

Evaluación de dos casos de madres con VIH, mediante la entrevista de apego adulto*†

ARMANDO CÓRDOVA,^a TERESA LARTIGUE^b

RESUMEN

Objetivo: Identificar el tipo de apego de dos madres con VIH, utilizando la Entrevista de Apego Adulto (AAI, por sus siglas en inglés).

Metodología: Aceptaron participar en esta parte de la investigación dos de las 37 mujeres (procedentes de la investigación sobre ETS-VIH/SIDA y trastornos de personalidad en mujeres embarazadas), a quienes se les aplicó la AAI; dicha entrevista fue audiograbada, transcrita *verbatim* y calificada (después de un proceso de certificación), con base en el sistema de clasificación desarrollado por Main, Goldwyn y Hesse. Las dos mujeres fueron similares en cuanto a variables como edad, ocupación (labores del hogar), estado civil (casadas), ser madres, tener pareja y presentar depresión.

Resultados: Se describen los casos de dos mujeres de 23 y 26 años, casadas y dedicadas al hogar. La primera con tres gestaciones y la otra con una; ambas con VIH positivo, al igual que sus parejas. En la experiencia durante la niñez sobresalen los siguientes datos: ambas sufrieron de descuido y un nivel bajo de amor y de cuidados por parte de las figuras parentales. Se encontró también la existencia de rechazo, principalmente en el caso uno. Ambos casos fueron clasificados como Desorganizados/No Resueltos (Ud), estado mental inseguro, por la insuficiente elaboración de experiencias traumáticas; más una clasificación autónoma (Ud/F), por la influencia de una figura de apego sustituta y satisfactoria durante la infancia. Sin esta importante influencia reparativa las características de la autonomía (como una asignación secundaria al tipo de apego) no se hubieran logrado.

Conclusiones: Ambas madres tuvieron una infancia adversa con eventos traumáticos no-resueltos, lo que probablemente se transmitirá a sus infantes como un apego desorganizado.

PALABRAS GUÍA: Entrevista de apego adulto (AAI), gestación, VIH/SIDA, apego desorganizado.

* 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 y en la APM 01-10 y 01-11. † El proceso de certificación en la AAI del Dr. Córdova se financió parcialmente gracias al apoyo económico del Comité de Investigaciones de la Asociación Psicoanalítica Internacional otorgado a la Dra. Teresa Lartigue.

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

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

Correspondencia:

Armando Córdova. Departamento de Epidemiología Reproductiva. Subdirección de Salud Pública. Primer piso Torre de Investigación. Instituto Nacional de Perinatología. Montes Urales 800, Col. Lomas de Virreyes. CP. 11000, México, D.F.
Correo electrónico: armandocordova@prodigy.net.mx

Recibido: 15 de diciembre de 2003.

Aceptado: 22 de julio de 2004.



INTRODUCCIÓN

En la actualidad existen alrededor de 40 millones de personas que sobreviven con el VIH. En el año 2003 se estimó que 4.8 millones de personas se infectaron (más que cualquier otro año); y que en ese periodo ocurrieron cerca de 3 millones de defunciones por el SIDA en el mundo, para hacer un total de 20 millones desde 1981.^{1,2} En América Latina se calcula que existen 1.6 millones de personas con VIH y que alrededor de 84 mil han muerto por la infección. Factores como las carencias económicas, el machismo, el desempleo y el analfabetismo han contribuido a extender esta grave enfermedad. Se ha establecido una relación directa entre la pobreza y el VIH-SIDA. Dentro de un medio tan adverso, los comportamientos sexuales de riesgo se vuelven cotidianos, ya que la violencia tiende a experimentarse desde etapas tempranas de la vida.³ Bajo estas circunstancias de abuso y desventaja, el reclamo o la capacidad de negociación de la mujer con su pareja por tener prácticas sexuales seguras, se torna muy difícil.

