

Trastorno límite de la personalidad y su asociación con el VIH/SIDA en gestantes*

ITZEL GONZÁLEZ,^a YASMÍN DOMÍNGUEZ,^b
MARTHA PÉREZ CALDERÓN,^c TERESA LARTIGUE^d

RESUMEN

Objetivo: Establecer si las gestantes VIH positivas presentan más síntomas y padecimientos psiquiátricos que las embarazadas sin infecciones de transmisión sexual (ITS).

Material y métodos: Se realizó una evaluación diagnóstica psiquiátrica con base en Entrevistas Clínicas Estructuradas (SCID-I y II) del DSM-IV, así como del Cuestionario de Personalidad del Eje II (PO-II), complementada con el Inventario de Organización de la Personalidad (IPO), el Cuestionario General de Salud (GHQ), la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg (EPDS) y el Test no verbal de inteligencia BETA-IIR. El grupo VIH se integró con 37 mujeres seropositivas y el grupo control con 115 gestantes sin ITS. Se emplearon las pruebas de Kolmogorov Smirnov o de Ji cuadrada, así como la razón de momios con un IC 95%.

Resultados: El grupo VIH estaba conformado por mujeres de menor edad ($p < 0.048$), escolaridad (0.000) y nivel socioeconómico (0.000), solteras (0.000) y con trabajo remunerado (0.051) que el grupo control. El grupo VIH manifestó un mayor número de síntomas de depresión (EPDS, $p < 0.005$). Padecer un trastorno límite de la personalidad constituye un potencial de riesgo 45 veces mayor de adquirir la infección por VIH (IC 95% 5.40-386.35); si bien en ambos grupos se encontró una alta tasa de depresión (0.444 y 0.322), el potencial de riesgo fue de 17 veces más alto para el grupo VIH (IC 2.18-140.53), padecer algún trastorno de personalidad también fue un factor de riesgo para la infección (RM 14.72 IC 1.40-155.08). Existe una asociación significativa entre el padecer un trastorno mental y la adquisición del VIH/SIDA (RM 23.01 IC 95% 3.021-175.353).

Conclusiones: Vulnerabilidades acumuladas tanto sociales (pobreza, menor nivel de escolaridad, sin pareja) como psiquiátricas (trastorno de personalidad), intervienen en la infección por VIH.

PALABRAS GUÍA: Embarazo, trastornos de personalidad, trastornos del estado de ánimo, infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA.

* 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, en la APM 01-10 y 01-11.

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

^b Pasante de la licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

^c Becaria CONACYT; Candidata a doctora en Psicología, New York City University.

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

Correspondencia:

Mtra. Itzel González

Departamento de Epidemiología Reproductiva, Instituto Nacional de Perinatología, Torre de Investigación, Montes Urales no. 800, Lomas de Virreyes, México D.F. C.P. 11000.

Correo electrónico: ixche174@hotmail.com

Recibido: 15 de julio de 2004.

Aceptado: 22 de agosto de 2004.



INTRODUCCIÓN

El VIH/SIDA es una enfermedad que puede no manifestarse físicamente durante un periodo prolongado; en ese sentido se dice que es un peligro oculto, pueden transcurrir 10 años o más desde el momento en que una persona adquiere la infección hasta la aparición de sus síntomas y signos. ONUSIDA estima que a finales del 2003 vivían en el mundo 19.2 millones de mujeres con el VIH, de las cuales la mitad había contraído la infección antes de cumplir los 25 años de edad.¹

En la actualidad las mujeres son el grupo de mayor riesgo y la gran mayoría han sido infectadas por sus cónyuges o parejas sexuales. Uribe-Zúñiga y colaboradores señalan que de los casos acumulados de SIDA en mujeres en México (8,433 hasta noviembre del 2002), el 71.2% se debía a la transmisión sexual, 26.9% a una transfusión sanguínea y el resto (1.9%) a exposición ocupacional, ser donadora o usuaria de drogas intravenosas; sin embargo, a partir del año 2000, la totalidad de los casos de SIDA correspondieron a la transmisión sexual. El grupo etario más afectado por la epidemia en nuestro país es el que va de los 25 a los 34 años de edad, entre los cuales el SIDA representó la cuarta causa de muerte en hombres y la séptima entre las mujeres. Cabe destacar que según datos de la encuesta de calidad de la atención de ITS realizada en el año 2000, la oferta de pruebas de VIH en mujeres embarazadas es muy limitada, a pesar de que la detección oportuna de la infección (con su respectivo tratamiento antirretroviral altamente activo) reduce la transmisión perinatal en más del 98%.²

La vulnerabilidad cada vez mayor a las ITS es una expresión más de las desigualdades que afectan a las mujeres en todos los niveles de la sociedad, quienes se encuentran expuestas a un riesgo especial por su falta de poder para decidir cuándo, dónde y si quieren o no tener relaciones sexuales. Es importante consignar que las creencias y expectativas culturales que determinan esta situación contribuyen también a aumentar la vulnerabilidad de los varones. Por ejemplo, en México, cuando se reportó el primer caso femenino de SIDA, en

1985, existían en ese momento 23 hombres por cada mujer reportada con SIDA. Durante los siguientes años esa proporción fue disminuyendo de manera acelerada hasta llegar, a 1995, a una relación hombre-mujer de 6:1, la cual ha permanecido estable.³ Sin embargo, al analizar los casos según año de diagnóstico, se observa un peso creciente de las mujeres que se infectan con el VIH, por lo que este grupo está siendo estigmatizado. Asimismo, existe también una tendencia a estigmatizar a los niños de estas madres con VIH positivo, sin importar si están infectados o no. Estas llamadas "víctimas inocentes" reciben la desaprobación de la sociedad.

La salud mental juega un papel importante en la transmisión del virus. Existe suficiente evidencia de que en la actualidad las personas infectadas con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) se encuentran en alto riesgo de presentar un trastorno depresivo mayor.⁴ Asimismo, existe un gran número de informes de los diferentes trastornos neurológicos y psiquiátricos asociados al SIDA, donde se han mostrado altos índices de victimización entre personas con diversas enfermedades psiquiátricas especialmente depresión, trastornos de ansiedad, trastorno de somatización y trastornos de personalidad.⁵ Además se han identificado trastornos de personalidad anteriores a la infección del VIH en pacientes seropositivos.⁶

De acuerdo con el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV),⁷ un trastorno de personalidad "es un patrón permanente e inflexible de experiencia interna y de comportamiento que se aparta acusadamente de las expectativas de la cultura del sujeto, tiene su inicio en la adolescencia o principio de la vida adulta, es estable a lo largo del tiempo y comporta malestar o perjuicios para el sujeto. Los trastornos de personalidad están reunidos en tres grupos que se basan en las similitudes de sus características".⁷ El grupo A incluye a los trastornos paranoide, esquizoide y esquizotípico de la personalidad, los sujetos con estos trastornos suelen parecer raros o excéntricos. El grupo B incluye los trastornos antisocial, límite, histriónico y

narcisista de la personalidad; las personas suelen parecer dramáticas, emotivas o inestables. El grupo C incluye los trastornos por evitación, por dependencia y obsesivo-compulsivo de la personalidad, por lo que los sujetos suelen parecer ansiosos o temerosos.⁷ En este grupo se ubican también otros dos trastornos no contemplados en el Manual elaborado en 1994, pero que aparecen en la Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del Eje II del DSM-IV SCID-II, elaborado en 1999, que son el depresivo y el pasivo agresivo⁸ y que se indaga en las preguntas 25 a la 40 del Cuestionario de Personalidad para el eje II,⁹ que se aplica antes de la SCID-II como una base para la indagación del clínico(a). Cabe destacar que otros autores consideran que los trastornos de personalidad se pueden presentar desde la edad escolar.¹⁰

