coordinadora del Departamento de Psicoterapia del Instituto Nacional de Psiquiatría “Ramón de la Fuente Muñiz”.

6.4.2 Cortisol:

Para la evaluación de la reactividad del cortisol, se utilizaron 4 muestras de saliva. Esta medición se realizó todas las pacientes participantes, en los dos grupos propuestos (1 de psicoterapia de “aceptación y compromiso” 1 de psicoterapia psicodinámica interpersonal).

La primera medición de cortisol para el estudio se hará una o dos semanas previo al inicio de la psicoterapia. Esta toma se hará aproximadamente a las 10 de la mañana, de la siguiente manera: se solicitará a la paciente una primera muestra de saliva (basal), después de la cual, se expondrá a las pacientes a re una prueba cognitiva de habilidades numéricas que busca someter a las participantes ante un estresor agudo; posteriormente, se solicitarán tres muestras más de saliva (postestresor) cada 15 minutos. Esto se repetirá dos veces más a lo largo del estudio; : una vez cuando las pacientes ya hayan asistido a la mitad de las sesiones de psicoterapia y una última vez cuando concluya la última psicoterapia.

Con el fin de evitar errores de medición en esta prueba, la evaluación emocional y de calidad de vida se realizará al culminar la toma de muestras de saliva.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

6.5. Instrumentos de evaluación:

6.5.1 Escala Hamilton de Depresión:

Es una escala heteroaplicada, diseñada para la evaluación cuantitativa de la severidad de la depresión en pacientes previamente diagnosticados y valorar cambios de la sintomatología a lo largo del tiempo (Hamilton, 1967). Se valora de acuerdo con la información obtenida durante la entrevista clínica y acepta información complementaria de otras fuentes.

Originalmente descrita en 1960, la escala constaba de 21 ítems sin embargo posteriormente fue adaptada a 17 ítems, siendo esta última validada al español por Ramos-Briera (Ramos-Brieva & Cordero-Villafila, 1988). Siendo esta escala ampliamente utilizada y recomendada para valoración en varias guías clínicas de manejo para depresión incluyendo la de la Sociedad americana de psiquiatría y la elaborada por el Instituto nacional de psiquiatría en México.

Las puntuaciones en cada uno de los índices se obtienen sumando las puntuaciones de los ítems que los constituyen: melancolía (ítems 1, 2, 7, 8, 10 y 13); ansiedad (ítems 9-11) y sueño (ítems 4-6). No existen puntos de corte definidos para las puntuaciones en estos índices. La puntuación global se obtiene sumando las puntuaciones de cada ítem, con un rango de puntuación en la escala de 17 ítems que en la versión en español es de 0 a 51, los cuales se pueden subclasificar en los siguientes rangos:

- No depresión: 0-12
- Depresión leve: 12-19
- Depresión moderada: 20-27
- Depresión Grave >28



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

6.5.2. Escala de Hamilton para evaluar la Ansiedad (HAM-A):

Es una escala diseñada en 1959,(Hamilton, 1959) para la evaluación de la intensidad de la ansiedad, siendo validada al español en el 2002(Lobo et al., 2002). Es una escala heteroaplicada, obteniendo la información a partir de la entrevista clínica. Consta de 14 ítems que comprenden rubros psíquicos, físicos y conductuales de la ansiedad los cuales se puntúan con un valor entre el 0-4 de acuerdo a la intensidad y duración de los síntomas. No existen un punto de corte completamente definido sin embargo se ha sugerido considerar los siguientes puntos de corte:

- 0-5 No ansiedad
- 6-14 ansiedad leve
- >15: Ansiedad moderada/ Grave

6.5.3 Escala de calidad de vida WHOQOL- BREF:

Es una escala diseñada por la Organización mundial de Salud (OMS) , la cual fue diseñada a partir de una versión anterior más extensa (de 100 ítems), esta escala consta de 26 ítems distribuidos en 4 dimensiones; Salud física, Salud psicológica, Relaciones sociales y Ambiente(Skevington, Lotfy, & O'Connell, 2004). Está diseñada para ser usada en población general y en pacientes. Es una escala autoaplicada, y su puntuación se debe realizar bajo unos parámetros dados por la OMS, sin unos puntos de corte establecidos, sólo se menciona que entre mayor sea la puntuación por área mejor es el perfil de calidad de vida de la persona evaluada. Esta escala fue validada al español por un grupo mexicano.

6.5.4 Escala de violencia:

Se trata de una escala auto aplicable para medir la violencia masculina ejercida en las relaciones de pareja y los niveles de severidad de cada tipo de violencia, esta escala nace



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

a través de un estudio realizado en pacientes mexicanas (Caye et al., 2016; Valdez-Santiago et al., 2006).

Evalúa los distintos grados de violencia en sus diferentes modalidades: física, emocional y sexual. Se compone de cuatro subescalas que miden la frecuencia de las acciones violentas, tomando en cuenta el daño físico y emocional de cada acción o comportamiento violento en los últimos 12 meses y evaluando la frecuencia en: nunca, alguna vez, varias veces y muchas veces:

- a) Factor I Violencia Psicológica: evaluada en los reactivos 8, 9, 12,15 y 17.
- b) Factor II Violencia Física: evaluada en los reactivos 2, 4, 7, 10, 11 y 16.
- c) Factor III Violencia Física Severa: evaluado en los reactivos: 2, 4, 7, 10,11 y 16.
- d) Factor IV Violencia Sexual: evaluada en los reactivos 1, 14 y 18.

Respecto a la violencia psicológica, se considerará como “no caso de violencia psicológica” los valores de 0 a 5 puntos; como “caso de violencia psicológica” los valores ubicados de 5.1 a 18.2 y “caso de Violencia psicológica severa” superiores a 18.3. En cuanto a la violencia sexual, los valores de 0 a 1 corresponden a “no caso de violencia sexual”; los valores de 1.1 a 6 como “caso no severo de violencia sexual” y como “caso de violencia sexual severa” por arriba de 6. Finalmente, en el caso de la violencia física, se consideran como “no caso de violencia física” los valores de 0 a 2.4; “caso de violencia física” los valores de 2.4 a 12 y “caso de violencia física severa” aquellos por encima de 12.

Se colocan los instrumentos en el apartado “Anexos”



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

6.6 Análisis Estadístico:

Los datos se analizaron por medio de diferentes modelos estadísticos. Primero se realizó una exploración descriptiva de la muestra a través de mediciones de tendencia central, y de dispersión particularmente Media (M) desviación estándar (D.E) y Rango de las variables sociodemográficas y de las escalas de depresión, ansiedad y percepción de calidad de vida, tanto global como por subgrupo. Se realizaron correlaciones de Spearman entre las variables referentes a ansiedad y depresión, así como los referentes a calidad de vida.. Luego de realizar esta descripción se analizó el comportamiento pre y post intervención, por medio de la aplicación de pruebas no paramétricas para muestras relacionadas particularmente las Pruebas con Rangos de Signo de Wilcoxon.

Para analizar la reactividad del cortisol, los datos de los tiempos empleados para tomar la muestra de saliva (basal, 15, 30 y 45 minutos post estresor) se utilizaron para calcular el área bajo la curva y de esa transformarlo a una sola variable. Posterior a este cálculo se realizó una comparación entre los datos pre y post intervención, realizando de nuevo La Prueba con Rangos de Signo de Wilcoxon, para su análisis. Se considero como significativos aquellos valores de $p \leq 0.05$.

7. Consideraciones Éticas:

El presente estudio se realizó apegándonos a los principios acordados en la declaración de Helsinki (Asociación Médica Mundial 2008). A todos los sujetos participantes en el estudio se les solicitará consentimiento informado, en el cual se explica claramente la naturaleza curso del mismo, ante dos testigos y el médico responsable, se otorgará una copia al paciente y se anexará otra al expediente. Se hace explícito que el paciente tiene la posibilidad de no participar y que esto no llegará a afectar la atención que hasta el momento presente en el Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz, así mismo la participación no llegará a afectar el tratamiento recibido acá. Los datos generados en la investigación serán utilizados únicamente con fines científicos (Diario Oficial de la Federación 1983) y no se les dará otro uso, salvo autorización escrita y expresa de los pacientes y de los comités antes mencionados, guardando la absoluta confidencialidad de



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

los pacientes que accedan a participar, durante la investigación se omitirán en las bases de datos los nombres de los pacientes ya que se asignará un código secuencial para el análisis estadístico.

Todas las acciones realizadas en este estudio se apegaran al Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la salud. Título segundo, capítulo I, Artículo 17, Sección I. En acuerdo a esta ley será un estudio con riesgo mínimo, ya que en los que catalogan de este tipo se incluyen estudios que realicen exámenes psicológicos de diagnóstico, procedimiento que forma parte de la metodología de este estudio.

Se estipula que la posibilidad de complicaciones es mínima y serían relacionadas con la presencia de síntomas ansiosos o afectivos en torno a alguna pregunta que se realice durante la evaluación, en cuyo se dará una atención inicial con el fin de poder brinda contención verbal y apoyo psicoterapéutico pero en caso de ser necesario solicitar atención por parte del servicio de Atención Psiquiátrica Continua de la Institución.

8. Resultados:

8.1 Caracterización Socio-Demográfica.

Se incluyeron un total de 22 pacientes en el estudio, que cumplieron con todos los criterios de inclusión. La edad promedio fue de 42,23 años (D.E 10,042, Rango de 20- 56 años). La mayoría de las mujeres se dedicaban al hogar (45,5%), y la otra gran parte se dedicaba a trabajar en empleos con prestaciones (22,7%) o en trabajos informales (18,2%). En promedio las pacientes vivían con 3.1 personas más (D.E 1.39 Rango de 1- 5 personas). La mayoría de las participantes tenían como nivel de estudios máximo alcanzado, la secundaria terminada (27,3%), sin embargo el 100% de las mujeres había por lo menos terminado la primaria al momento del estudio. En cuanto a relaciones de pareja, el grupo poblacional estaba compuesto en un 45,5% de pacientes casadas, 18,2 % estaban en unión libre y el 13,6% se encontraba divorciada al momento del estudio. Encontrando que el 40,9% del total de la población había tenido vida sexual activa en los últimos 6 meses.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Las pacientes se distribuyeron en dos grupos inicialmente de forma aleatoria, sin embargo por conveniencia de horario de las pacientes algunas solicitaron cambios por tanto quedaron distribuidas 9 pacientes en el grupo de terapia Interpersonal Psicodinámica Grupal y 13 en el grupo de Terapia de Aceptación y Compromiso. (Tabla 1).

