

Gestación, maternidad e infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA

Dentro de las actividades del Programa de Educación Continua del Instituto Nacional de Perinatología (INPer), destaca la impartición de cursos de actualización con diversos fines, uno de ellos es contribuir a la creación de equipos de trabajo interdisciplinario para abordar, de manera integral, las diversas perspectivas que aportan las múltiples disciplinas involucradas en el campo de conocimiento.¹ Otro de los objetivos del programa consiste en promover la reflexión respecto de la conveniencia de cambiar o complementar un modelo curativo, con otro que privilegie la prevención primaria de la enfermedad. Esto es, que propicie, posibilite y fomente la salud, el bienestar físico, psicológico y social.²

Un ejemplo por excelencia de la prevención primaria o universal es la que se realiza antes de la concepción de un nuevo ser, durante la etapa de gestación. Donde resulta sumamente importante para el nuevo ser gozar de buena salud física y mental, lo cual le permitirá manejarse en el complejo mundo en que se desarrollará. La buena salud mental tiene sus cimientos en la primera infancia y se inicia con la relación que establece el lactante con sus padres o figuras parentales, lo que sentará las bases de confianza y/o seguridad básicas.³

El presente número reúne seis trabajos presentados en la *V y VI Reuniones de Investigación sobre la Salud Mental en la Primera Infancia*, celebradas en octubre del 2001 y 2002, en el Instituto Nacional de Perinatología. En estas reuniones se decidió abordar la temática de la gestación y los efectos que tienen las infecciones de transmisión sexual (ITS), así como los provocados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). En diversas publicaciones científicas (que abordan el tema de la salud mental de lactantes, niños y adolescentes) se comienzan a reconocer las repercusiones en el desarrollo psicológico y neurológico de las y los hijos, nacidos de padres con dichas infecciones.

La Federación Mundial de la Salud Mental publicó, en junio del 2003, una obra sobre *Trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes*, que incluye un capítulo sobre *Los niños y las familias afectados por el VIH/SIDA*, donde señalan las diversas formas en que se ven afectados los pequeños nacidos de madres con VIH, que van desde: contraer la enfermedad, abandonar la escuela para hacerse cargo de algún miembro de la familia o para ganarse el pan propio, así como quedar huérfanos por la pérdida del padre, la madre o de ambos.³

Los efectos psicológicos del VIH/SIDA sobre los niños(as) incluyen: sufrimiento emocional, que se presenta en varias formas como depresión, agresión o falta de crecimiento, entre otros, preocupación por el futuro (adónde van a ir y quién se ocupará de ellos); falta de guía y orientación (lo que dificultará lograr la madurez emocional y la integración posterior a la sociedad); trastornos psicológicos, que pueden manifestarse antes, durante o después de la pérdida de los padres; no poder expresar su dolor de manera afectiva; pérdida del hogar y del apoyo financiero que tenían (quedar sin comida, albergue, abrigo, medicamentos y educación, ante lo cual pueden incurrir en prostitución).

Es importante también considerar las necesidades psicosociales de los padres infectados, quienes además de vivir abrumados con el dolor y la depresión de la enfermedad, viven la angustia de que dejarán a sus hijos solos o desamparados.

La Federación Mundial de Salud Mental recomienda que las y los profesionales de la salud orienten a los padres sobre la forma de informar a sus hijos(as) de su condición, sobre la necesidad de encontrar hogares seguros y estables donde puedan crecer y desarrollarse, así como hablar de la muerte y del proceso que lleva a ella. Existen múltiples barreras culturales en la mayoría de los países, y ciertamente en Latinoamérica, cuando se recomienda a los padres hablar de que morirán y de preparar a los niños para esta transición.³ Muchos padres prefieren no tocar estos temas por temor a lastimar a sus hijos, con lo cual puede establecerse así, una suerte de “conspiración del silencio”, en la que todos, de algún modo, saben lo que sucederá, pero nadie puede hablar de ello.

