

Indicadores de malestar emocional y depresión en mujeres embarazadas con ITS-VIH/SIDA*

TERESA LARTIGUE,^a GERARDO CASANOVA,^b JAVIER ORTIZ,^c CARLOS ARANDA^d

RESUMEN

Objetivo: Evaluar la presencia de indicadores de malestar emocional y depresión en un grupo de mujeres embarazadas con infecciones de transmisión sexual (ITS) y determinar la validez y confiabilidad del Cuestionario General de Salud (GHQ-30) y de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg (EPDS).

Material y métodos: Se realizó una investigación de casos (mujeres con ITS de predominio viral o micótico) y controles (mujeres sin ITS) realizada durante los años de 2000-2002, en una institución del tercer nivel de atención. Se estudió una muestra intencional, consecutiva y autoseleccionada por consentimiento informado de 350 embarazadas.

Resultados: Se determinó la validez concurrente, los coeficientes de correlación del GHQ y la EPDS (0.628 y 0.547), los cuales mostraron una asociación significativa. La validez de constructo del GHQ en cuatro componentes explicó 51.4% de la varianza total. La consistencia interna tuvo un alfa de Cronbach de 0.911 en la escala global y por factor entre 0.876 y 0.789. Se encontraron diferencias significativas en el factor uno al comparar las medias del grupo control con las de los casos del grupo de ITS de predominio viral. En la EPDS, dos componentes principales explicaron 53.7% de la varianza total; el alfa de Cronbach global fue de 0.847 y por factor de 0.828 y 0.648. Se obtuvieron diferencias significativas al comparar el grupo control con el grupo de casos de ITS de predominio viral.

Conclusiones: Ambos instrumentos reúnen las características psicométricas para ser aplicados durante la gestación. Las mujeres con ITS por VPH o VIH mencionaron padecer un número mayor de síntomas de depresión en comparación con las mujeres sin ITS.

PALABRAS GUÍA: Embarazo, infecciones de transmisión sexual, depresión, malestar emocional.

* Este artículo forma parte del informe final de la investigación "ETS-VIH/SIDA y trastornos de personalidad en mujeres embarazadas y sus parejas. Detección y prevención de prácticas de riesgo". Realizada con el apoyo económico de la Secretaría de Salud, el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología, el Instituto Nacional de Perinatología, el Comité de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional, la Asociación Psicoanalítica Mexicana y la Universidad de la Ciudad de México. Registrada en el CONACYT con el número MO252-9911, en el INPer 212250-50021 y en la APM 01-10 y 01-11.

^a Jefa del Departamento de Epidemiología Reproductiva, Subdirección de Investigación en Salud Pública del Instituto Nacional de Perinatología.

^b Investigador del Departamento de Infectología e Inmunología, del Instituto Nacional de Perinatología.

^c Jefe del Departamento de Infectología e Inmunología del Instituto Nacional de Perinatología.

^d Jefe de Oncología y Clínica de Colposcopia del Instituto Nacional de Perinatología.

Correspondencia:

Dra. Teresa Lartigue

Instituto Nacional de Perinatología. Montes Urales 800. Col. Lomas Virreyes C.P. 11000, México, D.F.
correo electrónico: lartigue@prodigy.net.mx

Recibido: 15 de diciembre de 2003.

Aceptado: 22 de julio de 2004.



Cada vez se percibe con mayor claridad la importancia de las ITS para la salud pública, tanto por la morbilidad y mortalidad que causan, como por el hecho, plenamente demostrado, de que facilitan la transmisión de la infección por el VIH.¹

INTRODUCCIÓN

Las infecciones de transmisión sexual (ITS)—antes llamadas enfermedades de transmisión sexual— designan aquellas infecciones y enfermedades transmitidas por vía sexual, incluyendo sus complicaciones y secuelas. Según el agente causal,² se clasifican en cuatro grandes grupos:

1. Bacterianas: *Treponema pallidum*, *Neisseria gonorrhoeae*, *Chlamydia trachomatis*, *Gardnerella vaginalis*, Micoplasmas (*M. hominis* y *U. urealyticum*), *Haemophilus ducreyiy* *Calymmatobacterium granulomatis*.
2. Virales: Virus de la inmunodeficiencia humana, virus herpes simple, virus del papiloma humano, virus del molusco contagioso, virus de la hepatitis B y C.
3. Micóticas: *Candida albicansy Candida spp.*
4. Parasitarias: *Trichomonas vaginalisy Pediculus pubis*.

Según datos de la Clínica de ITS del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), del periodo de marzo del 2001 a julio de 2002, la candidosis fue la ITS más frecuente con cerca de 40% de los casos, seguida por la condilomatosis 20.7% y la vaginosis bacteriana 19.4% (Tabla 1).

Entre las principales secuelas de las ITS se encuentran: esterilidad masculina o femenina, embarazos ectópicos, cáncer cervicouterino, mortalidad prematura, sífilis congénita, pérdidas fetales, bajo peso al nacer, nacimientos prematuros y *oftalmia neonatorum*, entre otras.³ Las ITS causadas por agentes bacterianos, micóticos y protozoarios se curan en general con antibióticos y agentes quimioterapéuticos apropiados, desde hace más de 40 años. Sin embargo, siguen constituyendo un grave problema de salud pública, tanto en los países industrializados como en los países en desarrollo. A manera de ejemplo, cabe mencionar que a finales del año 2003 existían alrededor del mundo 40 millones de personas (19.2 millones de mujeres) que eran portadoras del VIH/SIDA.⁴

La relación existente entre la psicopatología (trastornos mentales: psiquiátricos y/o de la personalidad) y las ITS/VIH-SIDA se ha estudiado desde cuatro líneas de investigación: la primera línea evalúa la ocurrencia de trastornos de la personalidad previos a la infección por VIH; la segunda línea considera no sólo la psicopatología previa, sino también los eventos estresantes actuales y/o la amplia variedad de estados de ánimo transitorios como el miedo, la fatiga y la depresión; la tercera estudia las reacciones emocionales frente al diagnóstico y evolución de la enfermedad; finalmente, la cuarta línea pretende establecer la prevalencia del SIDA en pacientes psiquiátricos.

Dentro de la primera línea de investigación, es importante resaltar el estudio efectuado por Jacobsberg et al.,⁵ en Estados Unidos de Norteamérica, entre un total de 220 voluntarios para un examen de VIH-SIDA y orientación (*counseling*) y 40 sujetos seropositivos, donde se encontró que los voluntarios VIH positivos diferían de los VIH negativos, en que los primeros tenían una mayor frecuencia de diagnósticos psiquiátricos y de mayor severidad. El trastorno límite o *borderline* de la personalidad fue el diagnóstico más frecuente entre los sujetos VIH positivos (13% de 30) que entre los seronegativos (3% de 136). El análisis estadístico reveló diferencias significativas ($\chi^2 = 4.48$ $p < .03$). Otro hallazgo significativo de esta investigación fue que 42% (de los 62 sujetos con trastornos de la personalidad) y 10% de la muestra total, tenían un solo diagnóstico de personalidad; mientras que casi la mitad de los sujetos con trastornos de la personalidad tenían además otro diagnóstico psiquiátrico. Los autores señalan que la alta tasa de trastornos de la personalidad entre sujetos seropositivos preexistía a su conocimiento de su estatus de VIH-SIDA (ya que este tipo de trastornos se inician en la infancia o adolescencia), por lo que los autores sugieren la existencia de una asociación entre trastorno de la personalidad y el riesgo de tener una infección por VIH-SIDA. Las tasas de trastornos de la personalidad en los sujetos en riesgo por el VIH-SIDA fueron más

Tabla 1
Distribución de los casos según el tipo de infección de transmisión sexual.
Investigación INPer/ CONACYT.
(n = 211)

Agentes patógenos	Enfermedad	No. de pacientes	Porcentaje muestra	Porcentaje INPer*
ITS no virales				
(n = 73)				
<i>Candida albicans o spp</i>	Candidosis vulvovaginal	41 [†]	19.3	39.4
<i>Gardnerella vaginalis</i>	Vaginosis bacteriana	28 [‡]	13.2	19.4
<i>Candida + Gardnerella</i>	Candidosis + vaginosis	4	01.9	14.6
ITS de predominio viral				
(n = 138)				
Virus de papiloma humano	Condilomatosis	76 [§]	35.8	20.7
Virus de inmunodeficiencia ad.	VIH/SIDA	40 [¶]	18.8	
Herpes simple 2	Herpes genital	9 ^{**}	4.2	2.3
<i>Treponema pallidum</i>	Sífilis	4	1.9	2.1
Molusco contagioso	Molusco contagioso	4	1.9	1.1
<i>Trichomona vaginalis</i>	Tricomoniasis	3 ^{††}	1.4	2.9
<i>Chlamydia trachomatis</i>	Clamidiasis	1	0.5	6.9
<i>Ureaplasma urealyticum</i>	Ureaplasmosis	1	0.5	
<i>Mycoplasma hominis</i>	Micoplasmosis			4.8

* Fuente: Clínica de ITS del INPer, marzo del 2001 a julio del 2002 (n = 1,267 pacientes)

† En ocho pacientes el diagnóstico fue únicamente clínico, esto es, en 19%.