De acuerdo con el DSM-IV, las personas con un trastorno límite de la personalidad tienden a evitar con desesperación un abandono real o imaginario, sus relaciones interpersonales son inestables e intensas, caracterizadas por la alternancia entre extremos de idealización y devaluación, con una clara alteración de la identidad, acompañada de impulsividad que es potencialmente dañina para sí mismo, seguidos de comportamientos intensos o amenazas suicidas. Presentan una inestabilidad afectiva, debida a una notable reactividad del estado de ánimo; que se acompaña de sentimientos crónicos de vacío. Presentan episodios de ira inapropiada y dificultad para controlarla, tienen ideación paranoide transitoria, relacionada con el estrés o síntomas disociativos graves. Se estima que la prevalencia del trastorno límite de la personalidad es de alrededor del 2% en la población general, del 10% en sujetos atendidos en consulta externa en salud mental y del 20% en pacientes psiquiátricos hospitalizados.⁷

Los avances en la comprensión de los factores etiológicos de la organización *borderline* de la personalidad y/o trastorno límite se han producido a partir de estudios de casos de tratamiento con psicoterapia focalizada en la

transferencia y con psicoanálisis, así como de las investigaciones sobre el maltrato infantil y trastornos del apego. En la década de los sesenta se planteó que los pacientes limítrofes tenían una vulnerabilidad temperamental heredada que predisponía al bebé a reaccionar con agresión excesiva ante las frustraciones del ambiente. Este hallazgo ha sido enriquecido con las investigaciones sobre la relación causal entre maltrato infantil y trastorno límite.¹¹ En la misma línea se ha postulado la violencia de género en las diferentes etapas del ciclo vital en la génesis y el mantenimiento de la patología limítrofe o fronteriza.¹²

OBJETIVOS

Establecer si las gestantes VIH positivas presentan más síntomas y padecimientos psiquiátricos que las embarazadas sin ITS.

MATERIAL Y MÉTODOS

Para este análisis, de la muestra de 392 mujeres que aceptaron de manera libre e informada participar en la investigación sobre "ETS-VIH/SIDA y trastornos de personalidad en mujeres embarazadas y sus parejas. Detección y prevención de prácticas de alto riesgo", se seleccionó al grupo de VIH/SIDA conformado por 37 mujeres infectadas con este virus. Cabe señalar que de las 37 mujeres seropositivas, seis mujeres estaban infectadas también por el virus del papiloma humano (VPH) y seis con otras infecciones, de las cuales tres tenían *Candida albicans*, una *Gardnerella vaginalis*, una *Herpes zoster* y una última tenía *Neisseria gonorrhoeae* además de *Candida albicans*. El grupo control se integró con 115 mujeres sin ninguna ITS.

Se realizó la evaluación diagnóstica psiquiátrica a través de las Entrevistas Clínicas Estructuradas para los Ejes I y II del DSM-IV elaboradas por un grupo de psiquiatras norteamericanos SCID-II,^{8,13} así como el Cuestionario de Personalidad para el Eje II,⁹ relativo a los trastornos de personalidad, elaborado por los mismos autores, el cual comprende 119 preguntas que se responden con sí o no. Los tres instrumentos han sido



aplicados en México por Ortiz en personas que solicitan atención psicológica en centros especializados en salud mental,¹⁴ así como por Grain y Lemus en población clínica psiquiátrica.¹⁵ Las dos entrevistas fueron audio-grabadas y calificadas de acuerdo con los manuales respectivos por psicoterapeutas en entrenamiento, al igual que la entrevista psicodinámica,¹⁶ mediante la cual se elaboraba la historia de vida o clínica.

Cada entrevista se realizó de manera individual, cara a cara, y tenía una duración aproximada de una hora, si bien podía variar entre los cuarenta minutos y tres horas, por lo que en ocasiones se requería de un mayor número de sesiones, las cuales se anotaban en el carnet específico de la investigación. Se llevaban a cabo en un cubículo apropiado para preservar la confidencialidad y privacidad; donde se procuraba evitar las interrupciones. Posteriormente un psiquiatra y psicoanalista experto en diagnóstico psiquiátrico, que desconocía a las participantes de la investigación, escuchaba las audiograbaciones de las tres entrevistas y confirmaba o modificaba el diagnóstico, tomando en cuenta los cinco ejes de la clasificación multiaxial del DSM-IV. Los detalles de la evaluación se pueden consultar en Lartigue y colaboradores.¹⁷

Para la historia clínica se siguió el formato construido por Ramón Parres para Clínica de la Asociación Psicoanalítica Mexicana.¹⁸ Para su análisis se transcribió en los siguientes apartados:

- a) Identificación: edad, sexo, estado civil, procedencia de la mujer, ocupación, lugar donde vive y con quién.
- b) Descripción del paciente: se ocupa de describir a la mujer física y emocionalmente, así como las actitudes manifestadas durante la entrevista.
- c) Motivo de consulta: Las dificultades y los síntomas principales.
- d) Historia familiar: Se describe el estado cultural de los padres (social y económico), las características del padre, la madre, los hermanos y los parientes que tengan significación en la vida de la gestante, el

clima psicológico de la vida familiar, los cambios y eventos importantes.

- e) Historia personal: Se describe también el desarrollo y las vicisitudes poniendo énfasis en sus déficits o insuficiencias de adaptación y en las experiencias precipitantes. Se divide la historia de la paciente en infancia, adolescencia y la situación actual de su vida adulta y se traza su conducta en las diferentes áreas de conducta, central, postural, sexual y de grupo. Se valora el nivel de pensamiento (inteligencia), la aparición de actitudes compensatorias, así como la forma y el control sobre sus emociones. Es importante valorar también la conducta de la paciente desde el punto de vista de su interacción en un grupo de pares, la competencia en contra de la cooperación, de la dominación en contra de la sumisión, la confianza en sí misma e independencia.
- f) Clave psicodinámica: El individuo está compuesto de características típicas y únicas. Solamente las típicas son susceptibles de aplicación científica; en esta área se exponen las asociaciones significativas y las secuencias que constituyan los aspectos repetitivos de la conducta. Esta construcción permite comprender a la persona, dentro de los límites de nuestro conocimiento actual.
- g) Métodos y finalidades terapéuticas. Basándose en los datos de la historia clínica y apoyados por la clave psicodinámica, se hace la planeación del tratamiento a seguir. Cabe señalar que existe una segunda parte dentro de la historia clínica en la cual se integraron los exámenes psicológicos, médicos y de laboratorio.