La principal relación entre el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) y las demás ITS, estriba en que la modalidad predominante de transmisión es la sexual, por lo que muchas de las medidas de prevención son idénticas. Se encuentra, además, el hecho de que los servicios clínicos especializados en ITS constituyen importantes puntos de contacto para personas con alto riesgo de infección por VIH (no sólo en materia de diagnóstico y tratamiento, sino también en lo relativo a la educación sanitaria). Asimismo, las tendencias en cuanto a la incidencia y prevalencia de las ITS constituyen indicadores tempranos de la variación del comportamiento sexual de los individuos. Una diferencia importante radica en que el VIH, además de transmitirse por la vía sexual, se puede contagiar a través de la sangre, los productos sanguíneos, los órganos o tejidos donados y la transmisión perinatal –de una madre infectada a su feto o hijo recién nacido.⁴

Por otra parte, existe evidencia de que la leche humana puede ser el vehículo de transmisión de un importante número de agentes patógenos, en especial los de tipo viral: VIH, virus de la hepatitis B y citomegalovirus.⁵

En la Norma Oficial Mexicana para la Prevención del VIH/SIDA se consideran prácticas de alto riesgo las siguientes conductas: tener varios compañeros sexuales (independientemente de su preferencia sexual); sostener relaciones sexuales con personas que padecen alguna enfermedad de transmisión sexual y/o compañeros sexuales con VIH-SIDA; usar drogas intravenosas; utilizar jeringas con elevada frecuencia, como les sucede a las personas con hemofilia.⁶

Además de las prácticas anteriores, se han mencionado otros factores de riesgo que influyen en la transmisión de las ITS, como: la movilidad poblacional por necesidades de empleo, educación y salud; las desiguales relaciones de poder entre los géneros masculino y femenino, que originan subordinación de las mujeres; la desintegración familiar; la falta de educación sexual y de una cultura de prevención; así como la sinergia y sincronismo de las ITS, ya que algunas enfermedades actúan como factores de riesgo para la aparición de otras.⁷

La violencia doméstica, principalmente el abuso sexual o físico en la niñez y la coerción sexual de la pareja, son también factores de riesgo para el contagio de una ITS, incluido el VIH/SIDA.⁸⁻¹⁰ Asimismo, existen otras “condiciones sociales de riesgo”, como: el origen étnico; la situación socioeconómica; la migración; y otras formas de discriminación, que se combinan para formar situaciones de vulnerabilidad acumulada, donde el VIH/SIDA afecta a las mujeres, en tanto mujeres, pero no las afecta a todas por igual.¹¹

El Programa de Atención Integral del Instituto Nacional de Perinatología para la mujer embarazada infectada por el VIH se inició en el Departamento de Infectología

en 1990, entre sus objetivos se encuentran: ofrecer un programa de atención integral de apoyo médico, psicológico y social a las mujeres embarazadas que cursan con infección por el VIH y establecer con este grupo líneas de investigación que permitan generar mayor conocimiento sobre el comportamiento y repercusión en la salud reproductiva de la infección, así como buscar el avance en el conocimiento de nuevas alternativas de tratamiento médico.¹²

Mediante un diseño de cohorte prospectiva, Ortiz y colaboradores(as) han integrado a dicho programa a todas las mujeres embarazadas del INPer que tienen diagnóstico de infección por VIH (ellas o sus parejas), con la colaboración de la Asociación de Damas Voluntarias del INPer, la Asociación Mexicana de Malta, A.C. y la Fundación Televisa. De 1989 al mes de diciembre del 2003 se han atendido en el INPer a 149 mujeres embarazadas infectadas por el VIH, de las cuales 38 no recibieron tratamiento antirretroviral (periodo 1989-2003) habiéndose observado infección en ocho de los hijos(as) de estas mujeres. Por otra parte, 111 mujeres sí recibieron terapia antirretroviral (de 1994 a 2003); de este grupo, sólo en tres productos se transmitió la infección por VIH.*