‡ En seis pacientes el diagnóstico fue únicamente clínico (21%).

§ Once también padecían otra ITS (27%).

¶ Trece pacientes padecían otra ITS (17%).

** Dos pacientes tenían además candidosis (22%) y una herpes bucal (11%).

†† Dos de las pacientes presentaron también vaginosis bacteriana (66%).

elevadas que las informadas en las muestras de dos comunidades (6% y 9%).⁶

Dentro la segunda línea de investigación, en la cual se considera a la enfermedad como un disruptor de las actividades y del proyecto de vida, se encuentra el metaanálisis efectuado por Scheier y Bridges.⁷ Estos autores analizaron críticamente las investigaciones prospectivas efectuadas hasta el momento y encontraron que la infección por VIH y el SIDA estaba

asociado a variables personales como depresión, pesimismo y fatalismo.

En la tercera línea de investigación, destaca el estudio de Perratta et al.,⁸ en Italia, quienes evaluaron la distribución de los diagnósticos psiquiátricos en diferentes etapas de la enfermedad, en un grupo de 63 mujeres y 27 hombres, admitidos a un centro dedicado al cuidado de pacientes con SIDA, que manifestaron un alto porcentaje de adicción a las



drogas. En la etapa inicial de la enfermedad se informó de altos niveles de síntomas como la ansiedad psíquica y somática; mientras que en las etapas subsecuentes, se encontraron de manera más frecuente trastornos cognoscitivos, retardo motor y desorientación. Cabe señalar que 84% de los pacientes reunieron los criterios diagnósticos de acuerdo con el DSM-III-R. Asimismo, se ha encontrado que el riesgo de presentar un trastorno depresivo es muy alto en los pacientes con infección por VIH/SIDA.⁹

Como ejemplo de la cuarta y última líneas de investigación, se encuentra el estudio realizado por Chandra et al.,¹⁰ en la India, llevado a cabo en 1,200 pacientes psiquiátricos entre los que se identificó un factor de riesgo, motivo por el cual fueron sometidos a un examen de laboratorio: 35 pacientes fueron detectados como seropositivos (3.4%). Todos los casos seropositivos tenía una historia de múltiples parejas sexuales y en tres de ellos había una historia de comorbilidad (abuso de drogas). Los diagnósticos psiquiátricos observados fueron: trastornos de personalidad (34%), dependencia al alcohol (29%), trastorno afectivo bipolar (11.5%), esquizofrenia (11.5%), abuso de sustancias (8.5%) y demencia (7.5%). La comorbilidad de dependencia al alcohol, como segundo diagnóstico, estuvo presente en 85% de los pacientes seropositivos. Ninguno de los pacientes tenía conocimiento de su estatus VIH-SIDA, previo a su admisión. El hallazgo más importante de esta investigación fue la alta prevalencia de dependencia al alcohol y el elevado porcentaje de trastornos de la personalidad.

Blumberg y Dickey¹¹ investigaron la prevalencia de conductas o prácticas de riesgo de VIH en Estados Unidos de Norteamérica, en una muestra de 29,108 de adultos no institucionalizados que padecieran al menos uno de los siguientes tres trastornos psiquiátricos: depresión (ya fuera depresión mayor o trastorno bipolar), trastorno generalizado de ansiedad y ataques de pánico, en los doce meses anteriores a la investigación. Se encontró que los adultos con

cualquiera de los trastornos mentales estudiados (8.8% a nivel nacional), en comparación con los adultos sin trastornos psiquiátricos, se involucraban con mayor facilidad en prácticas de riesgo (5.5% *versus* 1.6%, $p < 0.05$). En este estudio se consideraron como factores de riesgo para desarrollar la infección por VIH: padecer de hemofilia; o a partir de 1980, haber sostenido relaciones homosexuales (hombre a hombre) o haberse inyectado drogas, intercambiado sexo por drogas o por dinero, o ser la pareja de alguien con alguna de estas condiciones. Por otra parte, se encontró evidencia de que los adultos con trastornos mentales reconocían el mayor riesgo que tenían de infectarse por el VIH, por lo que se realizaban un mayor número de exámenes de VIH, que los adultos sin ninguno de los tres trastornos evaluados.

El trabajo que se presenta a continuación pertenece a un proyecto global sobre infecciones de transmisión sexual y trastornos de personalidad,^{12,13} que se ubica en la segunda línea de investigación por lo que el problema central de investigación, puede enunciarse de la siguiente manera: ¿Existe una asociación significativa entre los trastornos mentales y prácticas de alto riesgo, en mujeres embarazadas con diagnóstico de ITS? La hipótesis principal a probar es que en las mujeres embarazadas y sus parejas con un diagnóstico de ITS, habrá una mayor prevalencia de trastornos mentales (psiquiátricos y/o de la personalidad), así como una mayor frecuencia de condiciones de vulnerabilidad y/o conductas y/o prácticas de alto riesgo, que en las embarazadas sin ITS.

Los objetivos específicos de esta parte de la investigación fueron: evaluar la presencia de indicadores de malestar emocional y depresión en un grupo de mujeres embarazadas con ITS, previa determinación de la validez y confiabilidad de los instrumentos empleados.

MATERIAL Y MÉTODO

El modelo de investigación utilizado corresponde al denominado investigación-acción, que se caracteriza por llevar a cabo de manera simultánea, la expansión del conocimiento científico y la colaboración para la

solución de un problema.¹⁴ Se trata de un diseño de investigación de casos y controles, las características del estudio en relación con la temporalidad es retrospectivo y analítico en lo referente al tipo de análisis transversal respecto de la captura de la muestra. Asimismo, el estudio es interdisciplinario (participaron investigadores/as de las siguientes disciplinas: medicina, psicología, psiquiatría, psicoanálisis, psicoterapia, infectología, oncología, epidemiología, bioética, trabajo social, enfermería, actuaría y estudios de género) e interinstitucional (se contó con la colaboración del Instituto Nacional de Perinatología, Asociación Psicoanalítica Mexicana, Facultad de Ciencias y Escuela de Enfermería de la UNAM, Universidad Autónoma Metropolitana, Universidad de la Ciudad de México y Comisión Nacional para el Genoma Humano). Además, en la investigación se combinaron metodologías cuantitativas (cuestionarios, encuestas, escalas) y cualitativas (entrevistas clínicas estructuradas y psicodinámicas, historias clínicas y/o de vida). Por último, el protocolo fue aprobado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT), así como por los Comités de Ética e Investigación del Instituto Nacional de Perinatología.

Cabe señalar que en la carta de consentimiento informado, se explicaba a los participantes que las entrevistas clínicas serían audiograbadas; lo anterior con la finalidad de que un psiquiatra experto en la clasificación diagnóstica de los trastornos mentales del DSM-IV¹⁵ —que desconocía a los sujetos de la investigación— (investigación ciega) tuviera la posibilidad de confirmar o no, de manera independiente, el diagnóstico psiquiátrico.