A nivel mundial se estima que existen alrededor de 13 millones de niños menores de 15 años en el mundo que han perdido a uno o ambos padres por el SIDA. En México, durante el año 2001, se calculaba que había alrededor de 27 mil huérfanos vivos que habían perdido a su madre o a ambos padres por esta enfermedad. Esta población se encuentra en un alto riesgo de desnutrición, enfermedades, abuso sexual y una mayor vulnerabilidad para contraer el VIH. Esta cifra puede ir en aumento, ya que durante el año 2003 alrededor de 5 mil individuos murieron por esta enfermedad y se considera que existen 160 mil adultos con VIH-SIDA en México, de los cuales 36% son mujeres.¹ No se cuenta con datos suficientes acerca de la prevalencia en gestantes, ni se conoce el número de madres enfermas que actualmente cuidan a sus hijos.

El Dr. Peter Piot, director del Programa conjunto de VIH/SIDA de las Naciones Unidas, considera que el nivel de la epidemia se ha subestimado en los últimos 10 años. El SIDA es ahora reconocido como la mayor

epidemia en la historia de la humanidad. La mitad de las personas infectadas actualmente tienen de 15 a 24 años. Se estima que diariamente aparecen 6 mil nuevas infecciones. El SIDA podría llegar a matar a la mitad de las madres de los países más afectados, si no se eleva considerablemente el nivel de respuesta de la sociedad ante este problema.^{1,2}

En caso de que el infante adquiera la infección por la vía intrauterina, es probable que presente alteraciones como la encefalopatía, retraso en el desarrollo, enfermedades recurrentes y, eventualmente, la muerte. Con las nuevas técnicas de atención perinatal se ha disminuido la transmisión del virus a los bebés. Un objetivo de los profesionales de la salud mental consiste en disminuir la transmisión de la patología emocional de una generación a la siguiente. Por lo tanto, un medio eficaz para promover una mayor salud mental y prevenir mayores costos sociales y económicos, es a través del estudio de la relación de apego materno-infantil y de los factores que alteran su adecuado desarrollo.

El embarazo constituye un estado fisiológico y psicológico de la mayor importancia en la vida de la mujer. La capacidad de maternaje es el producto de la organización de toda la experiencia previa de la madre con sus figuras de apego, con las circunstancias de su vida más importantes y con las fuentes de apoyo social. En suma, es el resultado de todo el proceso de desarrollo previo logrado por la madre.⁴

La mujer que se enfrenta al embarazo y sabe que está infectada con el VIH-SIDA, se encuentra angustiada por la amenaza que representa la enfermedad para su propia vida. Además, considerará las posibles consecuencias de la enfermedad para su producto (inclusive tomará en cuenta su probable ausencia durante su futuro desarrollo). La capacidad de maternaje bajo estas circunstancias estará sujeta a considerables cambios debido a la ansiedad e incertidumbre que el futuro le provoca a la madre y que se suman a las molestias físicas generalizadas de la enfermedad.⁵

Rubin⁶ considera que la madre debe alcanzar cuatro objetivos básicos durante el embarazo:

a) un “tránsito seguro” para su hija/o y para sí misma durante la preñez y el parto; b) “asegurar la aceptación” de su producto con las personas significativas o con la familia; c) establecer un “vínculo” emocional con su bebé en formación; y, d) aprender “a realizarse” como madre. Estas metas constituyen la “matriz del maternaje” y todas ellas pueden encontrarse alteradas, ante la presencia de una enfermedad tan grave como el VIH/SIDA.

Se ha propuesto también el concepto de “apego prenatal”,^{7,8} definido como la relación de apego con el “bebé real” que comienza desde el embarazo. Se ha considerado que un momento que dispara el apego, es la percepción de los primeros movimientos fetales (que aparecen alrededor del quinto mes). La madre comienza así, un proceso de apreciación de su bebé, como un producto que es parte de su cuerpo, pero que a su vez se constituirá como un ser diferente. Estos momentos son de gran importancia, ya que el inicio de la toma de conciencia del bebé en formación es un factor crucial para establecer el apego prenatal, para dar inicio así a la sincronización del vínculo materno-infantil. Es decir, a la creciente sensibilización de la madre, lo que contribuirá a mejorar la calidad del apego que la diada logrará durante los primeros años de desarrollo.