TABLA 1 DISTRIBUCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA								
		PsicodinámicaIP		ACT		Total		P
		N	%	N	%	n	%	
NIVEL DE ESTUDIOS	Primaria Terminada	3	33,3%	0	0,0%	3	13,6%	0,77
	Secundaria Terminada	3	33,3%	3	23,1%	6	27,3%	
	Preparatoria Terminada	0	0,0%	4	30,8%	4	18,2%	
	Preparatoria Incompleta	1	11,1%	3	23,1%	4	18,2%	
	Universidad Terminada	2	22,2%	1	7,7%	3	13,6%	
	Universidad Incompleta	0	0,0%	2	15,4%	2	9,1%	
ESTADO CIVIL	soltera	1	11,1%	0	0,0%	1	4,5%	0,506
	casada	3	33,3%	7	53,8%	10	45,5%	
	divorciada	2	22,2%	1	7,7%	3	13,6%	
	unión libre	1	11,1%	3	23,1%	4	18,2%	
	otro	2	22,2%	2	15,4%	4	18,2%	
RELIGIÓN	Católica	6	66,7%	11	84,6%	17	77,3%	0,364
	Cristiana	1	11,1%	0	0,0%	1	4,5%	
	Testigo de Jehová	1	11,1%	0	0,0%	1	4,5%	
	Ninguna	1	11,1%	2	15,4%	3	13,6%	
OCUPACIÓN	Empleo con prestaciones	1	11,1%	4	30,8%	5	22,7%	0,226
	Hogar	4	44,4%	6	46,2%	10	45,5%	
	Estudiante	1	11,1%	0	0,0%	1	4,5%	
	Empleo sin prestaciones	3	33,3%	1	7,7%	4	18,2%	
	Otro	0	0,0%	2	15,4%	2	9,1%	
VIDA SEXUAL EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES	No	4	44,4%	9	69,2%	13	59,1%	0,245
	Si	5	55,6%	4	30,8%	9	40,9%	



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑOZ

PAREJA AFECTIVA EN LOS ÚLTIMOS 6 MESES	No	4	44,4%	5	38,5%	9	40,9%	0,779
	Si	5	55,6%	8	61,5%	13	59,1%	
TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO	No	1	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,725
	si	8	100,0%	12	100,0%	22	100,0%	
USO REGULAR DEL TRATAMIENTO	No	1	11,1%	1	7,7%	2	9,1%	0,75
	Si	8	88,9%	12	92,3%	20	90,9%	

8.2 Estado de Gravedad de la Recepción de Violencia.

En cuanto a violencia de pareja, al evaluar los tipos de violencia de los que han sido receptoras luego de realizar un análisis descriptivo con medidas de tendencia central, se encontró que el total de las mujeres de este estudio han sufrido violencia psicológica siendo la el valor promedio en la escala utilizada de 43 (DE= 15,41 Rango= 12-66) correspondiente a un grado de violencia psicológica severa (puntaje máximo alcanzable en esta escala para esta variable de 81). La media encontrada para violencia sexual fue de 21,1 (DE = 17,21 Rango = 0-48) correspondiente de igual forma con un grado severo de violencia sexual (con un valor máximo alcanzable para esta variable de 51). Por último la media para violencia física fue de 31 (D.E = 30,28 Rango = 0-93) el cual también corresponde con un grado severo de violencia física (con un valor máximo alcanzable en esta variable de 93) (TABLA 2). Es importante denotar que la escala utilizada nos permite determinar si la persona fue receptora de violencia física que pudo poner gravemente en peligro su vida, encontrando en esta muestra que el 45,5% de las mujeres de este estudio recibió en algún momento por parte de su pareja este tipo de violencia.

	Mínimo	Máximo	Media	Desviación estándar	M. alcanzable
VIOLENCIA PSICOLÓGICA	12,00	66,00	43,00	15,41	81
VIOLENCIA SEXUAL	0,00	48,00	21,14	17,21	51

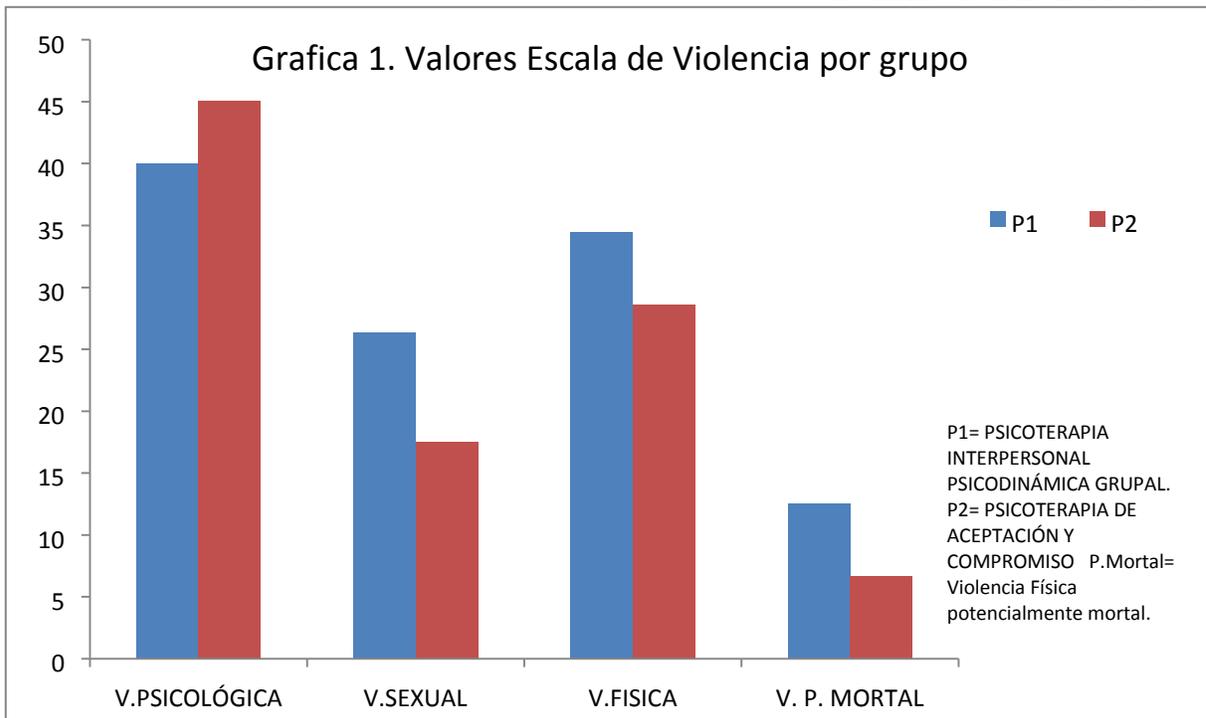


INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

VIOLENCIA FÍSICA	0,00	93,00	31,00	30,29	93
VIOLENCIA FÍSICA POTENCIALMENTE MORTAL	0,00	42,00	9,09	12,78	
M. Alcanzable= es el Valor máximo que se puede obtener por rubro en esta escala					

A la evaluación por subgrupo se encontró que el valor promedio en área referente a violencia psicológica (Tabla 3), en el grupo de Psicoterapia Interpersonal Psicodinámica Grupal fue de 40 puntos (D.E = 5,86), mientras que en el de Psicoterapia de Aceptación y Compromiso fue de 45,08 (D.E de 3,91); en cuanto a violencia sexual el primer grupo tuvo un valor promedio de 26,33 y el segundo 17,54 (D.E =4,75); en cuanto a violencia física el primer grupo tuvo un valor promedio de 34,44 (D.E= 11,40) y el segundo un valor promedio de 28,64 (D.E de 7,90) y en el último rubro evaluado mediante esta escala correspondiente a violencia física que potencialmente pudiera poner en peligro de muerte a la persona se encontró que en el primer grupo hubo un valor promedio de 12,56 (D.E = 4,03) mientras que en el segundo grupo fue un valor promedio de 6,69 (D.E = 3,65) (Grafico 1).

	PSICOLÓGICA	D.E	SEXUAL	D.E	FISICA	D.E	P. MORTAL	D.E
P1	40,00	5,86	26,33	5,63	34,44	11,40	12,56	4,03
P2	45,08	3,91	17,54	4,75	28,62	7,90	6,69	3,65
P1= PSICOTERAPIA INTERPERSONAL PSICODINÁMICA GRUPAL. P2= PSICOTERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO D.E= DESVIACIÓN ESTÁNDAR; P.Mortal= Violencia Física potencialmente mortal.								



8.3 Sintomatología ansiosa, depresiva y percepción de calidad de vida inicial.

El valor promedio en el Hamilton de Ansiedad fue de 34,11 (DE= 4,51) en el grupo de Psicoterapia Interpersonal Psicodinámica Grupal y de 21,84 (DE= 4,22) para la Terapia de Aceptación y Compromiso. El valor promedio para la escala de Hamilton de Depresión fue de 22,44 (DE=4,22) para la Terapia Interpersonal Psicodinámica Grupal y de 16,39 (DE= 5,98) para la Terapia de Aceptación y Compromiso.