La muestra fue no probabilística, intencional, consecutiva y autoseleccionada por consentimiento informado por escrito. Los criterios de inclusión fueron: acudir a control prenatal al INPer, contar con entre 18 y 43 años de edad, cursar entre la semana 16 y 35 de gestación, vivir en el área metropolitana, saber leer y escribir y con pareja. Los criterios de exclusión fueron: tener diagnóstico de psicosis, de síndrome orgánico cerebral y cursar con un embarazo gemelar.

Evaluación de las ITS

Se efectuó a través del Laboratorio de la Clínica de Infecciones de Transmisión Sexual del INPer y de los exámenes clínicos pertinentes. Los principales exámenes de laboratorio fueron los siguientes: cultivo de exudado vaginal; búsqueda especial de *Chlamydia trachomatis* y micoplasmas; el Veneral Disease Research Laboratories (VDRL); la prueba Treponémica específica (Fluorescent treponemal antibody absorption test, FTA-As); la prueba de anticuerpos de Virus Herpes I y II (VHS); la determinación del virus de papiloma humano (mediante la biopsia de cervix en los casos sospechosos de VPH); y las pruebas para la búsqueda del virus de inmunodeficiencia humana (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay (ELISA) y Western Blot). En el grupo de casos, los exámenes de laboratorio confirmaron la presencia de un patógeno involucrado en una infección de transmisión sexual, o bien que la pareja sexual era VIH positivo. En los controles, por el contrario, los resultados de laboratorio fueron negativos respecto de cualquier infección sexual. A los compañeros sexuales se les exploró clínicamente y se les realizaron exámenes pertinentes en caso de sospecha de infección.

Se consultaron los expedientes clínicos del INPer, de los cuales se extrajeron, además de los resultados del Laboratorio de ITS, datos relativos a la clasificación del nivel socioeconómico, antecedentes ginecoobstétricos, complicaciones y tratamientos recibidos durante la gestación.

La división de los casos se efectuó con base en el tipo de agente patógeno involucrado, conformándose dos subgrupos: en el primero se encontraban las mujeres que presentaban una ITS de predominio viral (principalmente por VPH o VIH), que se caracterizan por ser infecciones que ponen en riesgo la vida y cuyo tratamiento y diagnóstico oportunos son necesarios para mejorar la calidad de vida de las pacientes, ya que para la infección por VIH aún no existe una cura definitiva. En el segundo subgrupo, se consideró como caso a las infecciones producidas por un hongo (*Candida*) o por una bacteria (*Gardnerella vaginalis*). Al respecto, subsiste el debate sobre si estas entidades son o



no infecciones de transmisión sexual; sin embargo, algunos autores las clasifican dentro del rubro de ITS).¹⁶

Evaluación de prácticas de riesgo y redes sexuales

Se construyó un Inventario de Prácticas de Riesgo y Redes Sexuales (IPRRS) a partir de tres instrumentos:

1. Redes sexuales, diseñado por UNAIDS,¹⁷ adaptado para la población del INPer por Alma Nava y Héctor Ávila.
2. Historia de Riesgo para VIH, elaborado por la Asociación Médica Americana¹⁸ (los dos instrumentos fueron utilizados previa autorización de los autores).
3. La encuesta de indicadores sociodemográficos y de salud denominada Censo y Estructura de Hogar e Historia Reproductiva, validada en dos estudios de cohorte perinatal en el INPer.¹⁹⁻²⁰ Por su parte, Donís construyó el Instrumento de valoración del autocuidado en ITS, que comprende preguntas del IPRRS, así como reactivos directamente relacionados con el conocimiento y cuidado de las ITS, el cual aplicó a una submuestra de 50 mujeres.²¹

Evaluación diagnóstica (psiquiátrica y psicodinámica)

Con el fin de contar con un diagnóstico multiaxial de los trastornos mentales, conforme al Manual de Clasificación de la Asociación Psiquiátrica Americana¹⁵ se aplicaron los siguientes instrumentos:

1. Cuestionario de la Entrevista Clínica Estructurada para los Trastornos de la Personalidad del eje II del DSM-IV (SCID-II Q, por sus siglas en inglés) diseñado por First et al.²²
2. Entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV, SCID-II diseñada por los mismos autores.²³
3. Entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV, versión clínica.²⁴

4. Entrevista clínica psicodinámica²⁵ con énfasis en los factores de riesgo vinculados a los trastornos de personalidad y/o psiquiátricos, a través de la cual se elaboró la historia clínica²⁶ o la historia de vida.²⁷
5. Inventario de Orientación de la Personalidad (IPO, por sus siglas en inglés) elaborado por Clarkin, Foelsch y Kernberg,^{28,29} previa autorización de los autores, el cual brinda información acerca del nivel de organización de la personalidad a través de tres escalas primarias: mecanismos defensivos, difusión de identidad y prueba de realidad y cuatro secundarias: valores morales, agresión, narcisismo y antisocial (la versión empleada fue la del año 2000-2002).³⁰
6. Cuestionario General de Salud (GHQ-30, por sus siglas en inglés) de Goldberg,³¹ en la versión de 30 reactivos, adaptada para México por Medina Mora et al.³² y validada para la población del INPer.³³ Para identificar los diferentes síntomas de malestar emocional experimentados por las mujeres en los quince días anteriores a la aplicación de los instrumentos diagnósticos. Se calificó de acuerdo con el sistema de cero para las opciones de mejor o igual que antes y de uno para las de peor o mucho peor que antes (puntuación máxima de 30).
7. Escala de Depresión Perinatal de Edinburg (EPDS, por sus siglas en inglés), diseñada por Cox, Holden y Sagovsky,³⁴ validada para la población del INPer³⁵ (15 días anteriores a su aplicación). Se calificó con el sistema propuesto por los autores (0, 1, 2 y 3) que da una puntuación máxima de treinta; Murray y Cox,³⁶ Areias et al.,³⁷ y Green³⁸ la han utilizado en la gestación.
8. Instrumento no verbal de inteligencia BETA II- Revisado, elaborado por Kellogg y Morton.³⁹ Debido a que la presencia de discapacidad mental se ha considerado como un factor de riesgo para la adquisición de infecciones de transmisión sexual, se aplicó este instrumento que permite determinar el coeficiente intelectual independientemente del nivel de escolaridad de la persona.

9. Entrevista de Apego Adulto (AAI, por sus siglas en inglés) de George, Solomon y Main,⁴⁰ la cual se aplicó a una tercera parte de la muestra por un investigador certificado. Con este instrumento, se deseaba profundizar en los estados mentales de las embarazadas con relación al sistema de apego.

Procedimiento

La captura de la muestra se llevó a cabo del 1° abril de 2000 al 30 de julio de 2002. Durante el primer año se pidió la colaboración del Departamento de Consulta Externa y se invitó a participar a las embarazadas y a sus parejas, en las salas de espera. Una vez que ellas aceptaban participar libre e informadamente y firmaban la carta de consentimiento informado, se les canalizaba a la Clínica de Infecciones de Transmisión Sexual, donde se le practicaban los exámenes clínicos y de laboratorio correspondientes de manera gratuita. Es importante mencionar que los estudios diagnósticos psicológicos y psiquiátricos se efectuaron en el Departamento de Epidemiología Reproductiva del INPer de manera independiente, a ciegas de los resultados obtenidos en el Laboratorio de la Clínica de ITS y/o del Servicio de Oncología. Se estableció una muestra de 150 mujeres con ITS y 150 mujeres sin ITS, calculando veinte por ciento de deserción.

En el segundo año de captación de la muestra, se realizó una primera evaluación de los datos arrojados por el Laboratorio de la Clínica de ITS y se encontró que de las personas captadas durante el primer año, la mayoría se ubicaba en el grupo control, o bien los agentes patógenos eran principalmente *Candida albicans* y *Gardnerella vaginalis*. Por este motivo, se solicitó también la colaboración directa de los Departamentos de Oncología y de Infectología, con el objetivo de poder incluir en el estudio a un mayor número de mujeres con infección por el virus del papiloma humano o por el virus de la inmunodeficiencia humana. Cabe señalar que la mayoría de las mujeres VIH positivas, conocían su diagnóstico previamente (debido

a que éste fue el motivo por el cual fueron canalizadas al INPer), pero no ocurría lo mismo con las mujeres con VPH, por lo que continuó a ciegas la evaluación diagnóstica psiquiátrica, al igual que la del Inventario de Prácticas de Riesgo y Redes Sexuales.