A las participantes de la investigación se les aplicaron también las dos pruebas de tamizaje: Cuestionario General de Salud de Goldberg (GHQ)¹⁹ y la Escala de Depresión Perinatal de Edinburg de Cox, Holden y Sagovsky (EPDS),²⁰ al igual que el Inventario de Personalidad (IPO)^{21,22} y el Test no verbal de Inteligencia Beta II-R.²³ Se calcularon los cuartiles para cada una de las pruebas y se empleó la prueba de Kolmogorov Smirnov para identificar las diferencias significativas entre los grupos. Se

empleó también la Ji cuadrada para indagar las diferencias en las variables sociodemográficas y reproductivas; asimismo, se calcularon las razones de momios con sus respectivos intervalos de confianza 95%. Se presenta al final una viñeta clínica que ilustra las vulnerabilidades acumuladas que propiciaron la infección dual, por VIH y por VPH.

RESULTADOS

La principal limitación de la investigación tiene que ver con el hecho de que no todas las

participantes respondieron todas las pruebas, por lo que el tamaño de la n varía según el instrumento aplicado.

En la tabla 1 se presentan las variables sociodemográficas y reproductivas del grupo VIH y del grupo control; se obtuvieron diferencias significativas en la edad, donde el grupo VIH se integró con mujeres de menor edad ($p < 0.048$), de un menor nivel de escolaridad ($p < 0.000$), con trabajo remunerado y sin pareja la tercera parte ($p < 0.046$ y 0.000 , respectivamente) y con un ingreso

Tabla 1
Variables sociodemográficas, grupo VIH (n = 37)

	Casos		Controles		χ^2	p
	F	Proporciones	F	Proporciones		
Edad						
> 24	15	0.405	37	0.322	6.076	0.048
25-29	15	0.405	31	0.270		
< 30	7	0.189	47	0.409		
Escolaridad						
Básica	25	0.676	35	0.304	16.233	0.000
Media superior	9	0.243	56	0.487		
Superior	3	0.081	24	0.209		
Ocupación						
No remunerado	25	0.676	95	0.789	3.810	0.051
Remunerado	12	0.324	20	0.174		
Estado civil						
Unidas	22	0.595	101	0.878	14.590	0.000
No unidas	15	0.405	14	0.122		
Nivel socioeconómico						
Baja y media baja (menor a \$2,500.00)	4	0.108	76	0.661	34.308	0.000
Baja inferior (menor a \$1,264.00)	33	0.892	39	0.339		
Número de gestaciones						
Primigestas	9	0.243	31	0.270	0.162	0.922
2 a 3 embarazos	21	0.568	61	0.530		
4 o más	7	0.189	23	0.200		



familiar inferior a los 2,000 pesos mensuales ($p < 0.000$). Cabe aclarar que si bien este Departamento asignaba el nivel socio-económico más bajo a las mujeres para poder acceder de manera gratuita a los medicamentos antirretrovirales (dentro del protocolo del Departamento de Infectología), fue evidente para el equipo de investigación que la pobreza era la característica principal del grupo de mujeres con VIH.

En lo referente al número de gestaciones, tanto en el grupo VIH como en el control, la cuarta parte de las mujeres eran primigestas y la mitad cursaba su segundo o tercer embarazos; llama la atención que a pesar de la condición de VIH positiva, siete mujeres cursaban su cuarto embarazo.

En la tabla 2 se puede observar que el diagnóstico del VIH en 14 casos se efectuó en CENSIDA/CONASIDA o en la Secretaría de Salud. Un poco más de la mitad de las mujeres se infectaron en los años 2000 a 2002; esto es, en el periodo en que se llevó a cabo la captura de la muestra. Los casos más antiguos diagnosticados se remontan al año de 1994. En lo referente al tipo de transmisión, 34

mujeres se contagiaron por relaciones heterosexuales, dos por riesgo ocupacional y una por ser usuaria de drogas intravenosas. Cabe destacar que al estudiar en profundidad las historias de vida de 27 pacientes que aceptaron realizar las entrevistas, se encontró que de las 25 que se habían infectado en relaciones heterosexuales, 12 de ellas (0.48) se infectaron con su primera pareja sexual, de las cuales en seis casos el virus se adquirió con su única pareja, en una relación monógama. Se infectaron con su segunda pareja, siete participantes y dos más con la tercera. Es importante hacer notar que en dos casos hubo una clara premeditación de la transmisión del virus. De las cuatro pacientes que tuvieron más de tres parejas sexuales sin protección, cabe mencionar que una de ellas corresponde al perfil denominado de “niña en situación de calle”, otra presentaba una clara discapacidad mental. El único caso de infección en una usuaria de drogas intravenosas ocurrió de manera premeditada: al decir de la paciente, un excompañero de escuela VIH positivo “jaló sangre suya en la jeringa, la mezcló con cocaína y se la pasó”, ella no sabía que él estaba infectado. El caso de exposición ocupacional fue al trabajar en un laboratorio sin protección.²⁴

En la tabla 3 se presentan los cuartiles obtenidos en la prueba no verbal de inteligencia BETA-II R, así como en las dos pruebas de tamizaje: el Cuestionario General de Salud (GHQ) y la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh. La única diferencia significativa se obtuvo en el EPDS donde el grupo VIH mostró mayor número de síntomas de depresión ($p < 0.005$). Cabe destacar que el coeficiente intelectual de las gestantes del grupo VIH era menor sin alcanzar una significancia estadística (0.068).

En las tablas 4 y 5 se muestran los resultados del Cuestionario de Personalidad del SCID-II y del IPO en los cuales no se encontraron diferencias significativas. Cabe mencionar que en el cuartil tres, los trastornos de personalidad que obtuvieron un puntaje más alto en el grupo VIH fueron el límite, narcisista y paranoide. En el control, el obsesivo compulsivo, narcisista

Tabla 2
Diagnóstico VIH,
vías de transmisión (n = 37)

Diagnóstico inicial del VIH	F	Proporciones
CENSIDA/CONASIDA	14	0.350
SSA	8	0.200
IMSS	4	0.100
Hospital particular	8	0.200
INPer	3	0.075
Año diagnóstico		
1994-1996	5	0.125
1997-1999	10	0.250
2000-2002	22	0.550
Vías de transmisión		
Heterosexual	34	0.850
Exposición ocupacional	2	0.050
Usuaria de drogas	1	0.025

Tabla 3
Cuartiles obtenidos en el Test de Inteligencia Beta-II R, el Cuestionario General de Salud (GHQ-30) y la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS)

	Casos				Controles				K	p
	N	1	2	3	N	1	2	3		
CI BETA II R	24	49.50	51.50	56.00	110	48.00	54.00	61.00	1.301	0.068
Puntaje bruto del coeficiente intelectual	24	65.50	82.00	87.75	110	78.25	85.50	92.00	1.301	0.068
GHQ-30	32	2.00	6.50	14.00	115	3.00	5.00	10.00	0.729	0.663
EPDS	31	9.00	14.00	18.00	115	6.00	9.00	13.00	1.740	0.005