La percepción de calidad de vida, medida a través de la escala WHOQOL-BREF, evidenció en el grupo de psicoterapia Interpersonal Psicodinámica Grupal presentaba para el dominio 1 (Salud Física) una media de 9,2 (DE: 2,37); Para el dominio 2 (Salud psicológica) una media de 8,366 (DE: 1,58); Para el Dominio 3 (Relaciones Sociales) una media de 7,811 (DE: 2,56) y para el Dominio 4 (Factores ambientales y de acceso a servicios) una media de 8,966 (DE:1,9). Comparativamente el grupo de Psicoterapia de Aceptación y Compromiso en el Dominio 1 presentó una media de 10,9 (DE: 2,63); En el Dominio 2 una media de 9,1 (D.E: 3,74); En el dominio 3 una media de 7,1 (DE: 2,75); Y en el Dominio 4 una media de 10,9 (D.E:10,15) (TABLA 3)



TABLA 3 CLINIMETRÍAS INICIALES

		WHOQOL-BREF					
Psicoterapia		SALUD FÍSICA (DOMINIO 1)	SALUD MENTAL (DOMINIO 2)	(RELACIONES SOCIALES) DOMINIO 3	(MEDIO AMBIENTE) DOMINIO 4	HAM-A	HAM-D
P1	Media	9,20	8,37	7,81	8,97	34,11	22,44
	DE	2,38	1,59	2,57	1,90	4,51	4,22
P2	Media	10,91	9,13	7,17	10,92	21,85	16,39
	DE	2,64	3,75	2,75	2,70	10,16	5,98
Total	Media	10,21	8,82	7,43	10,12	26,86	18,86
	DE	2,62	3,02	2,64	2,55	10,24	6,04

P1= PSICOTERAPIA INTERPERSONAL PSICODINÁMICA GRUPAL; P2= PSICOTERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO; DE= DESVIACIÓN ESTÁNDAR; DOMINIO 1= SALUD FÍSICA; DOMINIO 2 = SALUD PSICOLÓGICA; DOMINIO 3= RELACIÓN SOCIALES; DOMINIO 4= MEDIO AMBIENTE; HAM-A= HAMILTON DE ANSIEDAD; HAM-D = HAMILTON DE DEPRESIÓN

Se buscó una correlación no paramétrica entre la violencia de pareja y la sintomatología depresiva y ansiosa a través de la prueba de Spearman, sin embargo con los datos obtenidos ninguno de los tipos de violencia se correlacionó con dichos síntomas. De igual forma se exploró la correlación entre la percepción de calidad de vida y la sintomatología depresiva y ansiosa se encontraron datos interesantes. La sintomatología ansiosa se correlacionó negativamente de forma significativa con los dominios 1 (Rho= -0,530 P= 0,011) y 4 (Rho= -0,440 P=0,04). Mientras que la sintomatología depresiva se correlacionó negativamente de forma significativa con los dominios 1 (Rho= -0,574 P= 0,005); 2 (Rho= -0,461 P= 0,031) y 3 (Rho= -0,504 P= 0,017). 8.4 Resultados posteriores a la psicoterapia.

De las 22 pacientes que iniciaron la psicoterapia culminaron con ella un total de 13 pacientes. Específicamente terminaron 5 de las 9 pacientes que tomaron la Terapia



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Interpersonal Psicodinámica Grupal y 8 de las 13 pacientes que inicialmente tomaron la Psicoterapia de Aceptación y Compromiso.

8.4 Escalas de Ansiedad y Depresión Post Intervención:

Observando el global de la población se encontró a través de una comparación de medias que los resultados en la escala de ansiedad hubo una reducción significativa en la escala de ansiedad posterior a la realización de la psicoterapia pasando de un valor promedio de 25,3 (D:E3,06) a 10,69 (DE = 2,30 P = < 0.001 Intervalo de confianza = 9,39- 19,84 al 95%). En cuanto a los resultados en la escala de depresión se encontró de igual forma que los resultados iniciales eran mayores antes de la psicoterapia (Media = 18,07; Media de error estándar 1,66) en comparación con los posteriores, sin embargo no hubo una diferencia estadísticamente significativa (Media= 15,92 Media de error estándar 2,79 P= 0,338 IC= -2,55- 6,85 al 95%, Tabla 4).

Tabla 4 Valor promedio de las clinimétricas de ansiedad y depresión iniciales y posteriores a la psicoterapia						
	Iniciales		Posteriores			
	M	D:E	Δ M	D:E	IC 95%	P
HAM-A	25,308	5,99	14,61	7,78	9,39 - 19,84	>0,001
HAM-D	18,077	11,03	2,153	8,64	-2,55 -6,8	0,388

HAM-A Hamilton de Ansiedad HAM-D= Hamilton de depresión IC 95%= Intervalo de Confianza al 95%; M= Media Δ M= variación de la media. D:E= Desviación estándar.

Cuando se analizó los cambios por subgrupo de psicoterapia, la media de reducción en la escala de ansiedad fue mayor en el grupo de Psicoterapia Interpersonal Psicodinámica Grupal (Tabla 5) con una reducción promedio de 18,91 puntos. En comparación a la encontrada en el grupo de Psicoterapia de Aceptación y Compromiso que fue de 13.97 (grafico 2), debido al número de muestra pequeño y a que los datos no tenían una



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

distribución normal, se utilizaron pruebas no paramétricas en donde se observó que esta reducción contaba con significancia estadística ($P= 0,012$ y $0,043$) Al observar los datos obtenidos en la escala de depresión, se observa que para el grupo de Psicoterapia Psicodinámica Interpersonal presentó una muy pequeña disminución en la escala, con una reducción del 0,84 puntos promedio en la escala de depresión, distinto al grupo de Psicoterapia de Aceptación y Compromiso que presentó un decremento mayor con una disminución promedio de 4.01, sin embargo estos resultados no contaron con una significancia estadística, muy probablemente debido al tamaño de la muestra.

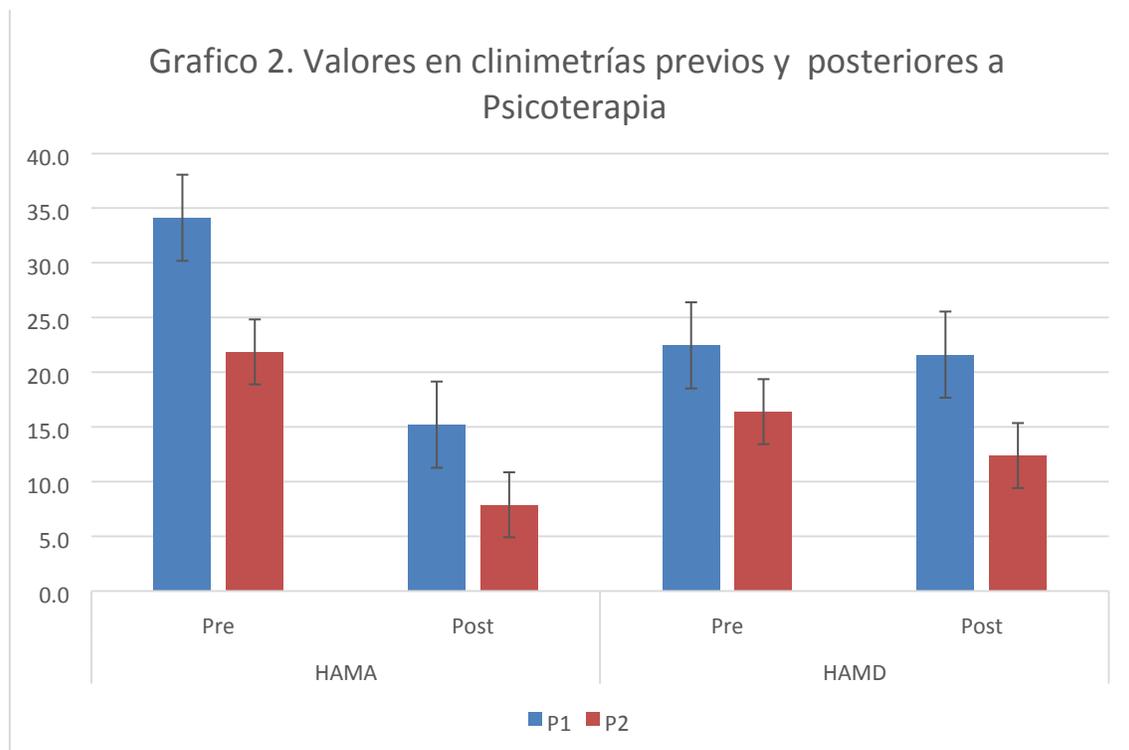




TABLA 5. Variación en los valores de las Clinimétrías de ansiedad y depresión según Psicoterapia

Psicoterapia	Escala	ΔM	Z	P
P1	HAM-A	18.91	-2,023	0,043*
	HAM-D	0,844	-0,135	0,893
P2	HAM-A	13.97	-2,527	0,012*
	HAM-D	4,01	-1,193	0,233

P1= Psicoterapia Psicodinámica Interpersonal Grupal P2= Psicoterapia de Aceptación y Compromiso; HAM-A= Hamilton de Ansiedad HAM-D = Hamilton de Depresión ΔM = Variación de la Media D:E = Desviación estandar P>0.05 Z Prueba de Wilcoxon

8.5 Percepción de calidad de vida Post Intervención:

Como puede observarse en la Tabla 6 en un análisis general de las pacientes independiente del grupo terapéutico, mostró una mejoría en la percepción de calidad de vida. El análisis de medias mostró que dentro del primer dominio referente a la Salud Física, la utilización de alguna de las psicoterapias generó un aumento significativo pasando de una media de 10,28 (DE 2,31) a 12,57 (DE = 3,045 P= 0,018 IC 95% 0,47-4,10); En el Dominio 2 referente a la salud psicológica hubo un incremento significativo posterior a alguna de las dos psicoterapia de una media inicial de 9,03 (DE= 3,81 Media de error estándar 1,05) a 11,32 (DE= 3,72 P= 0,049 IC 0,08- 4,57); En el Dominio 3 referente a relaciones sociales, si bien se encontró un aumento en la media de 7,37 (DE= 3,06) a 9,98 (DE= 4,15 P= 0,112 IC 95% 0,70- 5,91) este no fue estadísticamente significativo; Por último en cuanto al Dominio 4 referente a factores ambientales y de acceso a servicios, se encontró un aumento significativo en la media, pasando de 10,07 (DE= 2,70) a 12,26 (DE= 2,68 P=0,005 IC 95% 0,78-3,59).