A las pacientes y a sus parejas, después de aceptar participar, se les comunicó que se les proporcionaría un apoyo económico de \$50.00 para el transporte de su hogar al INPer y viceversa (cuando tuvieran que acudir exclusivamente al INPer para la aplicación de la batería de pruebas psicológicas y entrevistas clínicas).

El análisis estadístico relativo a la validez concurrente del GHQ y la EPDS, se llevó a cabo a través de los coeficientes de correlación, tanto de Spearman como de Pearson (con fines de comparación con estudios de validación realizados en otros países). La validez de constructo de los dos instrumentos de tamizaje se efectuó a través del análisis factorial (componentes principales con rotación varimax). La confiabilidad, definida como consistencia interna, se obtuvo mediante el método de universo de *items* del alfa de Cronbach.⁴¹ La comparación entre las medias de los puntajes obtenidos en las dos pruebas psicométricas, se realizó mediante la prueba estadística de la *t* de *Student* para muestras independientes (grupos de ITS/VIH-SIDA vs. el grupo sin ITS), con un nivel de probabilidad inferior a 0.05 y con un intervalo de confianza de 95%. Se empleó el Paquete Estadístico de Ciencias Sociales, versión 10.0 para el análisis de los datos.⁴²

Se presentan a continuación los datos relativos a la conformación de la muestra según el tipo de agentes patógenos, así como lo relacionado con la validez, confiabilidad y las diferencias obtenidas entre las medias logradas en la calificación de las pruebas. Los datos relativos a los otros instrumentos se presentarán en artículos posteriores.

RESULTADOS

Un total de 392 mujeres embarazadas y 181 hombres aceptaron, de manera libre e informada participar en la investigación. De



las pacientes elegibles captadas en la Consulta Externa, 15% rehusó la invitación a participar, mientras que de las del Departamento de Oncología, 10% declinó participar; por su parte, de las participantes del protocolo de VIH/SIDA del Departamento de Infectología, 10% no aceptó. De acuerdo con los resultados obtenidos en el Laboratorio de la Clínica de ITS, se asignaron al grupo control 181 mujeres (en virtud de que no se encontró ninguna evidencia de ITS). Los 211 casos se agruparon como aparece en la tabla 1, encontrándose el problema de infecciones mixtas o de sinergia y sincronismo de las distintas ITS (Tabla 1).

Cabe hacer notar que 7.6% de las participantes (30 mujeres) abandonó la investigación después haber otorgado su consentimiento por escrito. La principal razón fue, al parecer, la negativa de la pareja para que ellas participaran. De las 362 restantes, respondieron en su mayoría (350) el GHQ y la EPDS (que se caracterizan por ser pruebas de autoinforme y por la facilidad y rapidez con que se completan); once mujeres respondieron únicamente una de las dos; y una mujer se eliminó, debido a que dejó sin contestar la mitad de los reactivos del GHQ. A medida

que se requirió de mayor tiempo para la realización de las entrevistas clínicas estructuradas, 81 mujeres decidieron también retirarse de la investigación. El porcentaje total de deserción fue de 34.6 (cifra mayor a la esperada que era de 20%), las razones esgrimidas por las pacientes para no continuar fueron el tiempo de traslado al Instituto, no disponer de tiempo suficiente debido al trabajo, la falta de ayuda para el cuidado de los otros hijos/as, malestar físico, etc. Sin embargo, como se muestra en la tabla 2 se mantuvieron casi las mismas proporciones por grupo de agentes patógenos. Esto es, no desertaron de un grupo específico en particular (Tabla 2).

Las principales limitaciones de la investigación tienen que ver con el hecho de que no todas las pacientes lograron responder todos los instrumentos empleados (por lo que el tamaño de la muestra varió de acuerdo con el instrumento aplicado). Asimismo, la inclusión de seis mujeres de 17 años (dos en cada grupo, previo consentimiento de sus padres o tutores). Una tercera limitación fue que únicamente 46% de las parejas aceptaron participar en la investigación.

Tabla 2
Frecuencias y proporciones de aceptación, abandono y permanencia de la investigación.
Investigación CONACYT/INPer
(n = 392)

	Permanencia	Proporciones	Abandono parcial	Abandono total	Total Acept	Proporciones
Controles	115	0.412	51	15	181	0.461
ITS (No virales) Gardnerella ^{y/o} Candida	61	0.218	8	4	73	0.186
ITS (Pred. viral)						
VPH	56	0.200	13	7	76	0.193
VIH	30	0.107	7	3	40	0.102
Otras ITS	17	0.060	4	1	22	0.056
Total	279		83	30	392	

Se seleccionaron el GHQ y la EPDS para esta primera comunicación, en virtud de que ambos instrumentos fueron diseñados para detectar en pocos minutos síntomas de malestar emocional, y/o, probables trastornos psiquiátricos del Eje I del DSM-IV —excluyendo las psicosis— (valores mayores a 22) y/o la depresión (probable episodio depresivo mayor a 13). Padecimientos que se han asociado con padecer una ITS, la cual puede poner en riesgo la vida. Ambas pruebas presentaron un grado de asociación importante, lo que se considera un indicador de validez concurrente: los coeficientes de correlación obtenidos fueron estadísticamente significativos (rho de Pearson 0.628; $p < 0.000$ y de Spearman de 0.547, con el mismo nivel de significancia) en las 350 mujeres que respondieron las dos pruebas de manera completa.

En la tabla 3 se presentan los datos relativos a la validez de constructo del GHQ para la muestra de 356 mujeres, a través del análisis factorial (componentes principales con rotación Varimax). Un primer análisis identificó seis componentes que explicaron 59.2% de la varianza total, sin embargo, al obtener la consistencia interna por factor (a través del alfa de Cronbach) no se logró alcanzar en todos un coeficiente superior a 0.75, por lo que se repitió el procedimiento con cinco y cuatro componentes principales. Al final se seleccionó el de cuatro componentes, que explicó 51.4% de la varianza total. Los factores fueron fácilmente identificables en la medida que se fueron agrupando, por lo que fue posible construir cuatro subescalas: la primera corresponde al factor 1, relativo a síntomas de depresión/ansiedad; la segunda subescala relacionada con síntomas de inadecuación personal o de disfunción social; la tercera a síntomas somáticos combinados con irritabilidad, miedo y tristeza; y, la cuarta a trastornos del sueño (Tabla 3).

Como puede observarse en la tabla 3, sólo un reactivo, el 6, que indaga acerca de si la mujer tenía escalofríos o bochornos, tuvo una carga factorial inferior (.282). Este reactivo inicialmente se encontraba en el factor 4, pero si se eliminaba este reactivo se incrementaba

la consistencia del mismo de 0.79 a 0.842, por lo que se trasladó al 3, lo cual no afectó la consistencia. Su baja carga factorial puede deberse a que los bochornos no ocurren en el embarazo, sino que constituyen un síntoma general, más relacionado con la perimenopausia y los escalofríos, que preceden por lo general a una temperatura corporal elevada. Los 29 reactivos restantes se ubicaron por arriba de .400, tres de ellos con una carga superior a .800, como los reactivos 10 y 11, relativos a dificultades para dormir, y el 30 que explora la ideación suicida (criterios 4 y 9 del episodio depresivo mayor¹⁵). En síntesis, la consistencia interna global del instrumento puede considerarse como excelente (0.911): de las cuatro subescalas, la primera que tuvo mayor consistencia interna fue la de depresión/ansiedad (0.876); seguida por la de trastornos del sueño (0.842).

Al comparar las medias del puntaje global del GHQ del grupo control ($n = 163$) con las del grupo de ITS de predominio viral ($n = 125$), no se observaron diferencias significativas (6.8 *versus* 7.8). En la comparación de las medias por factores, se obtuvo una diferencia significativa en el uno, relativo a depresión/ansiedad (1.1 *vs.* 1.6, $p < 0.047$; IC 95%: -0.427 a -0.093), donde el grupo control obtuvo los puntajes más bajos.