Tabla 4
Cuartiles obtenidas en el Cuestionario de Personalidad PQ SCID II

	Cuartiles					
	Casos n = 34			Controles n = 115		
	1	2	3	1	2	3
Evitación	0.00	2.00	3.00	0.00	1.00	3.00
Dependencia	0.00	2.00	4.00	0.00	1.00	2.00
Obsesivo compulsivo	0.00	3.00	4.00	2.00	3.00	5.00
Pasivo agresivo	0.00	2.00	4.25	1.00	2.00	3.00
Depresivo	0.75	1.50	3.00	1.00	2.00	3.00
Paranoide	1.00	3.00	5.00	1.00	2.00	4.00
Esquizotípico	0.00	1.50	4.00	1.00	2.00	3.00
Esquizoide	1.00	3.00	3.25	1.00	2.00	3.00
Histriónico	0.00	0.50	2.25	0.00	1.00	2.00
Narcisista	1.00	3.00	5.00	2.00	3.00	5.00
Límite	1.00	4.00	7.00	1.00	3.00	5.00
Antisocial	0.00	0.00	2.25	0.00	0.00	1.00
PQ Total	15.75	30.50	37.50	15.00	24.00	36.00

y límite. En cuanto al IPO, los puntajes mayores en el grupo VIH en el cuartil tres se obtuvieron en las escalas de mecanismos de defensa primitivos, seguida por la difusión de identidad, prueba de realidad y valores morales (severidad y falta de integración del superyó). En el grupo control los puntajes mayores correspondieron a las defensas primitivas, valores morales, difusión de iden-

idad y narcisismo; si bien la prueba de realidad no alcanzó una diferencia estadísticamente significativa, se advierte que está más conservada en el grupo control (puntajes más bajos).

De acuerdo con los resultados de la tabla 6 relativa a los diagnósticos producto de la evaluación psiquiátrica conforme a los Ejes I y II del DSM-IV, de las 27 mujeres del grupo



Tabla 5
Medias y desviaciones estándar obtenidas
en el inventario de Organización de la Personalidad (IPO)

	Cuartiles					
	Casos n = 26			Controles n = 115		
	1	2	3	1	2	3
Defensas primitivas	29.64	42.14	50.35	34.29	42.85	52.86
Difusión de identidad	29.11	38.23	49.41	31.76	40.00	48.24
Prueba de realidad	23.08	30.00	49.23	25.15	32.31	41.54
Valores morales	31.25	41.67	47.50	33.33	41.67	50.00
Agresión	25.46	30.48	41.90	26.67	31.43	38.10
Escala narcisista	26.00	36.00	45.00	32.00	38.00	46.00
Escala antisocial	30.33	38.66	45.66	30.66	38.66	45.33
IPO Total	126.50	168.50	206.00	144.00	171.00	205.00

Tabla 6
Diagnóstico psiquiátrico a través del SCID I y SCID II del DSM-IV (n = 142)

	Casos n = 27	Controles n = 115	RM	IC 95%
Sin evidencia de psicopatología	1 (0.037)	54 (0.470)	1	
Trastornos del estado de ánimo	12 (0.444)	37 (0.322)	17.51	(2.18 - 140.53)
Trastorno límite de la personalidad	11 (0.407)	13 (0.113)	45.69	(5.40 - 386.35)
Otros trastornos	3 (0.111)	11 (0.096)	14.72	(1.40 - 155.08)

VIH que respondieron las entrevistas, únicamente una mujer no presentó ninguna evidencia de psicopatología, en contraste con el 0.470 de las mujeres del grupo control. Dentro del Eje I los trastornos encontrados en 12 mujeres corresponden a los del estado de ánimo, principalmente: episodio depresivo mayor (3), episodio depresivo mayor por VIH (5), trastorno depresivo mayor (2) y trastorno distímico (2). En dos casos se encontró una comorbilidad con otro trastorno: en uno con un trastorno por estrés postraumático; y en otro más con un trastorno de ansiedad junto con un trastorno fóbico. De las participantes restantes, 14 reunieron los criterios de un trastorno de personalidad, el trastorno límite de la personalidad fue el principal en 11

pacientes; otros trastornos de personalidad fueron (uno en cada paciente): paranoide, pasivo agresivo y antisocial. En el grupo control dentro del Eje I los trastornos encontrados en 37 mujeres corresponden a los estados de ánimo. De las 24 restantes se encuentran con un trastorno de personalidad, de las cuales en 13 el diagnóstico fue un trastorno límite de la personalidad y en 11 otros trastornos. El trastorno límite de la personalidad constituyó un factor de riesgo 45 veces mayor de adquirir la infección por VIH; el trastorno del estado de ánimo, 17 veces; y otro trastorno de la personalidad, 14 veces. Al dicotomizar esta variable de diagnóstico psiquiátrico en gestantes con y sin psicopatología, se encontró una diferencia también estadísticamente

significativa (Ji cuadrada de 17.238, $p < 0.000$), con una razón de momios de 23.016 (IC 95% 3.21-175.353). La prevalencia de trastornos mentales fue muy alta en los dos grupos, principalmente en el VIH (0.963 vs. 0.530).

Respecto del Eje III del DSM-IV referente a enfermedades médicas (independientemente de la infección por VIH en el grupo de casos), la distribución fue similar en ambos grupos (sin diferencias significativas), donde las enfermedades más frecuentes, aunque con baja prevalencia fueron: diabetes, hipertensión, epilepsia. Los principales riesgos en el periodo prenatal estuvieron relacionados con: edad materna avanzada, amenaza de aborto y antecedente de pérdidas perinatales. En lo relativo al Eje IV, también la distribución fue similar en los dos grupos; los principales estresores psicosociales en orden de importancia fueron: preocupación por diferentes eventos, problemas económicos, conflictos con la pareja y en el núcleo familiar, así como problemas personales. Cabe señalar que cada una de las mujeres presentó uno o más estresores. En el Eje V, relacionado con la Escala de Funcionamiento Global, se obtuvo en el grupo VIH, que la mayoría de las mujeres presentaban una funcionalidad de 60, 65 y 70; que indica de acuerdo con el DSM-IV síntomas o dificultades moderados en la actividad familiar, social o laboral. En este Eje, las mujeres del grupo control, en su mayoría, se ubicaron en el rango de 70 a 90 indicando mejor funcionalidad y adaptación en las distintas áreas.

A continuación se ejemplifican con una viñeta las vulnerabilidades acumuladas que determinaron la adquisición de la doble infección, primero por VIH y después por VPH. Azucena (nombre ficticio para proteger la identidad de la paciente) contaba con 27 años de edad al momento de las entrevistas. Es la mayor de cuatro hermanos, hijos del mismo padre y madre. Lo que recuerda de su infancia es que vivió con sus padres hasta los seis años, cuando su padre las abandona; lo describe como "muy mujeriego, flojo y pegalón". Recuerda que una vez golpeó a su madre con el molcajete en la cara, por lo que las vecinas llamaron a la policía, quien se lo llevó; la

madre por miedo regresó a su ciudad natal, estando embarazada del hermano menor. El padre la fue a buscar y regresó con él, permanecieron poco tiempo unidos, ya que los conflictos continuaron. Por el lado paterno tiene 17 medios hermanos, hijos del padre con diversas mujeres.