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Tabla 6 Cambios en Percepción de calidad de Vida por Dominio

	M1	DE	M2	DE	P	IC 95%
Salud Física (Dominio1)	10,28	3,31	12,57	3,04	0,018	0,47-4,1
Salud Mental (Dominio 2)	9,03	3,81	11,32	3,72	0,049	0,08-4,57
Relaciones sociales (Dominio 3)	7,37	3,06	9,98	4,15	0,112	-0,78-5,91
Medio Ambiente(Dominio 4)	10,07	2,7	12,26	2,68	0,005	0,78-3,59

M= Media DE= Desviación estándar IC 95%= Intervalo de Confianza al 95% M1: Media previa a la intervención M2: Media Posterior a la intervención.

En el análisis por subgrupo de psicoterapia utilizando pruebas no paramétrica se encontraron algunas diferencias en cuanto a la mejoría en la percepción de calidad de vida. En el Dominio 1, las pacientes que ingresaron a Psicoterapia Psicodinámica Interpersonal presentaron un aumento promedio de 2,16, mientras que las pacientes de la psicoterapia de Aceptación y Compromiso presentaron un aumento promedio de 2,46. En el Dominio 2, las pacientes del primer grupo tuvieron un aumento promedio de 1,9 y las del segundo grupo tuvieron un aumento promedio de 2,85; En el Dominio 3, el primer grupo tuvo un aumento medio de 2,31 y el segundo grupo de 2,74; Por último en el Dominio 4 el primer grupo presentó un aumento promedio de 2,14 y el segundo grupo un aumento promedio de 2,08). De forma inicial podemos observar que las pacientes que estuvieron en la Psicoterapia de Aceptación y Compromiso tuvieron un mayor aumento en la percepción de calidad de vida que las pacientes que estuvieron en la Psicoterapia Interpersonal Psicodinámica Grupal, sin embargo sólo los cambios ocurridos en la Dominio 4 tuvieron significancia estadística (Tabla 7. Gráfica 3).



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Grafico 3. Valores de Percepción de Calidad de Vida Previos y Posteriores a Psicoterapia.

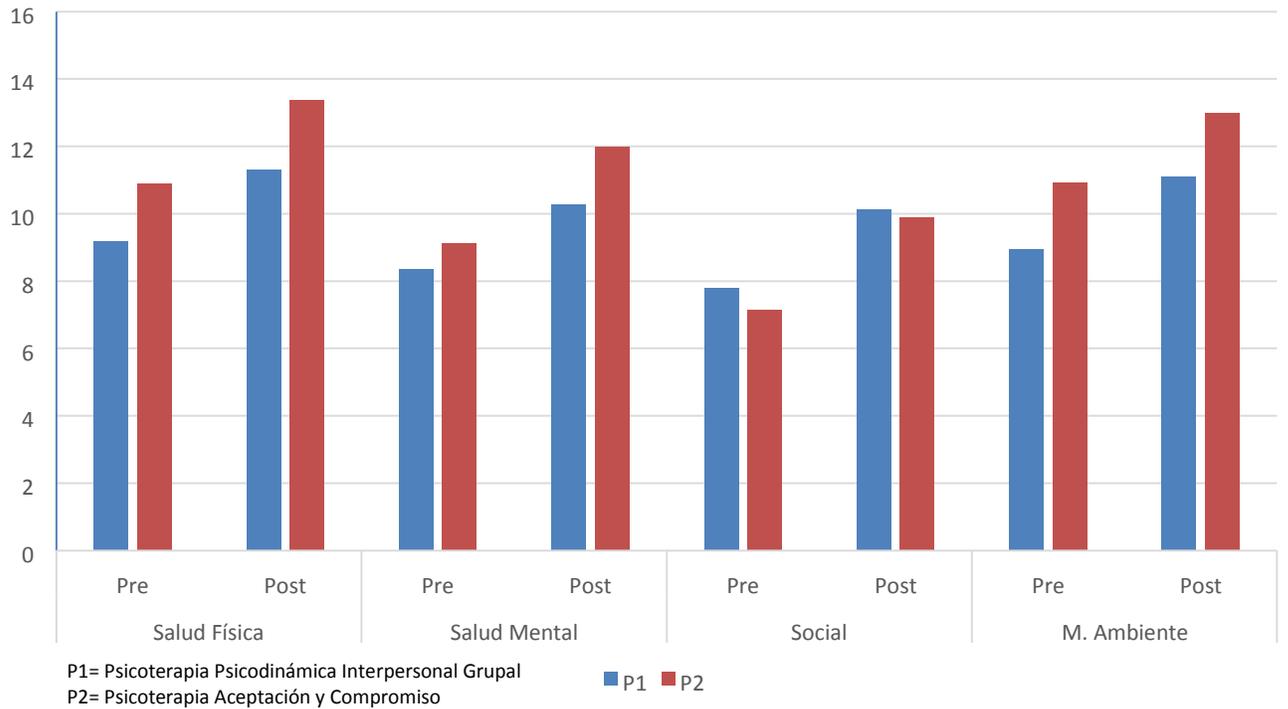


TABLA 7. Variación en los valores de percepción de calidad de vida según Psicoterapia

		ΔM	Z	P
Dominio 1	P1	2,12	-1,761	0,078
	P2	2,46	-1,863	0,063
Dominio 2	P1	1,9	-1,355	0,176
	P2	2,85	-1,185	0,236
Dominio 3	P1	2,31	-1,461	0,144



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

	P2	2,74	-1,404	0,160
Dominio 4	P1	2,14	-1,761	0,078
	P2*	2,08	-2,254	0,024
P1= Psicoterapia Psicodinámica Interpersonal Grupal P2= Psicoterapia de Aceptación y Compromiso; ΔM=				
Variación de la Media *P>0.05				

8.6 Cambios en Cortisol Post Intervención:

Para poder evaluar si hubo cambios en la respuesta a un estresor antes y después de las terapias, se calculó el área bajo la curva (utilizando los cuatro tiempos, basal, 15, 30 y 45 minutos post-estresor) como valor de referencia. Se encontró que el promedio del área bajo la curva de secreción de cortisol para el grupo de Psicoterapia Interpersonal Psicodinámica Grupal fue de 844,77 (Error Estándar = 125,74) y en la Psicoterapia de Aceptación y Compromiso de 716,30 (Error Estándar= 100,07) (TABLA 8). Posterior a la realización de la terapia, de las pacientes que culminaron la Psicoterapia Interpersonal Psicodinámica Grupal presentaron un aumento del área bajo la curva con un valor final de 863,31 (Error Estándar = 120,98) sin embargo este no tuvo significancia estadística. En cambio en la Psicoterapia de Aceptación y Compromiso hubo una disminución significativa en el área bajo la curva con un valor final de 423,10 (Error estándar = 96,4)(Z= -2.1 P= 0,036) (GRAFICO 4).

TABLA 8. ÁREA BAJO LA CURVA DE LOS NIVELES DE CORTISOL PRE Y POST PSICOTERAPIA				
	PRE	POST	Z	P
P1	840,7711	863,61167	-0,135	0,893
P2	716,3002	423,10937	-2,100	0,036*
P1= Psicoterapia Interpersonal Psicodinámica Grupal; P2= Psicoterapia De Aceptación y Compromiso; Z= Prueba de Wilcoxon; P>0.05				



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

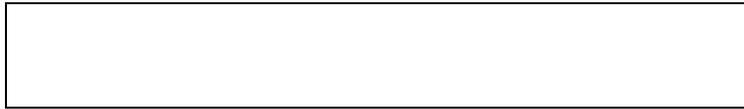
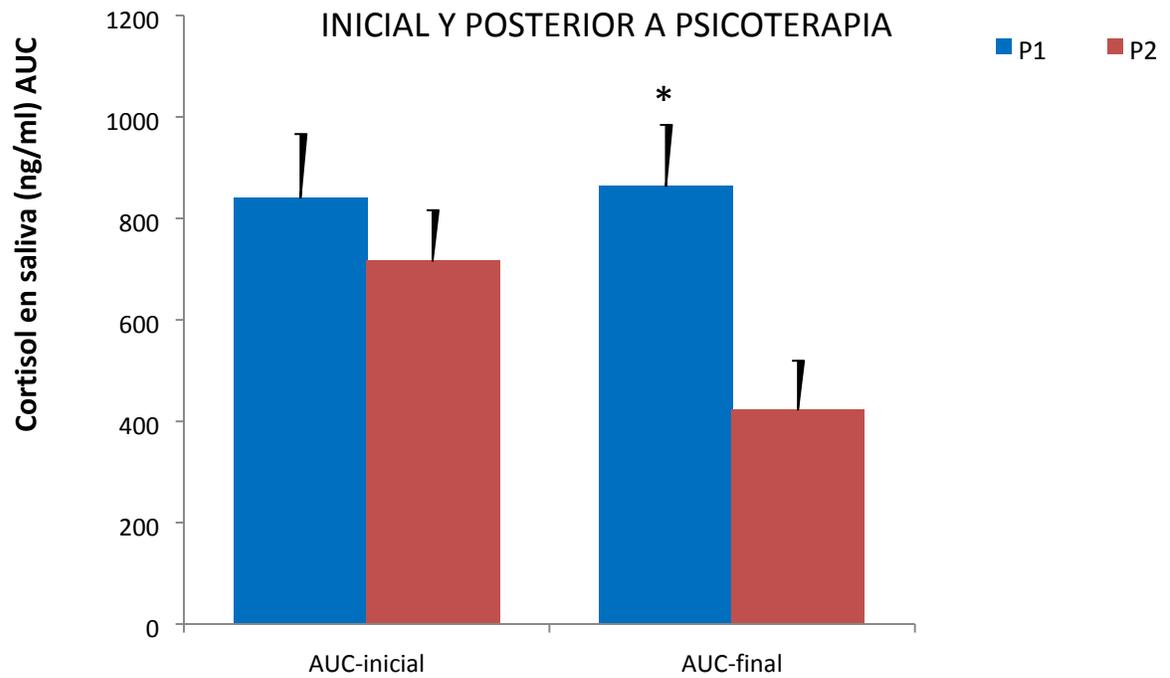


GRÁFICO 4. ÁREA BAJO LA CURVA DE SECRECIÓN DE CORTISOL INICIAL Y POSTERIOR A PSICOTERAPIA



P1= Psicoterapia Interpersonal Psicodinámica; P2= Psicoterapia de Aceptación y compromiso; AUC= Área bajo la curva.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

9. Discusión

El objetivo primordial de este estudio fue evaluar dos modelos de intervención cuya aplicación en mujeres receptoras de violencia es relativamente reciente, lo cual representó un reto, puesto que el proceso psicoterapéutico se debe adaptar a condiciones propias de este fenómeno de violencia, cómo son por ejemplo el aislamiento, la pérdida de la independencia y la desesperanza, lo que ya de por sí complica la respuesta de la persona a este tipo de intervenciones.