Johnson y Lobo⁹ son de las pocas autoras que han estudiado la interacción materno-infantil en presencia del VIH. Estas investigadoras utilizaron tanto entrevistas como observaciones videograbadas para estudiar la interacción materno-infantil de 16 madres seropositivas y 16 seronegativas (observadas en la clínica) y nueve madres seropositivas y seis seronegativas (observadas en el hogar). En total estudiaron 25 mujeres con VIH y 25 mujeres sanas. En el estudio se exploró también la percepción materna acerca de la salud de sus hijos o hijas, así como las fuentes de apoyo social e institucional que tenían. Las investigadoras informaron que las madres o padres con enfermedades crónicas en general, presentaron una reducción de las habilidades parentales y una mayor dependencia o involucramiento por parte de

las madres hacia sus infantes, así como la presencia de conductas que interfirieron con el desarrollo socioemocional de los niños(as). Las madres con enfermedades crónicas suelen presentar mayor número de complicaciones en el parto, lo que puede dar como resultado una separación con sus infantes durante un periodo muy sensible del desarrollo. El contacto físico es un elemento primordial para promover el apego, lo cual para estas madres se convirtió en una experiencia agotadora, difícil o dolorosa, que hizo que muchas veces estas mujeres no cargaran a sus pequeños. Las madres con SIDA fueron propensas a trastornos depresivos (debido en parte a las propiedades neurotrópicas de la enfermedad), así como a mayores presiones sociales y a una mayor ansiedad que les producía saber que no habría cura para su enfermedad. Se ha observado también que los niños(as) reflejan gradualmente el estado emocional de sus madres.¹⁰

Cabe hacer notar que en el estudio de Johnson y Lobo⁹ no se encontraron diferencias en la calidad de la interacción materno-infantil al comparar el grupo de mujeres con VIH contra el grupo de mujeres sanas. Estos resultados pueden interpretarse en virtud de que durante la fase más temprana de la infección, ésta no llega a tener un impacto suficientemente importante, ya que al parecer existen habilidades, tanto maternas como en los bebés, que pueden compensar las desventajas. Esta compensación (en el nivel primario de los efectos de la enfermedad) se logró a partir de mejorar los mensajes que ambas partes se enviaron durante su interacción.

Es interesante destacar que las autoras encontraron también que las madres con VIH, aunque mostraron más síntomas depresivos, éstos no lograron disminuir sus habilidades maternas en la interacción con los bebés. Sin embargo, hay que tomar en cuenta que las videograbaciones (recabadas en el hogar) fueron de corta duración y del conocimiento de las madres, por lo cual se pudieron haber tomado segmentos de interacción no representativos del comportamiento natu-



ral. También encontraron en su estudio, que el NCATS (Nursing Child Assessment Teaching Scales), utilizado en este estudio, no fue el instrumento óptimo para medir la interacción de estas díadas, debido a que posiblemente sus escalas no fueron lo suficientemente sensibles para registrar los efectos de la depresión materna.⁹