A partir del año 2000 se inició en el INPer otro proyecto de investigación en el Departamento de Epidemiología Reproductiva, cuyo objetivo fue el evaluar en mujeres embarazadas asistentes al INPer con diagnóstico de infección(es) de transmisión sexual ITS/VIH-SIDA: la prevalencia de trastornos de la personalidad y/o psiquiátricos, así como la frecuencia y tipo de conductas o prácticas de alto riesgo y la relación entre los trastornos mentales y las condiciones de riesgo.¹³ El modelo de la investigación corresponde al de 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 Aceptar participar en esta investigación permitió que 392 mujeres embarazadas se beneficiaran de estudios de laboratorio para indagar sobre la presencia de infecciones de transmisión sexual, sin costo alguno para ellas. Gracias a lo cual se logró identificar una ITS (principalmente en pacientes asintomáticas) y recibir un tratamiento oportuno. De igual manera, desde la perspectiva psicológica, se logró evaluar el estado de salud mental de las gestantes que permanecieron en la investigación y, en algunos casos, llevar a cabo intervenciones en crisis, preventivas, de derivación a otras instituciones, así como de psicoterapia breve.¹⁵

Los trabajos que se presentan en este número derivan precisamente de esta investigación dividida en dos fases. En la primera fase (abril 2000 a julio del 2002) se invitó a participar a las mujeres embarazadas y a sus parejas en el proyecto de investigación; se efectuó un estudio piloto respecto de la validez facial de los distintos instrumentos por emplear y se realizaron los estudios de diagnóstico de ITS y psiquiátricos. En la segunda fase se realizó un estudio piloto de seguimiento de una tercera parte de las mujeres y sus bebés durante el primer año de vida, en la línea de investigación de la construcción de la parentalidad: apego, desarrollo temprano, interacciones madre-bebé y transmisión transgeneracional de la salud o de la psicopatología.¹⁶

El artículo de Lartigue, Casanova, Ortiz y Aranda da cuenta del grave malestar emocional de algunas de las futuras madres que padecen una infección de transmisión sexual de tipo viral (principalmente por el virus del papiloma humano, íntimamente

*Javier Ortiz, comunicación personal



asociado con el cáncer cervicouterino, o por el virus de la inmunodeficiencia adquirida que produce el SIDA o por el virus del herpes simple tipo 2, asociado al herpes genital). Se encontraron diferencias significativas al comparar este grupo con el grupo control (mujeres embarazadas sin ITS) en la Escala de Depresión Perinatal de Edinburgo (EPDS), donde los casos obtuvieron puntajes globales más altos; así como en los factores uno y dos de dicha escala. Las mujeres embarazadas con ITS, producidas por virus, reportaron los siguientes signos y síntomas: tener problemas para dormir debido a sentirse infelices, experimentar tristeza o una sensación de desgracia, lo que motivaba el llanto (como una manifestación del dolor psíquico), así como la presencia de pensamientos de hacerse daño a sí mismas, ideación suicida (criterio 9 del DSM-IV, 1994).¹⁷ La tasa de prevalencia de probable depresión en el grupo de casos con ITS de predominio viral ($n = 123$) fue más elevada que en el grupo control: alrededor del 38% (tomado como punto de corte en el EPDS 12/13). Esta cifra también contrasta con la tasa de 16.6% obtenida en la investigación anterior¹⁸ realizada también con mujeres embarazadas en el INPer, con la misma escala y con el mismo punto de corte (12/13). Todo esto nos alerta sobre el profundo dolor y sufrimiento emocional de las pacientes aquejadas de infecciones virales de transmisión sexual.