Azucena, desde muy pequeña, se hizo cargo de sus hermanos porque la madre salía a trabajar para mantenerlos; además, la madre la golpeaba fuerte y constantemente, "no sabe si por sus nervios o por lo que pasaba con su papá"; la madre le ha explicado "que era porque los tenía que controlar y la única forma era gritándoles y pegándoles". Por lo general, le echaban la culpa a Azucena de lo que sucedía en su casa; por ejemplo, si sus hermanos no hacían la tarea, la madre le pegaba con la mano, con una reata, o cable o le aventaba objetos y se mofaba de ella. Piensa que a su madre le daba coraje que ella no lloraba en esos momentos, ya que lo sentía como una burla para su persona, por lo que le pegaba más fuerte. Azucena comunica que sentía mucho coraje y odio, se describe como enojona, gritona y que quería "tener siempre la razón".

El padre de Azucena cuando ella tenía ocho años de edad, le pide que vaya a vivir con él con la esperanza de que así podría recuperar a su esposa; sin embargo, al no obtener la respuesta afirmativa que él deseaba, dejó a Azucena al cuidado de su propia madre (la abuela paterna) con quien creció. Espacio donde la maltrataban los tíos quienes constantemente le pegaban, le gritaban, le decían que su mamá la había abandonado, que la había regalado, motivo por el cual se incrementó el coraje hacia su madre; además tenía que lavar, planchar, etc. La separación de Azucena de su madre sucedió de manera traumática y tajante, la madre se negó a regresar con el esposo por lo que Azucena perdió contacto con ella por muchos años.

A la edad de 12 años tiene su menarca, ella se asustó mucho debido a que no tenía ninguna educación sexual, pensaba que con un beso podía quedar embarazada. A los 14 años tuvo un pleito muy fuerte con una tía, por lo que



decidió ir a buscar a su madre e ir a vivir con ella. Ya de regreso al hogar materno, se encuentra que su madre tiene una nueva pareja; se “volvió muy rebelde”, presentando problemas de adaptación, no se sentía parte de la dinámica familiar. Expresó: “me sentí mal, sentía que no era ni de aquí ni de allá”, descubrió que a sus hermanos los habían educado con “otras costumbres”. Describe la familia del padre como conflictiva, ambiciosa y con malas influencias por presentar problemas de alcoholismo y farmacodependencia. En cambio, sus hermanos “eran muy bien portados y honestos”, manifestó que no siente afecto por su madre, no le dan deseos de abrazarla ni darle un beso.

A los 18 años conoce a un hombre de 33 años (heterogeneidad conductual) con el cual se casa, ella constantemente le decía “te quiero como a un padre”; su esposo le hace saber que ha tenido varias parejas sexuales “de todo tipo, grandes y chicas”, pero que quería ya casarse y construir una familia, manifestando que la vida de soltero ya lo había cansado. Al poco tiempo de casados, él empieza a estar enfermo hasta que muere al año; comenta al respecto que “él ha sido la única persona que me ha querido”. Azucena tenía cuatro meses de embarazo y nunca supo la causa de muerte, nace una niña.

Posteriormente conoció a otro hombre, con el cual decide vivir; poco tiempo después es infectada por éste, quien le contagia el virus del papiloma humano, no atendándose inmediatamente; hace dos años le diagnosticaron cáncer cervicouterino a consecuencia de la infección por VPH.

Su hija a los tres años de edad se enferma y es diagnosticada con SIDA en etapa terminal. Ella se hace un análisis y le diagnostican VIH cuando cuenta con 22 años, al tiempo que le dicen que cursa el cuarto mes de embarazo de su segunda hija; momento en que es captada para la investigación. En el momento de la notificación piensa en el suicidio.

Azucena se avoca a cuidar a su hija con VIH y no su embarazo; la bebé nace con Síndrome de Down, prematura y con problemas de corazón, aparentemente no estaba infectada

por el VIH ni por el VPH, sin embargo, muere de un paro cardíaco a los tres meses de edad. Poco tiempo después internan a su hija mayor, y a pesar de su gravedad, los médicos le piden que se la lleve a casa por la depresión de la niña, además de que aparentemente ya no había nada que hacer; asombrosamente la niña mejora su salud. En los últimos estudios de su hija, le informan que la carga viral bajó, su mejoría fue sorprendente. Azucena se ha sentido mal físicamente, no ha podido cuidar de sí misma; desde que le notificaron que estaba infectada ha dedicado sus esfuerzos al cuidado de su única hija. Cabe señalar que Azucena aceptó participar en un grupo de apoyo terapéutico gratuito organizado una vez por semana para las pacientes con VIH/SIDA que desearan y pudieran acudir al INPer.

DISCUSIÓN

Las mujeres que conformaron el grupo de mujeres con VIH son en su mayoría jóvenes; ocho gestantes de cada diez contaba con menos de 30 años de edad. En el Population Report²⁵ se señala que las jóvenes, en su mayoría, saben muy poco acerca de sí mismas a pesar de que son sexualmente activas; incluso si acuden el Departamento de Planificación Familiar, tal vez no reciban información acerca de cómo se produce el contagio de las ITS, su prevención, evolución y tratamiento. Asimismo, pueden tener relaciones sexuales forzadas o tener poco poder en la relación sexual para negociar el uso de condones, sobre todo si el compañero sexual es mayor (como en el caso de Azucena), lo que conlleva un doble riesgo, puesto que los hombres mayores tienen más probabilidad de estar infectados.

En cuanto a la ocupación, si bien en ambos grupos las gestantes se dedicaban en su mayoría al hogar, el hecho de que el grupo VIH estuviese conformado en su totalidad por mujeres en condiciones de pobreza, con niveles más bajos de escolaridad y con mayor necesidad de contar con un empleo remunerado, creó en ellas una vulnerabilidad social. Un análisis de 72 países realizado por el Banco Mundial mostró que a nivel nacional, tanto el bajo ingreso *per capita* como la distribución desigual del ingreso están

relacionadas con altas tasas de infección por VIH, donde las mujeres más jóvenes están especialmente en riesgo.²⁵ Las repercusiones de la pobreza en diferentes problemas de salud han sido abordadas por Medina-Mora y Guiot,²⁶ las cuales destacan que ésta ejerce una influencia más drástica en las mujeres, en quienes los problemas de salud se encuentran vinculados con carencias nutricias, cargas excesivas de trabajo doméstico y extradoméstico, embarazos frecuentes y falta de atención médica.

En lo referente al estado civil, en el grupo VIH la proporción de mujeres no unidas a una pareja fue mayor; posiblemente este hecho pueda deberse a la muerte por SIDA de las parejas (14 hombres habían fallecido para el año 2002). La falta de apoyo de una pareja estable durante la gestación y en el proceso de crianza incrementa el malestar psíquico, principalmente si la mujer se siente enferma físicamente.