El instrumento que se considera tiene la mayor validez predictiva y transcultural para conocer el tipo de apego en adultos, es la Entrevista de Apego Adulto (AAI, por sus siglas en inglés), diseñada por George, Solomon y Main en 1984.¹¹ Se trata de una entrevista semiestructurada que explora el estado mental del adulto con respecto a sus experiencias de apego. Este instrumento tiene una alta correlación con la evaluación posterior del apego de los infantes (evaluado mediante el procedimiento de la Situación Extraña [SSP, por sus siglas en inglés]) mediante la cual se puede predecir el tipo de apego del bebé a los doce meses de edad, a partir del análisis lingüístico del discurso parental.¹² La situación extraña se emplea para evaluar el tipo de apego de los infantes, que se lleva a cabo bajo condiciones controladas de observación video-grabada en laboratorio. Consiste en la repetición de ocho episodios de tres minutos cada uno, donde se expone al infante a la presencia y ausencia de la madre y de una persona extraña en secuencias en las cuales se incrementa el nivel de estrés del infante, con el fin de activar su sistema de apego. Entre las sesiones consideradas, se encuentra la reacción a dos reuniones con la madre, lo que permite observar mejor los comportamientos característicos del tipo de apego y reflejar la historia previa de interacción entre la madre y el hijo/a¹³ (Tabla 1).

Basándose en la elaboración teórica de John Bowlby, Mary Ainsworth inició sus observaciones longitudinales de campo en Uganda (África) en 1954 y posteriormente replicó su estudio en una población de Baltimore. De esta manera propuso la evaluación instrumental de "la situación extraña" que distingue las clasificaciones iniciales del tipo de apego, encontrando una correspondencia con

las extensas observaciones de la díada materno-infantil, llevadas a cabo en los hogares. Un elemento fundamental del sistema de apego es su universalidad, ya que deviene de sus antecedentes durante la evolución. La adaptación al tipo de interacción con el o la cuidadora principal, da origen a estrategias similares de respuesta infantil a través de la adaptación social en todas las culturas.¹³

En las últimas cuatro décadas se han llevado a cabo estudios en países tan diversos como Nigeria, Israel, Japón, China, Estados Unidos, así como en países de Europa occidental. En todas estas investigaciones transculturales se han encontrado patrones similares de comportamiento con respecto al apego: Van Ijzendoorn concluye que se ha demostrado la validez transcultural de la teoría del apego. Este autor llevó a cabo un metaanálisis de 14 muestras, con un total de 854 díadas materno-infantiles, a través de seis países, donde encontró una correspondencia de 70% ($\kappa = .46$), que considera las tres categorías generales (utilizadas desde los inicios del instrumento), de las cuatro que se emplean en la actualidad, es decir, sin considerar el apego desorganizado (Tabla 1). Van Ijzendoorn ha calculado que tomaría realizar 1,087 estudios con resultados nulos para revocar el nivel de significancia encontrado hasta ahora.¹⁴

Main y Hesse¹⁵ encontraron una alta correlación de la clasificación del apego desorganizado entre la Situación Extraña y la AAI. Van Ijzendoorn también encontró que en 389 díadas, las correspondencias entre las AAI de madres embarazadas y la evaluación posterior de sus infantes fueron equivalentes a las encontradas en los demás estudios. La concordancia entre los codificadores fue de 80%.¹⁶ Cabe hacer notar que se ha encontrado un alto grado de confiabilidad de la AAI, con los tres tipos de categorías a lo largo de 18 meses (78-90%). Asimismo, existen estudios en los que se demuestra que la clasificación no está asociada a diferencias de género, nivel de inteligencia, facilidad de evocación, atractivo social o con el estilo discursivo utilizado para tratar otros temas.¹⁷ Datos relativos a la validez predictiva de la AAI se encuentran en los tres

Tabla 1
Correspondencias materno-infantiles con respecto
a la clasificación de la calidad del Apego (transmisión transgeneracional)

Madre	Infante
Autónomo	Seguro
<i>Apegos inseguros o ansiosos:</i>	
Desvalorizante	Evitante
Preocupado	Resistente/Ambivalente
Desorganizado	Desorganizado/Desorientado
(trauma o pérdida no-resuelta)	
No clasificable	No clasificable

volúmenes dedicados a la investigación sobre el apego.^{17,18} Recientemente, se han empezado a destacar los usos clínicos de la AAI.¹⁸