Dentro del análisis inicial previo a la intervención hay que destacar que la mayor parte del grupo base de mujeres, independientemente del grupo de psicoterapia al que se llevaban sido receptoras de violencia de alta severidad. Para entender esto basta con comparar los datos del estudio de donde se originó la escala de violencia utilizada (Caye et al., 2016; Valdez-Santiago et al., 2006), el cual se realizó a mujeres que eran usuarias de servicios de salud y donde se describe que a un menor valor representa un menor grado de violencia. En el componente de violencia psicológica la media encontrada en el estudio de origen fue de 5 puntos, mientras que en el nuestro la media fue de 40. Los autores de ese estudio además plantean que un valor en este componente por encima de 18,6 se debe considerar cómo <<Violencia Psicológica Severa>>, encontrando en la muestra de ese estudio que el 10,7% de las mujeres lo superaban, en cambio en nuestra muestra encontramos que el 96,5% de las mujeres superaban dicho valor. En cuanto a la violencia sexual en el estudio de origen la media fue de 1,5 puntos, encontrándose en nuestro estudio una media de 21,13 puntos con un 77,3% de nuestra población presentando un grado de <<Violencia Sexual Severa>>, el cual es bastante contrastante con el 5,1% del estudio de origen. En cuanto a la violencia física, la media de nuestra población fue de 31 puntos mientras que en el estudio de origen fue de 2,4 puntos, llamando mucho la atención que el porcentaje de mujeres que presentó violencia potencialmente mortal en el estudio de origen fue del 1% mientras que en nuestro estudio fue de 46,5%. Con estos datos podemos ver que el grado de violencia en general de las mujeres que entraron al estudio es alto, lo cual cómo se ha visto en anteriores estudios se relaciona con la posibilidad de generar tanto trastornos depresivos cómo ansiosos, sin embargo esta relación no es tan sencilla, puesto que la misma depresión es factor de riesgo para la recepción de violencia de pareja y también hay factores en conjunto que pueden ser de riesgo tanto para depresión, cómo



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

para la violencia de pareja (Trevillion, Oram, Feder, & Howard, 2012) (Beydoun, Beydoun, Kaufman, Lo, & Zonderman, 2012).

La media encontrada en la escala de ansiedad utilizada fue de 26,86, si bien esta escala no tiene valores de corte claramente establecidos se sugiere que valores por encima de 15 se pueden considerar como <<ansiedad severa>>(Lobo et al., 2002), contando el 86,5% de las pacientes de nuestro estudio un valor superior a este. La media de la escala de depresión utilizada fue de 18,6 en esta escala el corte sugerido para depresión leve valores entre 12-19 valor en donde se ubica el 50% de la población estudiada, un valor entre 20-27 para depresión moderada, estando el 45,3% de la muestra y valor por encima de 27 para depresión severa, donde se encontraba el 4,5% de la población(Muller, Himmerich, Kienzle, & Szegedi, 2003). Lo que podemos observar con estos datos es que la mayor parte de las mujeres evaluadas presentaba predominantemente síntomas ansiosos, siendo estos los de mayor severidad, lo cual es consistente con estudios previos donde se ha evidenciado que la violencia de pareja es un factor que genera un riesgo más alto para trastornos ansiosos que para trastornos depresivos (Trevillion et al., 2012). A pesar que se buscó una aleatorización de los grupos, existió una marcada diferencia en cuanto a la severidad de síntomas entre ellos. En el grupo de Psicoterapia Interpersonal Psicodinámica Grupal presentó una media en la Escala de Ansiedad de 34,1 puntos mientras que el grupo de Psicoterapia de Aceptación y compromiso presentó una media de 21,8 puntos. Si bien ambos valores sugieren ansiedad severa, entre un valor más alto representa una severidad mayor. En cuanto a los valores de severidad en depresión la media para la Psicoterapia Intepersonal Psicodinámica Grupal fue de 22,4 puntos, mientras que para la Terapia de Aceptación y Compromiso fue de 16,3 puntos, acá existe una importante diferencia porque esto significa que por lo menos la mayoría de las mujeres presentaba una depresión moderada o severa en el primer grupo, mientras por la mayoría de las mujeres presentaba una depresión leve en el segundo grupo.

En cuanto a los puntajes de percepción de calidad de vida de las mujeres, la escala utilizada no fue diseñada con puntos de corte específicos, mencionando que entre más alto el valor es mayor la percepción de calidad de vida de cada dominio, en el fin de poder tener una perspectiva en este ámbito se compararon los valores con los encontrados en un estudio elaborado en mujeres en Chile(Urzúa M & Caqueo-Urizar, 2013), puesto que por lo menos



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

en la revisión elaborada no se encontraron estudios que reporten los valores en población general mexicana. En el dominio 1 referente a <<salud física>>, se encontró en nuestro estudio una media general de 10,29 mientras que la media en el estudio de referencia se encontró en 15. En el dominio 2 referente a <<salud psicológica>> se encontró en nuestra población una media general de 8,8, y en el estudio de referencia una media de 15. En el Dominio 3 referente a <<relaciones sociales>> se encontró una media de 7,4 inferior al del estudio de referencia en el cual la media es de 14 y en el último dominio de <<factores ambientales y acceso a servicios>> se encontró una media de 10,2, de nuevo inferior a la media de referencia la cual fue de 14. Los datos reflejan que la percepción de la calidad de vida de mujeres que son receptoras de violencia, tiende a ser significativamente menor que otras mujeres en general. Acá es interesante observar cómo logramos encontrar una correlación negativa entre los Dominios 1 2 y 3 con la sintomatología depresiva, estos datos son similares a otros estudios en población latinoamericana, donde también se ha logrado ver que estos 3 dominios y no el 4 se han relacionado con sintomatología depresiva (Blay & Marchesoni, 2011), en cuanto a los síntomas ansiosos encontramos una correlación negativa con los dominios 1 y 4, resultados que son distintos a los encontrados en otros estudios que relacionan principalmente el dominio 2 con sintomatología ansiosa (Caldirola et al., 2014; Sarma & Byrne, 2014), sin embargo dichos estudios se realizaron en poblaciones especiales, por tanto no son del todo comparables a los datos acá presentado.

Con este panorama se inició el proceso de psicoterapia en ambos grupos, al final el 45.5 % de las pacientes que inició la Psicoterapia Interpersonal Psicodinámica Grupal y el 38.5% de las pacientes que iniciaron la Terapia de Aceptación y Compromiso no terminaron la psicoterapia. Este valor de deserción no es muy distinto al encontrado en otros estudios los cuales ubican el promedio de abandono de la psicoterapia entre un 25 y un 50%, explicándose esto por factores propios del paciente, de la terapia, del terapeuta y de la institución.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

9.1 Cambios en Sintomatología Ansiosa y Depresiva.

Posterior a llevar la psicoterapia, se encontró que hubo una reducción significativa en la sintomatología ansiosa, pasando de una media de 25,3 que representa <<ansiedad grave>> a una media general de 10.9 puntos, que representa <<ansiedad leve>>. En cuanto a los síntomas depresivos también se observó una disminución en la puntuación media, sin embargo esta no fue estadísticamente significativa. Al análisis por subgrupo se encontró que el grupo que tuvo una reducción mayor en la media fue el de Psicoterapia Interpersonal Psicodinámica Grupal con una reducción promedio de 18,91, en comparación con la de 13,97 del grupo de Psicoterapia de Aceptación y Compromiso, sin embargo pese a que se encontró una significancia estadística acá es importante considerar que el primer grupo inició con una sintomatología ansiosa significativamente mayor, por tanto los resultados encontrados no pueden necesariamente significar una mayor efectividad con respecto a la Psicoterapia de Aceptación y Compromiso. Con respecto a la sintomatología depresiva, el grupo de Psicoterapia Interpersonal Psicodinámica Grupal tuvo una reducción muy pequeña casi nula en los síntomas depresivos, mientras que la Psicoterapia de Aceptación y Compromiso logró disminuir un poco más los síntomas, aunque tampoco de forma considerable, de igual forma los datos no son representativos puesto que no contaron con potencia estadística. Con esto podemos observar que ambas psicoterapias mostraron utilidad en cuanto a la reducción de síntomas ansiosos, efectividad que ya se había reportado previamente (Hollon & Ponniah, 2010; JG et al., 2015), sin embargo de nuestro conocimiento este es el primer estudio realizado en población mexicana con antecedente de violencia. Para la sintomatología depresiva con los datos presentados no podemos deducir si estas terapias pueden ser útiles ni mucho menos cuál de las dos puede ser más efectiva, sin embargo los datos iniciales apuntan a que si pudiera haber una utilidad acá, sin embargo habrá que revisar este aspecto en subsecuentes trabajos.

9.2 Cambios en la Percepción de Calidad de Vida.

Posterior a la intervención realizada, se observó que dentro de los cuatro dominios que evalúa la escala utilizada (Dominio 1: Salud Física; Dominio 2: Salud Mental; Dominio 3: Factores sociales; Dominio 4: Factores Ambientales y de Acceso a Servicios), El primero, segundo y cuarto tuvieron un aumento significativo. Los dos rubros que más aumentaron



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

fueron el primero y el cuarto, esto se podría ser producto de la reducción significativa de la ansiedad, puesto que el primer dominio, se evalúan aspectos como la fatiga, el dolor, el dormir y el descansar en tanto que el cuarto evalúa sensación de seguridad, y libertad. Además el último también se pudo haber visto modificado puesto que otros de los componentes que se evalúa en este dominio son la facilidad de acceso de servicios de salud, la oportunidad de aprendizaje y la oportunidad de participación que son parte de los objetivos de ambas psicoterapias. A la evaluación por grupo separados se observa si bien hubo un aumento promedio en todos los dominios posterior a la intervención de la psicoterapia, por el número de pacientes estudiados, el único que logró significancia estadística fue el aumento que se presentó en el dominio 4 en el grupo de Psicoterapia de Aceptación y Compromiso, no existen trabajos previos que relacionen la Psicoterapia de Aceptación y Compromiso con los dominios de la escala evaluada, sin embargo acá podemos plantear que esta mejoría se pudo haber dado que parte del sentido de esta terapia está la de buscar una cognición que se aparte de los juicios de valor, esto a la larga puede representar para las personas una mayor sensación de <<libertad>>, además que el hecho que sea una terapia que requiere de cierta frecuencia y que sea en grupo puede llevar a mejorar la percepción de la facilidad de acceso y la calidad de los servicios en salud de las pacientes, sin embargo con los datos con los que contamos en este estudio no podríamos determinarlo con claridad.