Nava y colaboradores muestran que la sinergia y sincronía de diversas ITS constituyen un factor de riesgo para adquirir una ITS por virus en esta muestra (por el VIH, por el virus del papiloma humano, el virus del herpes simple o molusco contagioso); infecciones descritas como tratables, pero no curables. Esto es, haber padecido una infección previa, tanto en las mujeres como en los hombres, potencia la probabilidad de infección (veintisiete veces mayor en las mujeres y nueve veces en los hombres). Lo anterior hace evidente la necesidad del diagnóstico y tratamiento oportuno de cualquier infección en ambos miembros de la pareja, para evitar caer en el círculo vicioso de la recurrencia y/o nuevas infecciones cada vez de mayor gravedad.

Los autores subrayan la importancia de explorar a profundidad las redes sexuales de las mujeres y las prácticas de riesgo —no sólo de ellas y sus parejas estables o eventuales—, sino también de las parejas de ellos; se modifica así la perspectiva de evaluar al individuo en riesgo, para estudiar a profundidad sus relaciones sexuales a través de la vida, así como la de sus compañeros(as). Sería importante explorar también a las parejas de estos compañeros, de la manera que lo sugieren Johnson y colaboradores (primera, segunda y tercera generación de parejas).¹⁹

Los hallazgos mencionados en el artículo de González y colaboradoras respecto de la prevalencia de trastornos del estado de ánimo (44%) y de personalidad en el grupo de VIH/SIDA (51%), integrado por 37 mujeres VIH positivas, confirman la necesidad de detectar trastornos mentales en cualquier mujer embarazada viviendo con VIH/SIDA. Por la otra, de realizar campañas de prevención dirigidas principalmente a los niños y adolescentes en riesgo de padecer un trastorno mental. El que se haya obtenido una prevalencia más alta de psicopatología en el grupo de casos (96%) que en los controles (53%), confirma la hipótesis de que los trastornos mentales constituyen un factor de riesgo para la adquisición del VIH. Aspecto al que se le ha dado escasa atención en México, donde la intervención debe ser preventiva y realizarse antes de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Principalmente en el último año de la escuela primaria, en virtud de que un buen número de mujeres no continúa la secundaria. Por otra parte, es importante destacar que la infección por VIH, como lo han señalado otros investigadores, se encuentra asociada a otros factores de riesgo como son la pobreza, bajos niveles de escolaridad,

una baja capacidad intelectual, una vulnerabilidad biológica, psicológica y social, los cuales interactúan y se mantienen entre sí, como se hizo evidente en este grupo específico ejemplificado con el caso de Azucena.

La evaluación de los estados de la mente —a través de la Entrevista de Apego Adulto— de dos mujeres con VIH se presenta en el artículo de A. Córdova y Lartigue. En ambos casos se presentó un tipo de apego llamado desorganizado, donde se advierte cómo las experiencias traumáticas en la infancia (también denominadas experiencias adversas en la niñez por Dube y cols.²⁰) contribuyen a la creación de estados mentales desorganizados que se caracterizan porque la pérdida o la reparación del trauma no ha sido resuelta (ambas pacientes sufrieron descuido o abandono por parte de las figuras parentales). Esta condición de desorganización provoca desorientación de la persona en diversos aspectos de su funcionamiento y adaptación: así, las madres, cuyos modelos de relaciones (o apego en el adulto) clasificadas con apego desorganizado, mostraron un comportamiento característico, consistente en que al sentir miedo y falta de organización, con frecuencia asustan a sus hijos o hijas. Esto ocurre porque la madre misma se encuentra asustada y angustiada, y no puede contener sus temores. Entonces le es difícil contener y calmar a sus hijos debido a sus propias necesidades insatisfechas de ser cuidada y protegida. En estas personas se presentan periódicamente conductas extrañas que atemorizan y, a su vez, desorientan a los bebés a través de interacciones amenazantes. Durante estos momentos su conciencia se encuentra alterada, o están empleando mecanismos defensivos de tipo disociativo, en los que se pueden advertir memorias traumáticas de una manera parcial y desintegrada.²¹ Es decir, no se dan cuenta de sus reacciones durante los estados en que están disociadas y se relacionan de modo inusual, comportándose en otros momentos de manera más cariñosa hacia sus bebés.