Se ha encontrado que la organización del discurso de la relación de las experiencias con las figuras de apego refleja también la disposición y la resolución de las capacidades maternas. Las *madres desvalorizantes* tienen una menor respuesta hacia sus infantes; las *madres preocupadas* presentan una respuesta exagerada e inapropiada; las *madres autónomas* son capaces de empatizar con los afectos (aun con los negativos) de sus hijas(os), ya que identifican con éxito las necesidades y los estados emocionales que presencian.¹⁹

Pederson et al.²⁰ han demostrado que la sensibilidad materna o capacidad para distinguir con fineza las señales infantiles está conectada con la seguridad de su hijo/a, en consecuencia, con su capacidad de exploración y aprendizaje; es decir, con todo su desarrollo socioemocional. Las madres entonadas o sensibles son capaces de distinguir con fineza los "procesos mentales" de su infante siendo capaces de regularlo con eficacia, tanto en lo fisiológico como en lo emocional.

Por ello, en el presente trabajo se pretende identificar el tipo de apego de dos mujeres (infectadas con VIH) con sus bebés durante el periodo perinatal. La evaluación sistemática del apego a través de la AAI puede ser útil para entender los recursos afectivos con los que cuentan las madres afectadas por el VIH/

SIDA, los cuales se manifestarán en la interacción con sus hijos o hijas.

MATERIAL Y MÉTODO

Aceptaron participar en la segunda fase de la investigación sobre ETS-VIH/SIDA y trastornos de la personalidad en mujeres embarazadas y sus parejas,²¹ únicamente dos mujeres infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana, de las 37 que conformaron el grupo final de VIH/SIDA.²² Los objetivos de la segunda fase fueron: profundizar en el estudio de la relación madre infante durante el primer año de vida (principalmente en los estados mentales relacionados con el apego adulto e infantil); así como evaluar el desarrollo psicológico de las y los infantes (a través de la Escala de Conductas Neonatales de Brazelton y las Escalas de Desarrollo de Nancy Bayley). La participación en el estudio implicaba para las mujeres disponer de mayor tiempo para asistir al Departamento de Epidemiología Reproductiva (dos veces en el primer mes posparto, así como a los tres, seis, nueve y doce meses).²³ Las mujeres restantes no aceptaron continuar en esta parte de la investigación porque residían lejos del hospital, no tuvieron tiempo (considerando la demanda de sus tratamientos), o explicaban que se sentían débiles y con poca energía. A las mujeres que participaron se les otorgó un apoyo económico de \$50.00 para el transporte de su hogar al INPer y viceversa; al final se les entregó un



video que contenía las videograbaciones de las interacciones cara a cara con su hijo o hija, así como la sesión de la Situación Extraña.

La AAI es una entrevista semiestructurada (15 preguntas básicas) que explora la manera como la entrevistada expone y sustenta las experiencias con sus figuras de apego durante su infancia; también evalúa las pérdidas por muerte, así como las posibles experiencias de abuso sexual, abuso físico y otros traumas. George, Solomon y Main desarrollaron el instrumento.¹¹ Posteriormente, Main, Goldwyn, Hesse y Solomon lo enriquecieron al asociar las características del discurso parental con la clasificación del Apego de sus infantes, evaluada por medio de la Situación Extraña, a partir de la consideración de que el lenguaje es capaz de reflejar las representaciones mentales que dan origen al comportamiento parental.²⁴

El contenido de la entrevista grabada se transcribe fielmente para evaluar dos aspectos: la experiencia infantil con las figuras de apego y el “estado mental” o estrategia personal para expresar la información requerida. El criterio más importante para determinar el resultado es el nivel de coherencia del discurso (donde se analizan las violaciones a los principios del filósofo lingüista P. Grice) así como el grado de colaboración con los fines de la entrevista.²⁵ El instrumento no pretende recabar la experiencia real que los adultos han tenido en su desarrollo, sino evaluar la capacidad para organizar de manera congruente sus vivencias.