En la comparación por reactivos se obtuvieron diferencias significativas en el 22, que explora si la mujer se ha sentido triste o deprimida ($p < 0.002$; IC 95%: -0.585 a -0.130). Así como en las tres preguntas relativas a ideación suicida: reactivo 27 ¿ha pensado en la posibilidad de quitarse la vida? ($p < 0.004$; IC 95%: -0.427 a -0.093); reactivo 29 ¿ha deseado estar muerta y lejos de todos? ($p < 0.035$; IC 95%: -0.349 a -0.021); y, reactivo 30 ¿ha notado que la idea de quitarse la vida le viene repetidamente a la cabeza? ($p < 0.000$; IC 95%: -0.548 a -0.188). Los puntajes más bajos se observaron en el grupo control, que el grupo de ITS de origen viral.

Al comparar las medias del grupo control, con las del grupo de ITS por hongos o bacterias ($n = 68$), no se observaron diferencias significativas, ni en la suma global del GHQ (6.8 *vs.* 7.3; mediana 5 y 6.5) ni tampoco por



Tabla 3
Análisis factorial con Rotación Varimax y consistencia interna del Cuestionario General de Salud (GHQ) en mujeres embarazadas con y sin ITS
(n = 356)

	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4	
Valores Eigen	8.804	3.202	1.883	1.535	
Porcentaje de varianza	29.345	10.672	6.276	5.118	
Carga factorial	Depresión/ ansiedad	Inadecuación personal	Síntomas somáticos	Trastornos del sueño	
1 Sentido bien /buena salud			.507		
2 Agotada /sin fuerzas			.532		
3 Sensación de enfermedad			.623		
4 Dolores de cabeza			.795		
5 Pesadez de cabeza			.754		
6 Escalofríos o bochornos			.284		
7 Despierta /no volver a dormir				.680	
8 Llena de vida /energía			.454		
9 Dificultad dormir				.819	
10 Dormir de jalón toda la noche				.860	
11 Noches inquietas /intranquilo				.791	
12 Hace las cosas bien		.581			
13 Sentido satisfecha		.644			
14 Siente cariño y afecto		.650			
15 Se lleva bien		.633			
16 Juega papel útil en la vida		.594			
17 Capaz tomar decisiones		.581			
18 Incapaz resolver problemas	.402				
19 Disfruta actividades diarias		.605			
20 Irritada /de mal humor			.472		
21 Asustada /miedo			.445		
22 Triste /deprimida			.416		
23 Pérdida de confianza en sí misma	.623				
24 No valer nada	.733				
25 No esperar nada de la vida	.706				
26 Nerviosa /a punto de estallar	.526				
27 Posibilidad de quitarse la vida	.797				
28 No poder hacer nada por nervios	.491				
29 Desear estar muerta	.777				
30 Idea quitarse la vida repetidamente	.805				
	Global	Factor 1	Factor 2	Factor 3	Factor 4
Alfa de Cronbach	0.911	0.876	0.789	0.826	0.842
Alfa estandarizado	0.913	0.881	0.791	0.829	0.841

Tabla 4
Análisis factorial con Rotación Varimax y consistencia interna de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS) en mujeres embarazadas con y sin ITS
(n = 354)

		Factor 1	Factor 2
Valores Eigen		4.276	1.097
Porcentaje de varianza		42.760	10.968
Carga factorial		Depresión /ansiedad	Displacer /ideación suicida
1 He podido reírme /chistoso			.794
2 Anticipar con gusto			.814
3 Culpado innecesariamente		.703	
4 Angustiada /preocupada		.755	
5 Asustada /con miedo		.774	
6 Rebasada /fuera de control		.480	
7 Infeliz /problemas para dormir		.548	
8 Triste /desgraciada		.662	
9 Triste /llanto		.652	
10 Hacerme daño			.537
	Global	Factor 1	Factor 2
Alfa de Cronbach	0.847	0.828	0.648
Alfa estandarizado	0.848	0.829	0.646

factores. La única diferencia estadísticamente significativa se obtuvo en el reactivo 5 ($p < .016$; IC 95%: 0.029 a 0.588) que pregunta si la persona ha tenido pesadez en la cabeza o la sensación de que la cabeza le va a estallar, donde el grupo control obtuvo los puntajes más altos.

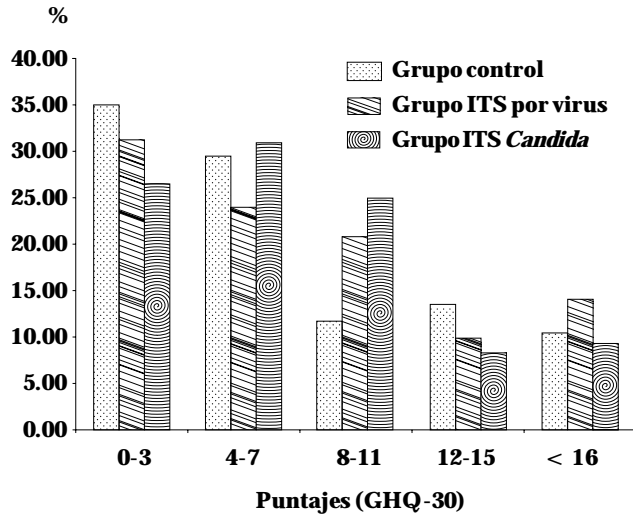
La distribución de los puntajes obtenidos en el grupo control y la de los dos grupos de ITS, se muestra en la figura 1. Se observa que el grupo de ITS de predominio viral tiene un porcentaje más alto de mujeres con puntuaciones iguales o mayores a 16 puntos (indicador de un severo malestar emocional o psicológico). La prevalencia de malestar emocional (obtenida mediante un punto de corte de 7/8) fue: en el grupo control de 35.6%; en el grupo de ITS virales de 44.8%; en el de ITS por *Candida* o *Gardnerella* de 42.6%.; por

último, la prevalencia en la muestra global fue de 40.2% (Figura 1).

Respecto del análisis factorial con rotación Varimax de la EPDS, en la tabla 4 se muestran los dos factores obtenidos que explican 53.7% de la varianza total. El factor uno agrupó los reactivos 3 al 9 relacionados con sentimientos de culpa, angustia, susto, infelicidad, tristeza; el mismo tipo de subescala que en el factor 1 del GHQ que combina síntomas de depresión y ansiedad, con la diferencia que aquí se excluye el reactivo 10 que explora la ideación suicida. El factor dos se conformó con los reactivos 1, 2 y 10, cuyo alfa de Cronbach está por debajo de lo esperado, no así los coeficientes para la escala total y para el factor uno que son satisfactorios. Probablemente el problema principal del factor dos, esté relacionado con el hecho de que el reactivo 10 que dice: "He



Figura 1
Distribución de los puntajes obtenidos en el
Cuestionario General de Salud en mujeres
embarazadas
(n = 356)



pensado en hacerme daño” por lo general se respondía con la opción de “Nunca” (Green).³⁸ En esta muestra, 288 participantes respondieron en esta dirección (alternativa que se califica con cero).

Al analizar las medias en el puntaje global del EPDS del grupo control (n = 163) en comparación con las medias del grupo de ITS de predominio viral (n = 123) se obtuvo una diferencia estadísticamente significativa (9.7 *versus* 11.3, p < 0.016; IC 95%: -2.889 a -0.293), donde el grupo control obtuvo puntajes más bajos, al igual que cuando se hace la comparación por factores: tanto en el uno (8.36 *vs.* 9.64, p < 0.016; IC 95%: -2.335 a -0.238); como en el dos (1.31 *vs.* 1.70, p < 0.038; IC 95%: -0.751 a -0.021).