9.3 Cambios en la Secreción de Cortisol.

Se encontró que posterior a la utilización de la Psicoterapia de Aceptación y Compromiso hubo una reducción en cuanto al área bajo la curva de la secreción de cortisol bajo un evento estresor, esto significa que existe un grado menor de secreción de cortisol y/o una normalización más rápida de los niveles de dicha hormona. Niveles basales altos áreas bajo la curva de cortisol se han asociado a sintomatología depresiva y ansiosa en anteriores estudios(Chong, Thai, Cullen, Lim, & Klimes-Dougan, 2017; Veen et al., 2011), lo que la reducción encontrada puede relacionarse a la disminución en los síntomas ansiosos y depresivos de las pacientes, el grupo que mayor redujo el área bajo la curva de la secreción de cortisol fue el de Terapia de Aceptación y Compromiso, siendo además la única reducción que tuvo significancia estadística. Esto puede ser debido a que el núcleo central de este tipo de terapia es concentrarse en situaciones vivenciales actuales, procurando



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

evitar centrar la atención en situaciones hipotéticas y que pueden ser negativas lo que a su vez se conjunta con un entrenamiento en ejercicios de relajación y meditación que permiten un mejor enfoque atencional, lo que puede representar un menor reducción de situaciones estresantes en las personas. El encontrar estos hallazgos motiva a seguir estudiando el efecto de esta terapia, ya que la reducción de cortisol no solo puede jugar en una reducción sintomatológica, sino en otros aspectos que pueden inclusive potenciar futuras respuestas a psicoterapia. Se ha evidenciado que exposiciones repetitivas a estresores impredecibles e incontrolables con una consecuente alteración del eje HPA llevan a un cambio en la plasticidad cerebral lo que limita la habilidad para responder a futuros estresores (McEwen & Gianaros, 2010), lo que nos permite inferir que si revertimos un poco esta alteración es probable que la persona pueda abstraer y aplicar más elementos de subsecuentes psicoterapias que lleven a una mejor respuesta que la inicial.

Pese a estos hallazgos bastante llamativos, es importante mencionar acá el rol de la medicación antidepresiva, los cuales pueden reducir los niveles de cortisol por si mismos (Papiol et al., 2007) y durante el estudio si bien todas las pacientes ya contaban con tratamiento antidepresivo no se controló si hubo aumentos o cambios durante el tiempo de psicoterapia. Este planteamiento surge puesto que nuestros hallazgos son distintos a los encontrados en una revisión de estudios con metanálisis que midió el efecto de terapias no farmacológicas en la reducción de síntomas ansiosos y su efecto en la secreción de cortisol, encontrando una asociación positiva entre las terapias no farmacológicas y una menor sintomatología ansiosa, pero no con los niveles de cortisol (Sagarwala, Malmstrom, & Nasrallah, 2018). Esto no descarta la asociación que acá encontramos, sin embargo en futuros estudios habrá que controlar esta variable con el fin de obtener un mayor grado de veracidad.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

10. Conclusiones.

Este trabajo se planteó como un estudio piloto que tuviera como finalidad el probar la metodología planteada en el estudio de este grupo poblacional tan importante y a la vez vulnerable.

Los hallazgos encontrados son bastante esperanzadores, puesto que si bien la muestra que se logró obtener fue baja, algunos resultados logran ser significativos y fortalecen la idea que la intervención psicoterapéutica en este grupo poblacional puede llegar a ser muy útil potenciando los efectos benéficos de la farmacoterapia, principalmente en los síntomas ansiosos y mejorando además su percepción de calidad de vida.

Con los hallazgos encontrados se logra observar que ambas psicoterapias son útiles para la reducción de síntomas ansiosos y depresivos, desafortunadamente no podemos evidenciar cual es más útil, sin embargo por lo menos con los datos encontrados podemos mencionar que el uso de alguna de estas terapias es benéfico para las pacientes. Otro elemento relevante a mencionar es que se observó que el uso de alguno de estos tipos de psicoterapia se asocia a una mejoría en los valores de percepción de calidad de vida, que en cierta manera es un elemento integral de factores muy complejos y que no solo son referentes a la salud, y el hecho que desde este tipo de intervenciones impresione que se pueda hacer algo para mejorarlos incentiva a continuar su estudio con el fin de fortalecer estas impresiones iniciales y así llevar a su uso más rutinario en este grupo poblacional.

Este estudio cuenta con limitaciones importantes, tanto por la muestra poblacional pequeña que se logró obtener, cómo por algunas variables que no se pudieron controlar de forma adecuada y que pueden corresponder a sesgos que limitan la veracidad de los datos presentados, sin embargo este estudio se plantea como pionero en este grupo particular de la población mexicana y el que existan resultados positivos pese a las limitaciones encontrados, incentiva a continuar con esta línea de investigación ya que estas limitaciones a la larga son oportunidades de fortaleza y pueden llevar a trabajos mucho más sólidos que permitan seguir aportando beneficios a este grupo tan vulnerable de la sociedad mexicana.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

11. Anexos:

Escala de Ansiedad de Hamilton.

CÓDIGO 0 = AUSENTE

1 = INTENSIDAD LEVE

2 = INTENSIDAD MEDIA

3 = INTENSIDAD FUERTE

4 = INTENSIDAD MÁXIMA

SÍNTOMAS	DESCRIPCIÓN	CÓDIGO
HUMOR ANSIOSO	Inquietud, espera de lo peor, aprensión (anticipación temerosa), irritabilidad	
TENSIÓN	Sensación de tensión, fatiga, sobresaltos, llanto fácil, temblor, sensación de no poder quedarse quieto en un lugar, incapacidad de relajarse	
MIEDOS	A la oscuridad, a la gente desconocida, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a la multitud	
INSOMNIO	Dificultad para conciliar el sueño. Sueño interrumpido, sueño no reparador con cansancio al despertar, sueños penosos, pesadillas, terrores nocturnos	
FUNCIONES INTELECTUALES	Dificultad para concentrarse, mala memoria	
HUMOR DEPRESIVO	Falta de interés, ya no disfruta con los pasatiempos, depresión, insomnio en la madrugada, cambios del humor durante el día	
SÍNTOMAS SOMÁTICOS	Dolores y cansancio muscular, contracciones, rigidez, sacudidas mioclónicas, rechinar los dientes, voz poco firme, tono muscular aumentado	
SÍNTOMAS SOMÁTICOS GENERALES	Zumbido de oídos, visión borrosa, bochornos o escalofríos, sensación de debilidad, sensación de hormigueo	
SÍNTOMAS CARDIOVASCULARES	Taquicardia, palpitaciones, dolor en el pecho, sensación de desmayo, extrasístoles	
SÍNTOMAS RESPIRATORIOS	Peso u opresión torácica, sensación de ahogo, suspiros, disnea	
SÍNTOMAS GASTROINTESTINALES	Dificultad para deglutir, meteorismo, dolor abdominal, sensación de ardor, distensión abdominal, náusea, vómito, borborismos, sensación de estómago vacío, pérdida de peso, estreñimiento.	
SÍNTOMAS GENITOURINARIOS	Micciones frecuentes, urgencia al orinar, amenorrea, menorragia, disminución o pérdida de la libido, dificultad para llegar al orgasmo, dificultad en la erección, eyaculación precoz	
SÍNTOMAS DEL SISTEMA NERVIOSO AUTÓNOMO	Boca seca, accesos de rubor, palidez, sudoración excesiva, vértigo, cefalea tensional, piloerección	
COMPORTAMIENTO DURANTE LA ENTREVISTA	Agitado, inquieto o dando vueltas, manos temblorosas, ceño fruncido, facies tensa, suspiros o respiración agitada, palidez, tragar saliva, eructos, movimientos rápidos de los tendones, midriasis, exoftalmos	

CALIFICACIÓN _____



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

INVENTARIO DE DEPRESIÓN DE BECK

1. No me siento triste
 Me siento triste
 Me siento triste todo el tiempo y no puedo animarme
 Me siento tan triste e infeliz que ya no lo soporto

2. No me siento desanimado (a) acerca del futuro
 Me siento desanimado (a) acerca del futuro
 Siento que no tengo para que pensar en el futuro
 Siento que no hay esperanza para el futuro y que las cosas no pueden mejorar

3. No me siento como un fracasado (a)
 Siento que he fracasado más que otras personas
 Conforme veo hacia atrás en mi vida, todo lo que puedo ver son muchos fracasos
 Siento que como persona soy un completo fracaso

4. Obtengo tanta satisfacción de las cosas como siempre
 No disfruto de las cosas como antes
 Ya no obtengo satisfacción de nada
 Estoy insatisfecho (a) y molesto (a) con todo

5. No me siento culpable
 En algunos momentos me siento culpable
 La mayor parte del tiempo me siento algo culpable
 Me siento culpable todo el tiempo

6. No siento que seré castigado (a)
 Siento que puedo ser castigado (a)
 Creo que seré castigado (a)
 Siento que estoy siendo castigado (a)

7. No me siento descontento (a) conmigo mismo (a)
 Me siento descontento (a) conmigo mismo (a)
 Me siento a disgusto conmigo mismo (a)
 Me odio a mí mismo (a)

8. No siento que sea peor que otros
 Me critico a mí mismo (a) por mi debilidad y mis errores
 Me culpo todo el tiempo por mis errores
 Me culpo por todo lo malo que sucede