La entrevista se lleva a cabo aproximadamente en una hora y se exploran áreas como: la relación con los padres (por medio del análisis de adjetivos que posteriormente deben demostrarse a través de recuerdos de situaciones específicas capaces de ilustrar a los adjetivos enunciados); las separaciones y pérdidas más significativas; las experiencias traumáticas y de maltrato; así como la comprensión de la persona sobre el efecto de estas experiencias en su personalidad.²⁵

En el discurso de las madres se evalúan aspectos como: su nivel de coherencia, recuerdos de eventos con valor de apego y contenidos emocionales. La entrevistada debe reflexionar

sobre lo que va diciendo, al mismo tiempo que ordena e integra la información sobre los sucesos delicados de su historia. Se considera que un alto nivel de coherencia será el mejor predictor de una organización segura del estado mental del adulto, con respecto al Apego.²⁵

Las escalas del comportamiento parental son: cuidados amorosos, rechazo, abandono, sobreinvolucramiento y presión para el logro; asimismo, se evalúa si la entrevistada fue, de alguna forma, objeto de descuido, o víctima de abuso sexual, físico, emocional, etc. Éstas se identifican también como escalas continuas de experiencia y se consideran las evocaciones del sujeto con respecto a su interacción con las figuras de apego. La evaluación se realiza a partir del número 1.0 (ausencia de la característica según aparece definida, por ejemplo rechazo), y llega al 9.0 que es el índice máximo según las definiciones del manual; en estas escalas se considera como un nivel medio, una puntuación de 5.0.²⁴

Las escalas que evalúan el “estado mental”, de acuerdo con sus niveles de coherencia, son: la idealización, la insistencia en la falta de recuerdo, el enojo, la descalificación demeritoria, el miedo a la pérdida injustificada del infante, el monitoreo metacognoscitivo y la vaguedad o pasividad en el discurso.

La coherencia se evalúa de acuerdo con los criterios de Grice: calidad (que corresponde a un desarrollo discursivo fluido, lógico, sin contradicciones); cantidad (que mide la verbalización, de acuerdo con la cantidad adecuada de palabras para poder contestar a la pregunta); relevancia (donde se observa si la información está directamente relacionada al aspecto explorado); y la manera en que ocurre (donde se observa si existe un lenguaje claro, sin errores gramaticales y adecuadamente organizado).

La elaboración que la persona hace de sus experiencias de apego (sean favorables o adversas) puede dar como resultado una clasificación *autónoma* (segura), si mantiene su discurso en un nivel de colaboración, coherencia y monitoreo adecuados. En cuanto al tipo de apego *inseguro o ansioso*, éste se presenta en madres *desvalorizantes*, las cuales se carac-

terizan por desdeñar la importancia de las relaciones afectivas, siendo sus discursos inconsistentes o contradictorios. Es común que estas personas aludan a una relación idealizada con sus padres y no sean capaces de mencionar recuerdos relevantes a las cualidades mencionadas. Las madres *preocupadas* suelen desbordar detalles junto con emociones de enojo y tensión; éstas son evaluadas solamente por elementos del discurso y se excluye cualquier comportamiento no-verbal.²⁵