El sistema familiar de estas dos mujeres, conformado por ellas, sus cónyuges e hijos, se analiza en el artículo de E. Córdova y colaboradoras. En ambos casos se trata de familias con ambos padres infectados en la etapa del ciclo vital inicial procreativo, en el primer caso la madre se define como transmisora y en el segundo el padre. En el genograma familiar de estas pacientes y en la entrevista psicodinámica se muestra con claridad la incertidumbre, tensión y preocupación por el destino de las recién nacidas, principalmente quién se hará cargo de ellas cuando los padres mueran.

En virtud de que los recién nacidos no presentan manifestaciones de infección en esta etapa de la vida, y también de que existe un periodo asintomático entre el nacimiento y los doce meses de vida, se juzgó conveniente evaluar la presencia o no de alteraciones neurológicas y conductuales en las dos niñas. Los resultados tanto en la Escala de Conductas Neonatales de Brazelton, como en las Escalas de Desarrollo de Nancy Bayley muestran que el repertorio conductual de las pequeñas era adecuado para dar inicio al complejo sistema de interacciones con el entorno, principalmente con la madre y el padre. Asimismo, que su desarrollo mental y motor cursaba conforme lo esperado para la edad; sin embargo, en el caso dos, se advirtieron manifestaciones de un incipiente trastorno en la relación madre-hija, de una conducta de oposicionismo que posiblemente esté reeditando la relación que ella tuvo con su propia madre que le exigía en demasía.

Figuroa y Ávila, en su revisión bibliográfica, subrayan que “los signos neurológicos y de alteraciones en el desarrollo se comportan como marcadores de la enfermedad por VIH en niños y pueden preceder a otros signos clínicos de progresión de la enfermedad”, por lo que recomiendan aplicar las Escalas de Desarrollo de Bayley en



virtud de que representan un marcador temprano de la severidad con que el sistema nervioso central podría estar afectado por el VIH. Las dos pequeñas (hasta diciembre del 2003) no presentaban evidencia alguna de infección.

Los autores destacan el hecho de que a pesar de los importantes logros en materia médica (uso de agentes antirretrovirales, realización de cesárea electiva, alimentación con sucedáneos de la leche humana) que reducen la probabilidad de que un niño o niña sea infectado, en los países con pobre desarrollo económico y sociocultural se siguen presentando casos de niños infectados por VIH. Figueroa y Ávila distinguen tres categorías de riesgo de exposición a diversos factores asociados con una mayor o menor probabilidad de presentar alteraciones neurológicas. La primera se refiere a los niños infectados por el VIH materno, esto es, niños que adquirieron el VIH ya sea por vía intrauterina, durante el parto o por lactancia al seno materno. En ésta se encuentran los que están libres de síntomas y alteraciones neurológicas y aquellos que ya presentan síntomas de la enfermedad. La segunda categoría es la de niños expuestos al VIH materno, pero no infectados (donde se ha observado que los niños serorrevertidos tienen ejecuciones similares en las evaluaciones del neurodesarrollo, en comparación con niños nacidos de madres VIH negativas. Por lo que son los diversos factores psicosociales los que juegan un papel importante (abuso de drogas por la madre durante la etapa prenatal, falta de atención prenatal, periodos repetidos de hospitalización, cuidados erráticos en hogares con dinámica familiar alterada y falta de interacción verbal con los padres). La última categoría corresponde a las y los niños expuestos a antirretrovirales en la etapa prenatal, donde algunos estudios señalan efectos adversos y otros no muestran una asociación clara y definitiva entre la afectación neurológica y la exposición a antirretrovirales.

Los autores concluyen que se “requiere una identificación temprana y confiable de las alteraciones del neurodesarrollo en los tres grupos de niños para proporcionar terapias destinadas a su prevención y manejo, para así limitar al máximo cualquier daño cerebral”. Esto es, un monitoreo cuidadoso y de largo plazo del neurodesarrollo de las y los niños.