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

9. No tengo ninguna idea acerca de suicidarme
 Tengo ideas de suicidarme pero no lo haría
 Quisiera suicidarme
 Me suicidaría si tuviera la oportunidad
10. No lloro más que de costumbre
 Lloro más que antes
 Lloro todo el tiempo
 Podía llorar pero ahora no puedo aunque quiera
11. Ahora no estoy más irritable que antes
 Me molesto e irrito más fácilmente que antes
 Me siento irritado (a) todo el tiempo
 No me irrito para nada con las cosas que antes me irritaba
12. No he perdido el interés en la gente
 No me interesa la gente como antes
 He perdido la mayor parte de mi interés en la gente
 He perdido todo el interés en la gente
13. Tomo decisiones tan bien como siempre
 Pospongo decisiones con más frecuencia que antes
 Se me dificulta tomar decisiones
 No puedo tomar decisiones en nada
14. No siento que me vea más feo (a) que antes
 Me preocupa que me vea viejo (a) y feo (a)
 Siento que hay cambios permanentes en mi apariencia que hacen que me vea feo (a)
 Creo que me veo horrible
15. Puedo trabajar tan bien como antes
 Tengo que hacer un esfuerzo extra para iniciar algo
 Tengo que obligarme a hacer cualquier cosa
 No puedo trabajar en nada
16. Duermo tan bien como antes
 No duermo tan bien como antes
 Me despierto 1 o 2 horas antes de lo acostumbrado y me es difícil volver a dormirme
 Me despierto muchas horas antes de mi hora acostumbrada y no puedo volver a dormirme



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

17. No me canso más de lo habitual
 Me canso más fácilmente que antes
 Me canso de hacer casi cualquier cosa
 Me siento muy cansado (a) de hacer cualquier cosa
18. Mi apetito es igual que siempre
 Mi apetito no es tan bueno como antes
 Casi no tengo apetito
 No tengo apetito en lo absoluto
19. No he perdido peso o casi nada
 He perdido más de 2.5 kilos
 He perdido más de 5 kilos
 he perdido más de 7.5 kilos
(Estoy a dieta SI NO)
20. Mi salud no me preocupa más que antes
 Me preocupan molestias como dolor de cabeza, malestar estomacal, estreñimiento
 Estoy tan preocupado (a) por mis molestias físicas que es difícil que pueda pensar en otra cosa
 Estoy tan preocupado (a) por mis molestias físicas que no puedo pensar en otra cosa
21. Mi interés por el sexo es igual que antes
 Estoy menos interesado (a) en el sexo que antes
 Ahora estoy mucho menos interesado (a) en el sexo que antes
 He perdido completamente el interés en el sexo



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Escala de calidad de vida WHO QOL- BREF

		Muy mal	Poco	Lo normal	Bastante Bien	Muy bien
1	¿Cómo puntuaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5
		Muy insatisfecho	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
2	¿Cuán satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a cuánto ha experimentado ciertos hechos en las últimas dos semanas						
		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta que punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿Cuánto necesita de cualquier tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta que punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
---	---	---	---	---	---	---

8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5
Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan totalmente” usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las últimas dos semanas.						
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para su vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Qué disponible tiene la información que necesita en su vida diaria?	1	2	3	4	5
		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad para realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a “cuan satisfecho o bien” se ha sentido en varios aspectos de su vida en las últimas dos semanas						
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho
16	¿Cuán satisfecho está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cuán satisfecho está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cuán satisfecho está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cuán satisfecho está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cuán satisfecho está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
		Nada	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho	Muy satisfecho



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

21	¿Cuán satisfecho está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cuán satisfecho está con el apoyo que obtiene de sus amigos?	1	2	3	4	5
23	¿Cuán satisfecho está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cuán satisfecho está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cuán satisfecho está con su transporte?	1	2	3	4	5
La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que Ud. Ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las últimas dos semanas?						
		Nunca	Raramente	Medianamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con que frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, depresión?	1	2	3	4	5



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

Escala de violencia de pareja.

	Preguntas	Nunca	Alguna vez	Varias veces	Muchas veces
1	¿Le ha exigido tener relaciones sexuales?				
2	¿Le ha quemado con cigarro u otra sustancia?				
3	¿Le ha pateado?				
4	¿Le ha amenazado con pistola o rifle?				
5	¿Le ha empujado intencionalmente?				
6	¿Le ha golpeado con el puño el mano?				
7	¿Le ha disparado con pistola o rifle?				
8	¿Le ha dicho que es poco atractiva o fea?				
9	¿Se ha puesto celoso o ha sospechado sus amistades?				
10	¿Le ha amenazado con arma, con una navaja, cuchillo o machete?				
11	¿Le ha intentado ahorcar o asfixiar?				
12	¿Le ha rebajado o menospreciado?				
13	¿Le ha torcido el brazo?				
14	¿Ha usado la fuerza física para tener relaciones sexuales?				
15	¿Le ha insultado?				
16	¿Le ha agredido con arma, con una navaja, cuchillo o machete?				
17	¿Le ha rebajado o menospreciado frente a otras personas?				
18	¿Le ha amenazado con irse con otras mujeres si no accede a tener relaciones sexuales?				
19	¿Le ha sacudido, zarandeado o jaloneado?				



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

12. Bibliografía.

- BAUER, H. M., GIBSON, P., HERNANDEZ, M., KENT, C., KLAUSNER, J., & BOLAN, G. (2002). Intimate Partner Violence and High-Risk Sexual Behaviors Among Female Patients with Sexually Transmitted Diseases. *Sexually Transmitted Diseases*, 29(7), 411-416.
- Beydoun, H. A., Beydoun, M. A., Kaufman, J. S., Lo, B., & Zonderman, A. B. (2012). Intimate partner violence against adult women and its association with major depressive disorder, depressive symptoms and postpartum depression: a systematic review and meta-analysis. *Soc Sci Med*, 75(6), 959-975. doi:10.1016/j.socscimed.2012.04.025
- Blay, S. L., & Marchesoni, M. S. M. (2011). Association among physical, psychiatric and socioeconomic conditions and WHOQOL-Bref scores. *Cadernos de Saúde Pública*, 27, 677686.
- Bonomi, A. E., Anderson, M. L., Reid, R. J., Rivara, F. P., Carrell, D., & Thompson, R. S. (2009). Medical and psychosocial diagnoses in women with a history of intimate partner violence. *Archives of Internal Medicine*, 169(18), 1692-1697. doi:10.1001/archinternmed.2009.292
- Brasfield, R. (2014). The absence of evidence is not the evidence of absence: The abusive personality as a disordered mental state. *Aggression and Violent Behavior*, 19(5), 515-522. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2014.07.006>
- Breiding, M. J., Black, M. C., & Ryan, G. W. Chronic Disease and Health Risk Behaviors Associated with Intimate Partner Violence—18 U.S. States/Territories, 2005. *Annals of Epidemiology*, 18(7), 538-544. doi:10.1016/j.annepidem.2008.02.005
- Caldirola, D., Grassi, M., Riva, A., Dacco, S., De Berardis, D., Dal Santo, B., & Perna, G. (2014). Selfreported quality of life and clinician-rated functioning in mood and anxiety disorders: relationships and neuropsychological correlates. *Compr Psychiatry*, 55(4), 979-988. doi:10.1016/j.comppsy.2013.12.007
- Campbell, J. C. (2002). Health consequences of intimate partner violence. *Lancet*, 359(9314), 1331-1336. doi:10.1016/s0140-6736(02)08336-8
- Caye, A., Spadini, A. V., Karam, R. G., Grevet, E. H., Rovaris, D. L., Bau, C. H., . . . Kieling, C. (2016). Predictors of persistence of ADHD into adulthood: a systematic review of the literature and meta-analysis. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 25(11), 1151-1159. doi:10.1007/s00787016-0831-8



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

- Chong, L. S., Thai, M., Cullen, K. R., Lim, K. O., & Klimes-Dougan, B. (2017). Cortisol Awakening Response, Internalizing Symptoms, and Life Satisfaction in Emerging Adults. *International Journal of Molecular Sciences*, 18(12), 2501. doi:10.3390/ijms18122501
- Corvo, K., & deLara, E. (2010). Towards an integrated theory of relational violence: Is bullying a risk factor for domestic violence? *Aggression and Violent Behavior*, 15(3), 181-190. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2009.12.001>
- Corvo, K., & Johnson, P. (2013). Sharpening Ockham's Razor: The role of psychopathology and neuropsychopathology in the perpetration of domestic violence. *Aggression and Violent Behavior*, 18(1), 175-182. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.avb.2012.11.017>
- Cullen, C. (2008). Acceptance and Commitment Therapy (ACT): A Third Wave Behaviour Therapy. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36(6), 667-673. doi:10.1017/S1352465808004797
- Devries, K. M., Child, J. C., Bacchus, L. J., Mak, J., Falder, G., Graham, K., . . . Heise, L. (2014). Intimate partner violence victimization and alcohol consumption in women: a systematic review and meta-analysis. *Addiction*, 109(3), 379-391. doi:10.1111/add.12393
- Devries, K. M., Mak, J. Y., Bacchus, L. J., Child, J. C., Falder, G., Petzold, M., . . . Watts, C. H. (2013). Intimate partner violence and incident depressive symptoms and suicide attempts: a systematic review of longitudinal studies. *PLoS Med*, 10(5), e1001439. doi:10.1371/journal.pmed.1001439
- Drossman, D. A., Leserman, J., Nachman, G., Li, Z., Gluck, H., Toomey, T. C., & Mitchell, C. M. (1990). Sexual and Physical Abuse in Women with Functional or Organic Gastrointestinal Disorders. *Annals of Internal Medicine*, 113(11), 828-833. doi:10.7326/0003-4819-113-11828
- Drossman, D. A., Talley, N. J., Leserman, J., Olden, K. W., & Barreiro, M. A. (1995). Sexual and Physical Abuse and Gastrointestinal Illness: Review and Recommendations. *Annals of Internal Medicine*, 123(10), 782-794. doi:10.7326/0003-4819-123-10-199511150-00007
- Gola, H., Engler, H., Schauer, M., Adenauer, H., Riether, C., Kolassa, S., . . . Kolassa, I. T. (2012). Victims of rape show increased cortisol responses to trauma reminders: a study in individuals with war- and torture-related PTSD. *Psychoneuroendocrinology*, 37(2), 213220. doi:10.1016/j.psyneuen.2011.06.005