En el análisis por reactivos se obtuvieron diferencias significativas: en el 7 “He estado tan infeliz que he tenido problemas al dormir” (p < .010; IC 95%: -0.515 a -0.077); 8 “Me he sentido triste o desgraciada” (p < .002, IC 95%: -0.574 a -0.130); 9 “Me he sentido tan triste que he llorado” (p < .010; IC 95%: -0.429 a -0.065) y 10 relativo a pensar en hacerse daño (p < .004; IC 95%: -0.410 a -0.092), habiendo obtenido el grupo control puntajes

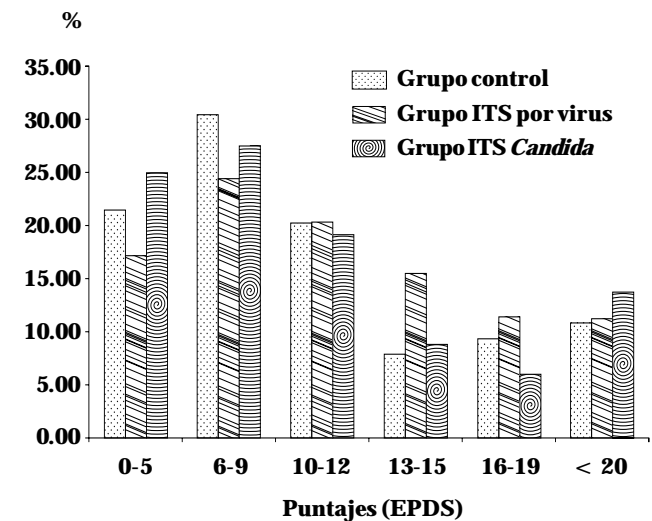
más bajos. En la comparación con el grupo de ITS por hongos y bacterias (n = 68), no se encontró ninguna diferencia significativa en el puntaje global del EPDS (9.67 *vs.* 9.93), ni por factor ni por reactivo.

En la figura 2 se muestra la distribución de los puntajes del grupo control y la de los grupos de ITS, en la cual se aprecia que las mujeres del grupo de ITS con predominio viral obtuvieron mayores porcentajes en puntajes (entre 13 y 19); mientras que las del grupo de ITS por *Candida* y/o *Gardnerella*, se observaron puntajes iguales o mayores a 20. La prevalencia de un probable episodio depresivo (con un punto de corte 12/13) fue: en el grupo control de 28%; en el de casos con ITS de predominio viral de 38.1%; y en el grupo con ITS por hongos o bacterias de 28.4%; en la muestra global la prevalencia fue de 29.4%.

DISCUSIÓN

En la muestra estudiada, ambas pruebas psicométricas agruparon en un mismo factor de reactivos con síntomas de ansiedad y de depresión. Cabe señalar que en una investigación realizada en el Hospital General de Leicester (Inglaterra) donde se estudiaron

Figura 2
Distribución de los puntajes obtenidos en la
Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo
en mujeres embarazadas
(n = 354)



a 209 mujeres que cursaban entre las semanas 12 y 20 de gestación, se encontró que una respuesta afirmativa en cualquiera de los seis reactivos indicadores de depresión, en una versión modificada del GHQ-D, fue el mejor predictor de la depresión posnatal.⁴³ Resultados similares fueron encontrados por Josefsson et al.,⁴⁴ quienes aplicaron la EPDS a 1,558 mujeres en Suecia en un estudio longitudinal realizado entre la semanas 35-36 de gestación, en el hospital (1-5 días después del parto), en la exploración médica de rutina (seis-ocho semanas posparto) y a los seis meses. El hallazgo principal fue la correlación existente entre los síntomas de depresión durante este periodo tardío de la gestación con la depresión posparto (Spearman $r = 0.50$; $p < 0.001$); un resultado semejante se obtuvo en el estudio de validación anterior del EPDS en el INPer ($r = 0.625$, $p < 0.001$).³⁵ Cabe hacer notar que en esta muestra de 354 gestantes, los factores se agruparon de manera diferente a esta investigación,³⁵ lo cual podría deberse a la presencia de ITS originadas por virus que ponen en peligro la vida, donde la amenaza de muerte incrementa los sentimientos depresivos y ansiosos.

En el posparto existen más de veinte estudios de validación del EPDS. Eberhard-Gran et al. realizaron un metaanálisis de 18 estudios efectuados entre 1987 y 2000, el tipo de diseño varió entre los diversos estudios, así como en el tiempo de aplicación (desde el cuarto día posparto, hasta seis meses después). Se ha reportado una sensibilidad entre 65-100% y una especificidad entre 49-100%, mientras que los puntos de corte para establecer el diagnóstico de probable caso de depresión oscilan desde 8/9 hasta 12/13.⁴⁵ Un estudio realizado en Katmandú, con un punto de corte 12/13, realizado en 100 mujeres en el segundo o tercer mes posparto, mostró una sensibilidad de 100%, especificidad de 92.6% y un valor predictivo positivo de 41.6%.⁴⁶ Cabe hacer notar que el EPDS se ha empleado también para investigar las diferencias de los factores asociados a la depresión posparto entre diferentes culturas (por ejemplo, entre mujeres del Reino Unido y Taiwán).⁴⁷

Las diferencias significativas encontradas en el factor uno de depresión/ansiedad y más específicamente, en los tres reactivos del Cuestionario General de Salud (GHQ), que indagan acerca de la posibilidad o la idea de quitarse la vida, o de estar muerta y alejada de todas las demás personas; así como en el reactivo 22, relativo a experimentar sentimientos de tristeza y depresión, en los cuales el grupo de ITS con predominio viral obtuvo puntajes más elevados que el grupo control, llevan a pensar en la probabilidad de que las mujeres con ITS de predominio viral padezcan de un cuadro de depresión clínica. Apuntan en la misma dirección las diferencias significativas obtenidas en los dos factores de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), especialmente en los reactivos 7, 8, 9 y 10 de la Escala. Estos hallazgos concuerdan con los datos de un estudio multicéntrico llevado a cabo en EUA, que reveló elevadas tasas de depresión (60%), trastorno distímico (25%) y trastornos de ansiedad (25%) en las personas que acudían a servicios de salud mental relacionados con el VIH.⁴⁸ Cabe hacer notar que los trastornos emocionales encontrados en personas con infección por VIH, precedían a la aparición de la infección, o bien, ocurrían durante el curso de la enfermedad, sin que fueran necesariamente atribuibles al efecto neuropático del VIH. Otro estudio realizado en el mismo país reportó que la presencia de depresión estaba asociada a tiempos más cortos de supervivencia en un grupo de varones infectados con VIH. La presencia de trastornos mentales generalmente está relacionada con un peor funcionamiento global, una peor calidad de vida, así como con un aumento de la utilización de los servicios hospitalarios vinculados con el VIH.⁴⁸

La prevalencia de 38.1% de un probable episodio depresivo encontrada en los casos de predominio viral, es superior a la informada en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México (realizada en el año de 1999 en 1,306 mujeres), que fue de 2.3% a 4.5% "alguna vez en la vida" y de 0.5% a 0.8% en "el último mes".⁴⁹ La prevalencia de cualquier trastorno afectivo "alguna vez" fue



de 11.2% y “en el último mes” de 2.4%; de cualquier trastorno “alguna vez” fue de 27.1% y “en el último mes” de 6.5%. Cabe señalar que las personas sin trastornos mentales informan una prevalencia de uso de cualquier servicio de salud de 2.9%, mientras que las que manifestaron un trastorno según la Clasificación Internacional de Enfermedades (ICD-10), la prevalencia aumentó a 11.7%, y con dos trastornos a 19.4%. Por entidad específica, se observó que el episodio depresivo mayor ocupó el tercer lugar con una prevalencia de 21.8% en el uso de cualquier servicio de salud (el primer lugar fue el déficit de atención con 44.1% y el segundo, el trastorno de pánico con 28.8%).⁴⁹

Sería importante llevar a cabo intervenciones preventivas durante la gestación con el fin de disminuir la depresión posnatal y aumentar las posibilidades de supervivencia de las pacientes con ITS de predominio viral. Cabe señalar que se ofreció a las pacientes con depresión (o con cualquiera otra problemática psicológica) ocho sesiones de psicoterapia breve en el Departamento de Epidemiología Reproductiva, lamentablemente la mayoría no aceptó, por lo que habría que diseñar diferentes estrategias para hacer llegar a esta población las diversas propuestas de intervención existentes durante la gestación (Hayes et al.).⁵⁰ Por su parte, O'Connor,⁵¹ al igual que Field,^{52,53} destacan la importancia de estas intervenciones no sólo para la recuperación de la salud mental de las futuras madres, sino también para prevenir problemas emocionales y conductuales en sus hijos/as. Una opción para la reducción de los síntomas de depresión en personas adultas, ha sido propuesta por Bellak y Small,⁵⁴ así como por Lara,⁵⁵ Bleichmar,⁵⁶ y la UNAM.⁵⁷

En conclusión, en este estudio de validación realizado en mujeres embarazadas, ambas pruebas reunieron los criterios psicométricos requeridos de validez concurrente, de constructo y confiabilidad (consistencia interna), por lo que se recomienda su aplicación durante la gestación; inclusive, se pueden utilizar para monitorear el bienestar o malestar emocional durante este periodo crítico del ciclo vital femenino. En caso de

obtener una puntuación elevada, se podría canalizar a la gestante a un especialista en salud mental con el objetivo de confirmar o no la presencia de una depresión clínica, acompañada o no, de un trastorno de ansiedad o, de otro padecimiento psiquiátrico y de brindarle el tratamiento idóneo.