Por último, es importante subrayar que las y los profesionales que tratan a parejas y/o familias con VIH/SIDA deben mantenerse informados respecto de los procedimientos para manejar el virus, así como consultar con expertos para ayudar mejor a sus pacientes, revisar sus propios principios éticos y valores acerca de la muerte, la sexualidad en general, la homosexualidad, el uso de drogas ilícitas y la infección por VIH y mantener la esperanza realista de un futuro mejor para las parejas y sus hijos.²² El personal de salud, por su parte, debe mantenerse actualizado en los diferentes métodos de diagnóstico y de tratamiento de las ITS, así como de las principales medidas de prevención; en esta tarea el personal de enfermería, al ser el más numeroso del sector salud, puede contribuir, principalmente en lo relativo a su propia actualización.²³

Un desafío para las y los profesionales de la salud mental es el diseño y promoción de programas de prevención de trastornos mentales dirigidos a personas con vulnerabilidades acumuladas, una de ellas debida al maltrato infantil. Por lo que habría que colaborar activamente en la disminución o neutralización de la violencia doméstica en cualquiera de sus manifestaciones, así como de la violencia contra la mujer a lo largo del ciclo vital. Asimismo, sería importante fomentar la construcción de parentalidad, la disponibilidad emocional para convertirse en madre y en padre, al igual que incrementar la capacidad reflexiva de madres y padres, que permitiría

establecer apegos seguros y confianza básica en las siguientes generaciones, así como el desarrollo de la capacidad de autorregulación y autocuidado. La Entrevista de Apego Adulto (AAI) es un buen instrumento para explorar estas dimensiones.²⁴⁻²⁷ Sólo a través del esfuerzo coordinado de los diferentes profesionales de la salud y de la educación se podrá librar la batalla contra los embarazos no previstos, el abuso infantil, los trastornos mentales y las infecciones de transmisión sexual, incluido el VIH/SIDA.

Teresa Lartigue y J. Martín Maldonado-Durán
Editores huéspedes

REFERENCIAS

1. INPER Programa Académico 2004. Instituto Nacional de Perinatología. México 2004.
2. Lartigue T, Maldonado-Durán JM, Feinholz A, Avila RH. Editorial. Aproximación multicéntrica, multidisciplinaria y transcultural de algunos aspectos de la salud mental en la primera infancia. *Perinatol Reprod Hum* 2001; 15: 1-10.
3. Federación Mundial de Salud Mental. Trastornos emocionales y conductuales de niños y adolescentes. Alexandria VA. USA: Programa de Educación en Salud Mental; 2003.
4. ONUSIDA/OMS. Enfermedades de transmisión sexual: políticas y principios de prevención y asistencia. Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA; 1997.
5. Arredondo JL, Ortiz-Ibarra FJ. Virus de la inmunodeficiencia humana y los bancos de leche humana. *Cuader Nutr* 1997; 20: 54-6.
6. Secretaría de Salud (SSA). Modificación a la Norma Oficial Mexicana para la Prevención del VIH/SIDA, México: CONASIDA, 2000.
7. Bernal B, Hernández G. Las enfermedades de transmisión sexual (ETS), otro reto para la prevención y control de la epidemia del VIH/SIDA. *Revista SIDA-ETS* 1997; 3: 63-7.
8. Heise L, Moore K, Toubia N. Sexual coercion and women's reproductive health: a focus on research. New York: Population Council; 1995.
9. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Para acabar con la violencia contra la mujer. *Population reports. Temas Sobre Salud Mundial*; 1999, p. 27.
10. Johnson P, Hellersted W. Current or past physical or sexual abuse as a risk marker for sexually transmitted disease in pregnant women. *Perspect Sex Reprod Health* 2002; 34: 62-7.
11. Herrera C, Campero L. La vulnerabilidad e invisibilidad de las mujeres ante el VIH/SIDA: constantes y cambios en el tema. *Sal Pub Mex* 2002; 44: 554-64.
12. Ortiz J. Programa de Atención Integral del Instituto Nacional de Perinatología para la Mujer Embarazada Infectada por el VIH. En: Uribe-Zúñiga P, Magis C (eds.). *La respuesta mexicana al SIDA: Mejores prácticas*. México: Consejo Nacional para la Prevención y Control del SIDA, 2000 p. 186-90.
13. Lartigue T, Vives J, Ávila H, Casanova G, Feinholz D, Nava A, et al. ETS-VIH/SIDA y trastornos de personalidad en mujeres embarazadas y sus parejas. Detección y prevención de prácticas de alto riesgo. Proyecto de investigación realizado con el apoyo económico de la Secretaría de Salud, el CONACYT, INPer, APM y la UCM. 2000.