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

- Golding, J. M. (1999). Intimate Partner Violence as a Risk Factor for Mental Disorders: A Meta-Analysis. *Journal of Family Violence*, 14(2), 99-132. doi:10.1023/A:1022079418229
- Gomez-Dantes, H., Vazquez-Martinez, J. L., & Fernandez-Canton, S. B. (2006). [Violence in Mexican women using public health services]. *Salud Publica Mex*, 48 Suppl 2, S279-287.
- Hamilton, M. (1959). The assessment of anxiety states by rating. *Br J Med Psychol*, 32(1), 50-55.
- Hamilton, M. (1967). Development of a rating scale for primary depressive illness. *Br J Soc Clin Psychol*, 6(4), 278-296.
- Heim, C., Newport, D. J., Heit, S., Graham, Y. P., Wilcox, M., Bonsall, R., . . . Nemeroff, C. B. (2000). Pituitary-adrenal and autonomic responses to stress in women after sexual and physical abuse in childhood. *Jama*, 284(5), 592-597.
- Hollon, S. D., & Ponniah, K. (2010). A review of empirically supported psychological therapies for mood disorders in adults. *Depression and anxiety*, 27(10), 891-932. doi:10.1002/da.20741
- JG, A. T., Davis, M. L., Morina, N., Powers, M. B., Smits, J. A., & Emmelkamp, P. M. (2015). A metaanalysis of the efficacy of acceptance and commitment therapy for clinically relevant mental and physical health problems. *Psychother Psychosom*, 84(1), 30-36. doi:10.1159/000365764
- Joseph, B., Khalil, M., Zangbar, B., Kulvatunyou, N., Orouji, T., Pandit, V., . . . Davis, J. W. (2015). Prevalence of Domestic Violence Among Trauma Patients. *JAMA Surg*, 150(12), 1177-1183. doi:10.1001/jamasurg.2015.2386
- Kim, H. K., Tiberio, S. S., Capaldi, D. M., Shortt, J. W., Squires, E. C., & Snodgrass, J. J. (2015). Intimate partner violence and diurnal cortisol patterns in couples. *Psychoneuroendocrinology*, 0, 35-46. doi:10.1016/j.psyneuen.2014.09.013
- Krupnick, J. L., Green, B. L., Stockton, P., Miranda, J., Krause, E., & Mete, M. (2008). Group interpersonal psychotherapy for low-income women with posttraumatic stress disorder. *Psychother Res*, 18(5), 497-507. doi:10.1080/10503300802183678
- Lobo, A., Chamorro, L., Luque, A., Dal-Re, R., Badia, X., & Baro, E. (2002). [Validation of the Spanish versions of the Montgomery-Asberg depression and Hamilton anxiety rating scales]. *Med Clin (Barc)*, 118(13), 493-499.
- McCauley, J., Kern, D. E., Kolodner, K., Dill, L., Schroeder, A. F., DeChant, H. K., . . . Derogatis, L. R. (1995). The "Battering Syndrome": Prevalence and Clinical Characteristics of Domestic



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

- Violence in Primary Care Internal Medicine Practices. *Annals of Internal Medicine*, 123(10), 737-746. doi:10.7326/0003-4819-123-10-199511150-00001
- McEwen, B. S., & Gianaros, P. J. (2010). Central role of the brain in stress and adaptation: Links to socioeconomic status, health, and disease. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 1186, 190-222. doi:10.1111/j.1749-6632.2009.05331.x
- Muller, M. J., Himmerich, H., Kienzle, B., & Szegedi, A. (2003). Differentiating moderate and severe depression using the Montgomery-Asberg depression rating scale (MADRS). *J Affect Disord*, 77(3), 255-260.
- Papiol, S., Arias, B., Gasto, C., Gutierrez, B., Catalan, R., & Fananas, L. (2007). Genetic variability at HPA axis in major depression and clinical response to antidepressant treatment. *J Affect Disord*, 104(1-3), 83-90. doi:10.1016/j.jad.2007.02.017
- Powers, M. B., Zum Vorde Sive Vording, M. B., & Emmelkamp, P. M. (2009). Acceptance and commitment therapy: a meta-analytic review. *Psychother Psychosom*, 78(2), 73-80. doi:10.1159/000190790
- Ramos-Brieva, J. A., & Cordero-Villafafila, A. (1988). A new validation of the Hamilton Rating Scale for Depression. *J Psychiatr Res*, 22(1), 21-28.
- Rivas, L. E. P., & Alarcon, M. B. (2017). La Nueva Epistemología y la Salud Mental en México. México.
- Sagarwala, R., Malmstrom, T., & Nasrallah, H. A. (2018). Effects of nonpharmacological therapies on anxiety and cortisol: A meta-analysis. *Ann Clin Psychiatry*, 30(2), 91-96.
- Salinas, A. N. V., & Ortega, M. A. R. *Manual de Intervención en Terapia de Aceptación y Compromiso para Atención a Víctimas modulo Grupal*.
- Sareen, J., Pagura, J., & Grant, B. Is intimate partner violence associated with HIV infection among women in the United States? *General Hospital Psychiatry*, 31(3), 274-278. doi:10.1016/j.genhosppsy.2009.02.004
- Sarma, S. I., & Byrne, G. J. (2014). Relationship between anxiety and quality of life in older mental health patients. *Australas J Ageing*, 33(3), 201-204.
- Skevington, S. M., Lotfy, M., & O'Connell, K. A. (2004). The World Health Organization's WHOQOLBREF quality of life assessment: psychometric properties and results of the international field trial. A report from the WHOQOL group. *Qual Life Res*, 13(2), 299-310.



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ

doi:10.1023/b:qure.0000018486.91360.00

- Springer, J. (2012). Acceptance and Commitment Therapy: Part of the "Third Wave" in the Behavioral Tradition. *Journal of Mental Health Counseling, 34*(3), 205-212.
doi:10.17744/mehc.34.3.9110205883653735
- Sugg, N. (2015). Intimate partner violence: prevalence, health consequences, and intervention. *Med Clin North Am, 99*(3), 629-649. doi:10.1016/j.mcna.2015.01.012
- Talbot, N. L., Chaudron, L. H., Ward, E. A., Duberstein, P. R., Conwell, Y., O'Hara, M. W., . . . Stuart, S. (2011). A Randomized Effectiveness Trial of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Women With Sexual Abuse Histories. *Psychiatric services (Washington, D.C.), 62*(4), 374380. doi:10.1176/appi.ps.62.4.374
- Thoma, N., Pilecki, B., & McKay, D. (2015). Contemporary Cognitive Behavior Therapy: A Review of Theory, History, and Evidence. *Psychodyn Psychiatry, 43*(3), 423-461.
doi:10.1521/pdps.2015.43.3.423
- Thompson, B. L., Luoma, J. B., & LeJeune, J. T. (2013). Using Acceptance and Commitment Therapy to Guide Exposure-Based Interventions for Posttraumatic Stress Disorder. *Journal of Contemporary Psychotherapy, 43*(3), 133-140. doi:10.1007/s10879-013-9233-0
- Trevillion, K., Oram, S., Feder, G., & Howard, L. M. (2012). Experiences of Domestic Violence and Mental Disorders: A Systematic Review and Meta-Analysis. *PLOS ONE, 7*(12), e51740.
doi:10.1371/journal.pone.0051740
- Urzúa M, A., & Caqueo-Urizar, A. (2013). Estructura Factorial y valores de referencia del WHOQoLBref en población adulta chilena. *Revista médica de Chile, 141*, 1547-1554.
- Valdez-Santiago, R., Híjar-Medina, M. C., Salgado de Snyder, V. N., Rivera-Rivera, L., Avila-Burgos, L., & Rojas, R. (2006). Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas. *Salud Pública de México, 48*, s221-s231.
- Veen, G., van Vliet, I. M., DeRijk, R. H., Giltay, E. J., van Pelt, J., & Zitman, F. G. (2011). Basal cortisol levels in relation to dimensions and DSM-IV categories of depression and anxiety. *Psychiatry Research, 185*(1), 121-128. doi:10.1016/j.psychres.2009.07.013
- Waller, M. W., Iritani, B. J., Christ, S. L., Clark, H. K., Moracco, K. E., Halpern, C. T., & Flewelling, R. L. (2012). Relationships among alcohol outlet density, alcohol use, and intimate partner



INSTITUTO NACIONAL DE PSIQUIATRÍA
RAMÓN DE LA FUENTE MUÑIZ
violence victimization

- among young women in the United States. *J Interpers Violence*, 27(10), 2062-2086. doi:10.1177/0886260511431435
- Wenzel, T., Kienzler, H., & Wollmann, A. (2015). Facing Violence - A Global Challenge. *Psychiatr Clin North Am*, 38(3), 529-542. doi:10.1016/j.psc.2015.05.008
- Williams, D. J., & Donnelly, P. D. (2014). Is violence a disease? Situating violence prevention in public health policy and practice. *Public Health*, 128(11), 960-967. doi:10.1016/j.puhe.2014.09.010
- Wu, E., El-Bassel, N., Witte, S. S., Gilbert, L., & Chang, M. (2003). Intimate Partner Violence and HIV Risk Among Urban Minority Women in Primary Health Care Settings. *AIDS and Behavior*, 7(3), 291-301. doi:10.1023/a:1025447820399
- Wuest, J., Merritt-Gray, M., Ford-Gilboe, M., Lent, B., Varcoe, C., & Campbell, J. C. Chronic Pain in Women Survivors of Intimate Partner Violence. *The Journal of Pain*, 9(11), 1049-1057. doi:10.1016/j.jpain.2008.06.009
- Zolotor, A. J., Denham, A. C., & Weil, A. (2009). Intimate partner violence. *Prim Care*, 36(1), 167-179, x. doi:10.1016/j.pop.2008.10.010