La principal vía de transmisión del virus de la inmunodeficiencia adquirida en la muestra estudiada fue por relaciones heterosexuales con una proporción de 0.850. De las mujeres infectadas a partir del año 2000, la totalidad de los casos de VIH correspondieron a la transmisión sexual, tal y como lo señalan Uribe-Zúñiga y cols.² Es un hecho lamentable que 12 (de 25) mujeres se hayan infectado con su primera pareja sexual y siete con su segunda (el caso de Azucena da cuenta de una infección dual; con la primera pareja se infecta de VIH y con la segunda de VPH). En la transmisión sexual, el riesgo que corre la mujer de adquirir la infección por vía de su pareja masculina es doble que a la inversa (vulnerabilidad biológica). Al igual que en las estadísticas nacionales la proporción de mujeres que se infectaron por ser usuarias de drogas inyectables o por riesgo ocupacional fue muy pequeña.²

Cabe destacar que el planteamiento por parte de los epidemiólogos de crear grupos de riesgo o de prácticas de riesgo, facilitó que las personas que consideraban que no cumplían con dichos criterios, eliminaran las prácticas de autocuidado para evitar la infección por el

virus, por lo que se ha incrementado la infección en el grupo de heterosexuales. Se ha observado que una mujer monógama y casada corre un riesgo mayor que una sexoservidora, en virtud de que esta última se protege más que las amas de casa, debido a que una trabajadora sexual tiene un mayor número de conductas de prevención.²⁷ En este grupo de mujeres seropositivas, el 0.48 se infectó con su primera pareja sexual.

La única diferencia significativa entre los dos grupos en lo referente a las pruebas psicológicas se encontró en la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgh que explora síntomas de un episodio depresivo mayor en los últimos 15 días anteriores a la aplicación de la escala. En esta escala, el grupo VIH obtuvo un mayor puntaje. Solomon y colaboradores²⁸ han encontrado que los síntomas depresivos autoinformados por las mujeres se ubican en el mismo *continuum* de la depresión clínica confirmada en virtud de que comparten con el diagnóstico psiquiátrico, la sintomatología manifiesta y latente. En el 0.444 de las pacientes VIH positivas se confirmó un diagnóstico de un trastorno del estado de ánimo, lo que también se denomina depresión clínica o trastorno afectivo.

Diversos investigadores señalan que la depresión es el problema psicológico más común entre las personas infectadas por el VIH, sin embargo, no se ha encontrado una relación directa causal entre ambas, ya que muchas personas infectadas por el VIH con un trastorno depresivo en la actualidad, tienen una historia previa de depresión antes de la infección. El diagnóstico en estos casos es muy complicado, ya que los síntomas del SIDA como pérdida de la energía física y del interés por el mundo están íntimamente relacionados; una persona puede interrumpir sus actividades por depresión, por fatiga o por falta de capacidad física. No tratar la depresión conlleva el riesgo de que la persona deje de tomar sus medicamentos y acelere su muerte.²⁹

El que se hubiera obtenido un porcentaje similar de depresión en el grupo control (33%), confirma que la gestación es una etapa crítica



del ciclo vital femenino, que vivida en condiciones de escasos recursos económicos (sólo cinco mujeres del grupo control contaban con un ingreso familiar mensual entre 2,000 y 2,500 pesos, las restantes se encontraban por debajo de los dos mil pesos mensuales) puede crear sensaciones de impotencia, desesperanza, con dolor psíquico; núcleo central de la depresión.³⁰ Es importante hacer notar que entre las características que definen la depresión en el nivel cognoscitivo se encuentran: la tendencia a percibir e interpretar la información ambiental y social de manera negativa; asimismo, interpretar como negativa la comunicación interpersonal, lo que ocasiona interacciones más conflictivas. La depresión cognoscitiva no sólo refleja el estado del malestar del sujeto, sino que influye en su ambiente familiar y social, lo que repercute en sus hijos(as) de múltiples maneras.³¹ Un estudio longitudinal realizado en 372 hijas y 354 hijos de madres con severo malestar psicológico y/o depresión mostró que las hijas de estas mujeres tenían un riesgo dos y media veces mayor de presentar a su vez un trastorno depresivo; en los hijos se encontró una asociación significativa con el abandono o fallo escolar.³²

Si bien no existen estudios publicados respecto de la prevalencia de trastornos mentales en mujeres embarazadas infectadas por el VIH, cabe destacar que Loris Heisse y colaboradoras³³ han subrayado el papel que juega la violencia contra la mujer en la adquisición de una ITS, incluido el VIH/SIDA, tanto la coerción sexual del compañero como el abuso o maltrato infantil. Factor de riesgo también asociado al trastorno límite de la personalidad¹¹ que fue, de los trastornos de personalidad, el que obtuvo un mayor número de frecuencias en esta muestra. Se ha documentado que niñas o niños expuestos a la violencia doméstica presentan mayores problemas de conducta, dificultades sociales, síntomas de estrés postraumático (tales como un estado de hiperalerta, incremento del miedo y la agresión), mayor problema para desarrollar la capacidad de empatía y una menor habilidad verbal, que niños no

expuestos. Asimismo, que establecen con mayor frecuencia un apego inseguro, principalmente de tipo desorganizado³⁴ (ver al respecto el artículo de Córdova y Lartigue³⁵).

El maltrato en la infancia incrementa el riesgo de padecer problemas serios en la adolescencia y en la adultez, incluyendo intentos de suicidio y depresión. En la misma línea se ha observado que los padres abusivos o maltratadores se caracterizan por conjuntar diversos factores de riesgo para el desarrollo emocional de sus hijos como abuso de alcohol y otras sustancias, el estar involucrados en relaciones de violencia y contar con un pobre apoyo afectivo.³⁶

El que cuatro de cada diez mujeres del grupo VIH hubiese presentado un trastorno límite de la personalidad, primero a manera de autoevaluación o informe en el PQ-II, y en la respuesta afirmativa en la mayoría de los reactivos que componen las tres escalas primarias del IPO, y segundo, su confirmación posterior en las entrevistas (clínicas por el equipo de psicología y por el psiquiatra), hace pensar en la necesidad de que un especialista en salud mental efectúe una valoración psicológica, psiquiátrica y psicodinámica en todos los casos de VIH, con el fin de poder recibir no sólo tratamiento antirretroviral, sino también un tratamiento psicoterapéutico que les permita integrar esta nueva experiencia en su identidad.^{37,38}

La historia clínica permitió identificar en Azucena una vida que transcurre en el riesgo, un conjunto de vulnerabilidades acumuladas o una serie de eventos traumáticos o de experiencias adversas a lo largo de su ciclo vital que fueron determinando comportamientos dirigidos hacia la disminución del autocuidado y a desarrollar un trastorno depresivo. Además de *ser testigo de la violencia* física del padre hacia la madre, fue víctima de *abuso físico* por parte de la madre en los primeros años de su vida y de *abandono* a los ocho años de edad de ambas figuras; *maltrato físico y emocional y explotación* por otros familiares (los cuales fueron la abuela paterna, tías y tíos), así como *negligencia* en su cuidado y privación emocional. Estos

eventos traumáticos determinaron en gran medida la elección de sus parejas, en la primera elige a un hombre 15 años mayor con SIDA (quien no le advierte de su enfermedad, pero sí de su historia de múltiples parejas sexuales), el cual le contagia el VIH y muere poco tiempo después. El VIH es transmitido verticalmente a su hija; este hombre, además de repetir el abandono paterno y materno con su muerte, lleva a su hija al borde de la muerte y a ella a vivir cada día con el diagnóstico de una enfermedad terminal. Pese a lo anterior, al decir de la paciente, fue la única persona que le manifestó su amor y comprensión.