Se confirma también que las mujeres con infecciones de transmisión sexual de predominio viral (específicamente por el virus de papiloma humano o el virus de inmunodeficiencia adquirida, o el virus del herpes simple 2 o el virus de molusco contagioso), en comparación con las mujeres sin ITS, manifestaron haber experimentado (durante los quince días anteriores a la aplicación de los instrumentos) los siguientes síntomas: sentimientos de tristeza, depresión, desgracia, infelicidad que les ocasiona problemas al dormir, haber llorado y haber pensado en hacerse daño a sí mismas. Asimismo, haber pensado en la posibilidad de quitarse la vida, desear estar muertas y lejos de todos y resaltar que la idea de quitarse la vida les viene repetidamente a la cabeza.

Se reitera la necesidad de implementar actividades de detección y tratamiento oportuno de la depresión en las clínicas y hospitales que ofrecen Programas de Salud Sexual y Reproductiva, así como la integración de los Servicios de ITS/VIH/SIDA a dichos programas,⁵⁸ la evaluación prenatal del VIH⁵⁹ y la canalización de las pacientes infectadas por VIH para su necesaria atención psicológica.^{60,61}

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos profundamente las facilidades y el apoyo brindados por el Dr. Francisco Cabral, Jefe del Departamento de Consulta Externa del INPer, así como a los doctores Laura Figueroa y Ricardo Figueroa en el proceso de captación de la muestra, así como a la Lic. Catalina Guerrero, Jefa de la Biblioteca “Dr. Luis Castelazo Ayala”, por la exhaustiva búsqueda bibliográfica. De igual manera extendemos nuestra gratitud a la psicóloga Yasmín Domínguez, por su colaboración en el análisis estadístico de los

datos; a la investigadora Itzel González por su participación en la realización de los estudios diagnósticos de las pacientes, así como por la captura de la base de datos. A los becarios del CONACYT: Martha Pérez Calderón, Patricia Dávila, Antonio Mendizábal, Lizbeth Ramírez, Isis Bonequi y Laura Ramírez, por la realización de los estudios de diagnóstico psicológico y psiquiátrico; a Corina Donís, por la ayuda brindada al Dr. Gerardo Casanova y por la revisión de los expedientes clínicos, así como a Gerardo Vázquez por el diseño del sistema de calificación de las pruebas psicométricas por computadora. El control de calidad de la investigación estuvo a cargo del Dr. Héctor Ávila Rosas y el cuidado de los aspectos éticos bajo la asesoría de la Dra. Dafna Feinholz. La capacitación y supervisión de los estudios de diagnóstico psiquiátrico y

psicodinámico fueron realizadas por los doctores Juan Vives y David López; la evaluación de las audiograbaciones por el Dr. Miguel Ángel Solano. La Lic. Alma Nava se hizo cargo de la parte de la investigación relativa a las prácticas de riesgo. El seguimiento de una tercera parte de la muestra fue realizado por los investigadores Armado Córdova, Mónica Vázquez, Delia de la Cerda y Raquel Bukrinski; la licenciada en enfermería Bernarda Sánchez estuvo a cargo de la actualización del personal de enfermería en la prevención y manejo de las ITS. Nuestro agradecimiento a la Sra. Beatriz Palomares, secretaria del Departamento de Epidemiología Re-productiva, por su ayuda en la captura de las tablas y referencias bibliográficas, así como a los dictaminadores de la *Revista de Perinatología y Reproducción Humana* por sus valiosos comentarios.

ABSTRACT

Objective: To evaluate the presence of indicators of emotional distress and depression in a group of pregnant women with sexually transmitted infections (STI) and to determine the validity and reliability of the General Health Questionnaire (GHQ-30) and of the Edinburgh Perinatal Depression Scale (EPDS).

Material and methods: Cases (women with an STI, predominantly viral or mycotic) and controls (women without an STI) research, performed from 2000 to 2002 in a third level of attention institution, with an intentional, consecutive and autoselected, through informed consent, sample of 350 pregnant women.

Results: Concurrent validity: the correlation coefficients of the GHQ and the EPDS (0.628 y 0.547) showed a significant association. Conceptual Validity GHQ: four components explained the 51.41% of the total variance. Internal consistency: Cronbach's alpha of 0.911 on the global scale and by factor between 0.876 and 0.789. Significant differences were found in factor 1 by comparing the means of the control group with the ones from the predominantly viral STI cases. EPDS: Two main components explained the 53.738% of total variance; the global Cronbach's alpha was of 0.847 and by factor of 0.828 and 0.648. Significant differences were obtained by comparing the control group with the predominantly viral STI cases group.

Conclusions: Both instruments gather the psychometric characteristics required to be applied during gestation; women with an STI by HPV or HIV mentioned that they had a larger number of depression symptoms in comparison to women without a STI.

KEY WORDS: *Pregnancy, sexually transmitted infections, depression, emotional distress.*



REFERENCIAS

1. ONUSIDA/OMS. Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Geneva, Switzerland: 1997.
2. Casanova G, Figueroa R, Ortiz J. Enfermedades de transmisión sexual. En: Ortiz J (ed.). Manual clínico de infectología. México: Ciencia y Cultura Latinoamericana; 1997, p. 103-14.
3. ONUSIDA. Prevención de la transmisión materno infantil del VIH. Opciones estratégicas. Ginebra. Geneva, Switzerland: Organización Mundial de la Salud; 1999.
4. ONUSIDA. Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA, diciembre. Organización Mundial de la Salud; 2003.
5. Jacobsberg L, Frances A, Perry S. Axis II diagnoses among volunteers for HIV testing and counseling. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1222-4.
6. Samuels JF, Nestadt G, Romanoski AJ, Folstein MF, McHugh PR. DSM-III personality disorders in the community. *Am J Psychiatry* 1994; 151: 1055-62.
7. Scheier MF, Bridges MW. Person variables and health: personality predisposition and acute psychological states as shared determinants for disease. *Psychosom Med* 1995; 57: 255-68.
8. Perrata P, Nisita C, Zaccagnini E. Psychopathology in 90 consecutive human immunodeficiency virus-seropositive and acquired immune deficiency syndrome patients with mostly intravenous drug use history. *Compr Psychiatry* 1996; 37: 267-72.
9. Ciesa JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 725-30.
10. Chandra PS, Ravi V, Puttaram S, Desail A. HIV and mental illness. *Br J Psychiatry* 1996; 150: 782-6.
11. Blumberg SY, Dickey W. Prevalence of HIV risk behaviors, risk perceptions, and testing among US adults with mental disorders. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003; 32: 77-9.
12. Lartigue T, Vives J, Ávila H, Casanova G, Feinholz D, Nava A, Sánchez B, et al. ETS-VIH/SIDA y trastornos de personalidad en mujeres embarazadas y sus parejas. Detección y prevención de prácticas de alto riesgo. SSA, CONACYT, INPer, APM y la UNAM; 2000.
13. Lartigue T, Vives J, De la Cerda D, Córdova A, López D, Vázquez M, Bukrinsky R, et al. Risk factors for borderline pathology in pregnant women. Effects on the newborn and affective interaction mother-infant. Proyecto de investigación en proceso, con el apoyo económico del Research Advisory Board of the International Psychoanalytical Association, Londres, Inglaterra; 2000.
14. Martínez M. Comportamiento humano. Nuevos métodos de investigación. México. Trillas; 1997.
15. Asociación Psiquiátrica Americana. Manual diagnóstico de clasificación de los trastornos mentales DSM-IV. Barcelona: Masson; 1994.
16. Casanova G, Ortiz F, Reyna J. Infecciones de transmisión sexual. México: Editorial Alfil; 2004.
17. Cleland J, Konings E, Anarfi J, Caraël M. Looking deeper into the HIV epidemic: A questionnaire for tracing sexual networks. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 1998. UNAIDS/98.27.
18. American Medical Association. Taking an HIV risk history. *JAMA* 1999; 10: 840-5.
19. Casanueva E, Ávila H, Arroyo P, García D, Jurado E. Programa para la captación de una Cohorte de Estudios Perinatales I. Justificación y estrategia. *Bol Oficina Sanit Panam* 1983; 95: 44-61.
20. García-Cardona M, Ávila-Rosas H, Reyes-López P, Tiburcio T. Disponibilidad y uso de los servicios de atención a la madre: Influencia de la ocupación del jefe de familia. *Perinatol Reprod Hum* 1995; 9: 29-36.