14. Martínez M. Comportamiento humano. Nuevos métodos de investigación. México: Trillas; 1997.
15. Dávila P. El proceso de la alianza terapéutica en el periodo perinatal. Estudio de un caso en psicoterapia breve. Tesis inédita de Maestría en Psicoterapia General, Centro de Estudios de Postgrado, Asociación Psicoanalítica Mexicana; 2004.
16. Lartigue T, Vives J, De la Cerda D, Córdova A, Vázquez M, Bukrinsky R, López D. Risk factors for borderline pathology in pregnant women. Effects on the newborn and affective interaction mother-infant. Proyecto de investigación en proceso gracias al apoyo económico del Research Advisory Board of the International Psychoanalytic Association, Londres, Inglaterra; 2004.
17. Asociación Psiquiátrica Americana. DSM-IV Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Masson; 1994.
18. 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.
19. Johnson KM, Alarcón J, Watts DM, Rodríguez C, Velásquez C, Sánchez J. Sexual networks of pregnant women with and without HIV infection. *AIDS* 2003; 17: 605-12.
20. Dube S, Anda R, Felitti V, et al. Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span. Findings from the Adverse Childhood Experiences Study. *JAMA* 2001; 286: 3089-96.
21. Schuengel C, Bakermans-Kranenburg M, Van Ijzendoorn M. Frightening maternal behavior linking unresolved loss and disorganized infant attachment. *J Consult Clin Psychol* 1999; 67: 54-63.
22. Birrel de Chagoya C. La pareja ante el SIDA. En: La familia. Su dinámica y tratamiento. Saucedo GJ, Maldonado DM (Coords.). Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud, Instituto Mexicano del Seguro Social; 2003, p. 102-200.
23. Sánchez-Jiménez B, Hernández-Trejo M. Formación del personal de enfermería como promotor de la prevención de infecciones de transmisión sexual. Evaluación de aprendizaje. *Perinatol Reprod Hum* 2003; 17: 102-14.
24. Steele H, Steele M. Clinical uses of the Adult Attachment Interview. En: Cortina M, Marrone M (eds.). Attachment theory and the psychoanalytic process. London: Whurr Publishers; 2003, p. 107-26.
25. Gojman S, Millan S. Integrating attachment and social character approaches to clinical training: Case studies from a Mexican Nahuatl village. En: Cortina M, Marrone M (eds.). Attachment Theory And The Psychoanalytic Process. London: Whurr Publishers; 2003, p. 179-203.
26. Roisman G, Tsai J, Chiang KH. The emotional integration of childhood experience: Physiological, facial expressive and Self - reported emotional response during the Adult Attachment Interview. *Develop Psychol* 2004; 40: 776-89.
27. Lartigue T. El cuerpo muerto-vivo. Un estudio en el INPer sobre la depresión en la gestación. En: Casillas J, Kolteniuk M, De la Parra J. (comps). El cuerpo y el psicoanálisis. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana/ Editores de Textos Mexicanos (En prensa).