Su segunda pareja tenía como antecedentes el abuso de sustancias y el VPH contagiándola nuevamente de otra ITS, ella desarrolla cáncer cervicouterino; esta segunda relación se encuentra matizada por un descuido hacia su cuerpo, gestado en la infancia donde nadie la cuidó y se sintió abandonada. Por el contrario, fue frecuentemente expuesta a golpes y humillaciones, por lo que es claro que no pudo internalizar las conductas de autocuidado y estructurar un narcisismo positivo, que es el guardián de la vida, según Serge Levobici.³⁹ Llama la atención la compulsión a la repetición, si bien Azucena pasó por una primera infección (VIH), no adquirió las medidas de protección para no contagiar y contagiarse, por lo que se añade una segunda infección. Azucena eligió a sus parejas conforme el modelo de relación de ella con sus padres y de los padres entre sí.

Fallas en la parentalidad en esta paciente disminuyeron no sólo la capacidad de autocuidado, sino también la disminución de la capacidad de simbolización, anticipación y planeación.²⁴ El sufrimiento emocional que ha padecido desde pequeña continúa con sus enfermedades y la incertidumbre de si la recuperación de la hija mayor será duradera. De los factores de riesgo para la adquisición de una ITS descritos por Bernal y Hernández,⁴⁰ se encontraron en Azucena: edad temprana de inicio de la vida sexual, privación de una educación sexual integral, desintegración familiar, falta de una cultura de

prevención, ignorancia de las consecuencias y riesgos de las ITS, al igual que la sinergia y sincronismo del VIH y VPH. Otros factores de riesgo que emergieron en esta investigación fueron el padecer un trastorno distímico (una historia previa de depresión que se reactiva e incrementa con la muerte del esposo, la notificación del diagnóstico y enfermedad terminal de su hija, la notificación de su diagnóstico de VIH positiva y de cáncer cervicouterino y la muerte de su segunda hija), así como vivir en condiciones de pobreza.

Sería importante poder analizar en un estudio posterior la violencia de la pareja o del compañero sexual, ya que se ha comprobado que ésta juega un papel muy importante en el proceso de toma de decisiones de las mujeres aumentando el riesgo de ITS/VIH; sería necesario indagar si las mujeres han sido forzadas o presionadas para tener relaciones sexuales con sus parejas.⁴¹ Cabe hacer notar que nueve pacientes del grupo VIH fueron testigos de la violencia conyugal, del maltrato del padre hacia la madre, entre ellas Azucena, lo cual es tan grave para el aparato psíquico, como experimentarla en carne propia. Es importante consignar que las 27 pacientes que aceptaron ser entrevistadas sufrieron algún tipo de maltrato en su infancia.²⁴

Por otra parte, es importante estudiar a profundidad el hecho de que se hubieran obtenido en ambos grupos una importante proporción de gestantes con un bajo coeficiente intelectual. En este sentido, los profesionales de la salud y la educación tenemos una gran responsabilidad en hacer llegar la educación sexual y anticonceptiva a través de diferentes vías, canales, medios y estrategias, acordes a las características específicas de la población objetivo.

A guisa de conclusión cabe destacar que vulnerabilidades acumuladas tanto sociales (pobreza, menor nivel de escolaridad, no contar con una pareja estable) como psiquiátricas (trastorno límite de personalidad) intervienen en la infección por VIH. Se desea remarcar que la prevención de la transmisión del VIH en las mujeres en edad fértil, requiere de un trabajo orientado a disminuir su vulnerabilidad



psicológica, social y biológica, tarea que excede por mucho al Sector Salud. Sería importante investigar también los factores que conducen a la resiliencia, esto es, al hecho de que a pesar de las experiencias adversas y traumáticas de la existencia, las personas puedan enfrentarlas sin psicopatología.⁴² Es necesario el trabajo conjunto con otros sectores de la sociedad para lograr un cambio cultural y social que brinde mejor calidad de vida a las mujeres, principalmente de las más desfavorecidas.

AGRADECIMIENTOS

A la Dra. Esther Casanueva sus valiosos comentarios respecto del análisis estadístico de los datos, así como a las terapeutas de pareja Alma Rosa Gutiérrez y Leticia Truqui, del Instituto Latinoamericano de la Familia (ILEF), por su inapreciable conducción del grupo de apoyo terapéutico para las pacientes con VIH/SIDA. Nuestra gratitud a las mujeres que aceptaron comunicarnos la riqueza de su mundo interno.

ABSTRACT

Aims: To establish if HIV+ pregnant women present more psychiatric symptoms and illnesses than pregnant women without sexually transmitted infections (STI's).

Material and methods: A psychiatric diagnostic assessment was performed, based on the Structured Clinical Interviews (SCID-I and II) for the DSM-IV, as well as the Personality Questionnaire for axis II (PQ-II), complemented by the Inventory of Personality Organization (IPO), the General Health Questionnaire (GHQ), the Edinburgh Perinatal Depression Scale (EPDS) and the Test of nonverbal intelligence BETA-IIR. The HIV group was conformed by 37 HIV+ women and the control group by 115 pregnant women without an STI. The tests used were the Kolmogorov-Smirnov test or the chi-square, as well as odds ratio with a 95% CI.

Results: The HIV group was conformed by women in a lower range of age ($p < 0.048$), schooling (0.000) and socioeconomic level (0.000), they were single (0.000) and had a paid job (0.051) than the control group. The HIV group manifested a higher number of depression symptoms (EPDS, $p < 0.005$). Having a borderline personality disorder constitutes a potential risk 45 times higher to acquire HIV (CI 95% 5.40 - 386.35); in both groups a high rate of depression was found (0.444 and 0.322) however, the risk potential was 17 times higher for the HIV group (CI 2.18 - 140.53), having a personality disorder was also a risk factor for infection (OR 14.72 CI 1.40 - 155.08). There is a significant association between having a mental disorder and the acquisition of HIV/AIDS (OR 23.01 CI 95% 3.021 - 175.353).

Conclusions: Both social (poverty, lower level of education, not having a partner) as well as psychiatric (personality disorders) cumulative vulnerabilities intervene in the infection with HIV.

KEY WORDS: Pregnancy, personality disorders, mood disorders, sexually transmitted infections, HIV/AIDS.