21. Donís CV. Promoción de autocuidado de la salud en infecciones de transmisión sexual ITS-VIH/SIDA. Tesis inédita de Licenciatura en enfermería y obstetricia, Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia, Universidad Nacional Autónoma de México: México; 2002.
22. First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Benjamin L. SCID-II Cuestionario de personalidad. Barcelona: Masson; 1999.
23. First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Benjamín L. Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV. Versión clínica SCID-II. Barcelona: Masson; 1999.
24. First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Benjamin L. Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos del Eje I del DSM-IV. Versión clínica SCID-I. Barcelona: Masson; 1999.
25. Díaz Portillo I. Técnica de la entrevista psicodinámica. México: Editorial Pax; 1989.
26. Parres R. Guía para la elaboración de la historia clínica. México: Clínica de la Asociación Psicoanalítica Mexicana (material inédito) APM; 1964.
27. Moreno A. El método de historias de vida. En: Martínez M. Comportamiento humano. Nuevos métodos de investigación. México: Trillas; 1997.
28. Frances A, Clarkin JF, Gilmore M, Hurt SW, Brown R. Reliability of criteria for borderline personality disorder: A comparison of DSM-III and the diagnostic interview for borderline patients. *Am J Psychiatry* 1984; 141: 1080-4.
29. Clarkin JF, Foelsch P, Kernberg O. Manual for the inventory of personality organization (IPO) The personality disorders Institute, Department of Psychiatry, Cornell University Medical College.
30. Lezenweger MF, Clarkin JF, Kenberg O, Rothbart Mary K, Posne M, Vizqueta N, Kathleen T, Levy K, Fossella J. The inventory of personality organization. *Psychol Assessment* 2001; 13: 577-91.
31. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press; 1972.
32. Medina-Mora M, Padilla G, Campillo-Serrano C, Mas C, Ezban M, Caraveo J, et al. The factor structure of the GHQ: a scaled version for a hospital's general practice service in Mexico. *Psychol Med* 1983; 13: 355-61.
33. González-Forteza C, Morales-Carmona F, Gutiérrez-Calderón E. Indicadores clínicos de malestar psicológico en pacientes obstétricos y ginecológicos. Un estudio comparativo en México. *Psicopatol* 1997; 12: 147-52.
34. Cox L, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150; 782-6.
35. Ortega L, Lartigue T, Figueroa M. Prevalencia de depresión, a través de la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh (EPDS) en una muestra de mujeres mexicanas embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2001; 15: 11-20.
36. Murray D, Cox J. Screening for depression during pregnancy with the Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS). *J Reprod Infant Psychol* 1990; 8: 99-107.
37. Areias ME, Kumar R, Barros H, Figueiredo E. Comparative incidence of depression in women and men during pregnancy and after childbirth. Validation of the Edinburgh Postnatal Depression Scale in Portuguese mothers. *Br J Psychiatry* 1996; 169: 30-5.
38. Grenn J. Postnatal depression or perinatal dysphoria? *J Reprod Infant Psychol* 1998; 16: 143-55.
39. Kellogg CE, Morton NW. Instrumento no verbal de inteligencia. Beta II-R. Manual. México: El Manual Moderno; 2000.
40. George C, Solomon A, Main M. Adult Attachment Interview. Unpublished manuscript. California: University of California at Berkeley; 1984.
41. Latiesa M. Validez y fiabilidad de las observaciones sociológicas. En: M. García J, Ibáñez, Alvira F, compiladores. El



- análisis de la realidad social. Madrid: Alianza Editorial; 1996, p. 335-64.
42. SPSS for Windows Release 10.0. Applications Guide. Chicago Il: SPSS Inc.; 1999.
 43. Brugh TS, Wheatley S, Taub NA, Culverwell A, Friedman T, Kirwan P, et al. Pragmatic randomized trial of antenatal intervention to prevent post-natal depression by reducing psychosocial risk factors. *Psychol Med* 2000; 30: 1273-81.
 44. Josefsson A, Berg G, Nordin C, Sydsjö G. Prevalence of depressive symptoms in late pregnancy and postpartum. *Acta Obstet Gynecol Scand Gyn* 2001; 80: 251-5.
 45. Eberhard-Gran M, Eskild A, Tambs K, Opjordsmoen S, Samuelsen SO. Review of validation studies of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand* 2001; 104: 243-9.
 46. Regmi S, Sligl W, Carter D, Grut W, Sear M. A controller study of postpartum depression among Nepalese woman: validation of the Edinburgh Postpartum Depression scale in Kathmandu. *Trop Med Int Health* 2002; 7: 378-82.
 47. Huang Y, Mathers SN. Postnatal depression-biological or cultural? A comparative study of postnatal women in the UK and Taiwan. *J Adv Nurs* 2001; 33: 279-87.
 48. Asociación Psiquiátrica Americana de Washington. Guía clínica para el tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA. 2001 Trad. Jodi Blanch, Xavier Torres. Barcelona: Ars Medica; 2002.
 49. Medina-Mora E, Borges G, Lara Muñoz C. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios. Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México. *Salud Ment* 2003; 26: 1-17.
 50. Hayes BA, Muller R, Bradley BS. Perinatal depression: a randomized controlled trial of an antenatal education intervention for primiparas. *Birth* 2001; 28: 28-35.
 51. O'Connor TG, Heron J, Golding J, Beveridge M, Glover V. Maternal antenatal anxiety and children's behavioral/emotional problems at 4 years: Report from the Avon longitudinal study of parents and children. *B J Psych* 2002; 180: 502-8.
 52. Field T. The treatment of depressed mothers and their infants. In: Murray L, Cooper P. Editors. *Postpartum depression and child development*. New York/London: The Guilford Press; 1997. p. 221-36.
 53. Field T. Emotional care of the at-risk infant. Early interventions for infants of depressed mothers. *Pediatrics* 1998; 102: 1305-10.
 54. Bellak L, Small L. *Psicoterapia breve y de emergencia*. México: Ed. Pax. Primera parte; 1965.
 55. Lara-Cantú MA. *¿Es difícil ser mujer? Una guía sobre depresión*. México: Editorial Pax; 1997.
 56. Bleichmar H. *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*. Barcelona: Paidós; 1997.
 57. *Guía Práctica. Manejo del Espectro Depresión-Ansiedad. Consenso 2002*. México: UNAM; 2002.
 58. IPPF/RHO Módulo de autoevaluación sobre la integración de servicios de ITS/VIH/SIDA en Programas de salud sexual y reproductiva. New York; s/fecha.
 59. Walmsley S. Commentary: Opt in or opt out: What is optimal for prenatal screening for HIV infection. *Can Med Assoc J* 2003; 168: 707-8.
 60. Valencia A. Aspectos psicosociales y neuropsiquiátricos en pacientes con infección por VIH. En *SIDA, ciencia y sociedad en México*. J. Sepúlveda, coordinador. México: Fondo de Cultura Económica; 1989, p. 191-203
 61. Conasida. *Guía para la atención psicológica de las personas que viven con el VIH/SIDA*. 2a. Ed. México: Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA; 1998.