REFERENCIAS

1. ONUSIDA/OMS. Resumen mundial de la epidemia de VIH/SIDA (diciembre de 2003).
2. Uribe-Zúñiga P, Magis-Rodríguez C, Bravo-García E, Gayet-Serrano, Villegas-Icazbalceta L, Hernández-Tepichin G. El SIDA en las mujeres: logros y asignaturas pendientes. *Perinatol Reprod Hum* 2003; 17: 255-70.
3. Secretaría de Salud. Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH/SIDA. Epidemiología del VIH/SIDA en México para el año, 2003.
4. Ciesa JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158: 725-72.
5. Asociación Psiquiátrica Americana de Washington. Guía clínica para el tratamiento de los pacientes con VIH/SIDA. 2001 Trad. Jodi Blanch y Xavier Torres, Barcelona: Ars Medica; 2002.
6. Jacobsberg L, Frances A & Perry S. Axis II diagnoses among volunteers for HIV testing and counseling. *Am J Psychiatry* 1995; 152: 1222-24.
7. American Psychiatric Association. DSM-IV. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. México: Masson; 1994 (1995 versión en español).
8. First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Benjamin 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.
9. First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Benjamin L. SCID-II Cuestionario de personalidad, Barcelona: Masson; 1999.
10. Kernberg P, Weiner A, Bardenstein K. Trastornos de personalidad en niños y adolescentes. México: Manual Moderno; 2003.
11. López D. Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes limítrofes. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana; 2004.
12. Lartigue T. Patología borderline en la gestación. Evidencias clínicas y de investigación en México. *Trópicos. Revista de la Asociación Psicoanalítica de Caracas* 2001; 2: 109-29.
13. First M, Gibbon M, Spitzer R, Williams J, Benjamin L. Guía del usuario para la entrevista clínica estructurada para los trastornos de personalidad del Eje I del DSM IV. Versión clínica SCID-I. Barcelona: Masson; 1999.
14. Ortiz Ramírez M. Adaptación de la Entrevista Estructurada SCID II para la población que solicita atención psicológica. Tesis inédita licenciatura, Facultad de Psicología UNAM, México: 1997.
15. Grain J, Lemus S. Prevalencia y comorbilidad del trastorno límite de la personalidad. Tesis inédita licenciatura, Facultad de Psicología UNAM, México 1999.
16. Díaz Portillo I. Técnica de la entrevista psicodinámica. México: Pax, 1989.
17. Lartigue T, Casanova G, Ortiz J, Aranda C. Indicadores de malestar emocional y depresión en mujeres embarazadas con ITS-VIH/SIDA. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18(2): .
18. Parres R. Guía para la elaboración de la historia clínica. Material inédito, México: Asociación Psicoanalítica Mexicana, 1964.
19. Goldberg DP. The detection of psychiatric illness by questionnaire. London: Oxford University Press; 1972.
20. Cox L, Holden JM, Sagovsky R. Detection of postnatal depression: Development of the Edinburgh Postnatal Depression Scale. *Br J Psychiatry* 1987; 150: 782-6.
21. Clarkin J, Foelsch P, Kernberg O. Manual for the Inventory of Personality Organization (IPO). New York: The Personality Disorders Institute, Department of Psychiatry, Cornell University Medical College.
22. Lezenwegwer MF, Clarkin JF, Kernberg O, Rothbart Mary K, Posne M, Vizueta N, Kathleen T, Levy K, Fossella J. The inventory of personality organization. *Psychol Asses* 2001; 13: 577-91.



23. Kellogg CE, Morton NW. Instrumento no verbal de inteligencia. Beta II-R. México: Manual Moderno; reimpresión 2000.
24. Lartigue T. VIH/SIDA y fallas en la parentalidad. Una investigación en el INPer desde las teorías psicoanalíticas y de género. En: Alizade M, Lartigue T. (comps). *Psicoanálisis y relaciones de Género*. Buenos Aires: Lumen/IPA CO-WAP; 2004, p. 57-77.
25. Population Reports. Los jóvenes y el VIH/SIDA ¿Podemos evitar una catástrofe? *Pop Rep L* 2001; XXIX: 1-39.
26. Medina-Mora ME, Rojas E. Mujer, pobreza y adicciones. *Perinatol Reprod Hum* 2003; 17: 230-44.
27. Platts M (comp). SIDA: aproximaciones éticas. Universidad Autónoma de México; Instituto de Investigaciones filosóficas. México: Fondo de Cultura Económica; 1996.
28. Solomon A, Haaga DA, Arnow BA. Is clinical depression distinct from subthreshold depressive symptoms? A review of the continuity issue in depression research. *J Nerv Ment Dis* 2001; 189: 498-506.
29. World Federation for Mental Health. *The relationship between physical and mental health: Co-occurring disorders*. Alexandria VA, USA: 2004.
30. Bleichmar H. El modelo modular-transformacional y los subtipos de depresión. En: *Avances en psicoterapia psicoanalítica. Hacia una técnica de intervenciones específicas*, Buenos Aires: Paidós; 1997, p. 35-80.
31. Pesonen AK, Räikönen K, Stranberg T. Insecure adult attachment style and depressive symptoms: Implications for parental perceptions of infant temperament. *Infant Ment Health J* 2004; 25: 99-116.
32. Ensminger M, Hanson S, Riley A, Juon HS. Maternal psychological distress: Adult sons' and daughters' mental health and educational attainment. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 1108-15.
33. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Para acabar con la violencia contra la mujer. *Popul Report L* 1999; XXVII: 1-43.
34. Huth-Bocks A, Levendosky A, Theran S, Bogat A. The impact of domestic violence on mothers' prenatal representations of their infants. *Infant Ment Health J* 2004; 25: 79-98.
35. Cordova A, Lartigue T. Evaluación con la Entrevista de Apego Adulto de dos casos de madres con VIH. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18(2):
36. Larrieu J, Zeanah Ch. Treating parent-infant relationships in the context of maltreatment. An integrated systems approach. En: A. Sameroff, S. McDonough, K. Rosenblum (eds.) *Treating parent-infant relationship problems. Strategies for intervention*. New York: The Guilford Press; 2004, p. 243-64.
37. CONASIDA. Guía para la atención psicológica de personas que viven con el VIH/SIDA. México: 1998.
38. Schutz B. Un fantasma de nuestro tiempo. Consideraciones acerca del SIDA en torno a un caso clínico. *Revista de Psicoanálisis (Argentina)* 1995; 21: 135-56
39. Lebovici S. Los vínculos intergeneracionales (trasmisión y conflictos). *Las interacciones fantasmáticas*. En: Lebovici S, Weil-Halpern F (eds). Trad. F.J. González. *Psicopatología del bebé*. México: Siglo XXI; 1995.
40. Bernal B, Hernández G. Las enfermedades de trasmisión sexual ETS: otro reto para la prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA: *Revista SIDA-ETS* 1997; 3: 63-76.
41. Johnson PJ, Hellerstedt WL. Current or past physical or sexual abuse as a risk marker for sexually transmitted disease in pregnant woman. *Perspect Sex Reprod Health* 2002; 34: 62-7.
42. Brennan P, Le Brocque R, Hammen C. Maternal depression, parent-child relationships and resilient outcomes in adolescence. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2003; 42: 1447-69.