El tipo de apego *desorganizado* o *desorientado* es de especial interés para la presente investigación por los efectos patológicos que produce en la conducta parental. La desorganización se presenta a partir de la verbalización de situaciones traumáticas o de pérdidas no-resueltas. Estas condiciones límite pueden provocar la desorientación de la persona en diversos aspectos de su funcionamiento y adaptación. Presentando más adelante una incapacidad para integrar y ser consciente de la emisión de su discurso. La pérdida con angustia, que no ha tenido una elaboración adecuada, provoca en la madre una falta de orientación de sí misma ante su medio en general. Esta manifestación puede ser sutil, sin embargo, afecta de manera reiterada y múltiple a la persona. Es también habitual que demuestre confusión en cuanto a la temporalidad y secuencia de los datos relatados. Las madres *desorganizadas/no-resueltas* mostrarán un comportamiento característico: ya que al sentir miedo y falta de organización, terminan por asustar a sus pequeños. Es decir, las madres que presentan periódicamente conductas extrañas provocarán interacciones amenazantes que atemorizarán y desorientarán más a sus hijos. Durante estos momentos su conciencia se encuentra alterada o pasa por estados disociados que pueden traer recuerdos traumáticos, de una manera parcial y desintegrada. Durante estas interacciones, el niño entra en la paradoja de buscar la proximidad hacia la figura de apego, al mismo tiempo que siente la necesidad de retirarse de ella, por el miedo que le provoca. El indicador del grado de desorganización de la interacción materno-

infantil es el nivel del miedo experimentado por el infante²⁶ (Tabla 2).

Finalmente se tiene el tipo de apego *no-clasificable*, que comprende una modalidad de relación donde no es posible distinguir una estrategia, es decir, no existe un patrón lingüístico definible. Este tipo se encuentra relacionado con las patologías más extremas.²⁵

Procedimiento

Se aplicó la entrevista de apego adulto en dos mujeres afectadas por el VIH que aceptaron participar. Ellas tuvieron conocimiento de que el intercambio sería grabado en su totalidad (para analizarlo posteriormente) y que la entrevista duraría alrededor de una hora. Se procedió a grabar la entrevista, para después hacer una transcripción textual y así poder efectuar una cuidadosa codificación de las experiencias y de los eventos lingüísticos del discurso. La entrevista se llevó a cabo en un cubículo privado, sin interrupciones, en la Torre de Investigación del Instituto. Al finalizar se les preguntó si tenían alguna duda o comentario y se procedió a agradecer su colaboración.

La transcripción se llevó a cabo por una tercera persona, por medio de un aparato transcriptor con un pedal para el control de la cinta, y una diadema para el audio; el escrito no incluyó ningún dato no-verbal y fue fiel a todas las vocalizaciones. Se procedió a imprimir el escrito, dejando márgenes suficientes (en ambos lados del texto) para la codificación y numerando todas las líneas, para así poder justificar la localización de los eventos lingüísticos encontrados, en una hoja de vaciado de los datos que fue traducida al español y digitalizada para una captura más rápida.

Con el fin de conseguir la confiabilidad del codificador, éste debe estar acreditado, lo cual se logra después de asistir a uno o a dos cursos de capacitación ("institutos"), donde acuden aspirantes de diversos países, en donde se les capacita de manera intensiva por dos semanas. Posteriormente, los asistentes deben ser capaces de evaluar correctamente



Tabla 2
Ejemplos del tipo de apego en comportamientos materno-infantiles

Tipo de apego	Tipo de observación		
	Situación extraña (infante)	Entrevista de apego adulto (madre)	Interacción en el hogar
Infante: Seguro Madre: Autónoma	En las reuniones con su madre, el infante se tranquiliza rápidamente, regulándose con éxito, para así reanudar la exploración en el juego.	Sin importar lo favorable o lo adverso de sus experiencias infantiles, la madre es capaz de ser colaborativa, clara y objetiva al relatar sus experiencias. Se muestra espontánea y su discurso es ordenado, con pocos errores gramaticales.	La madre es sensible y cálida en la interacción. Distingue las necesidades del infante y reacciona con flexibilidad.
Infante: Evitante Madre: Desvalorizante	En las reuniones (después de las separaciones), el infante evita el contacto visual y corporal con la madre.	La madre denota en su discurso inconsistencias, una idealización de la propia madre, e insiste en que no cuenta con recuerdos para demostrar los adjetivos enunciados.	La madre se muestra insensible a las señales de su infante, ignorándolo frecuentemente.
Infante: Resistente Madre: Preocupada	El infante no se tranquiliza en la reunión y muestra comportamientos agresivos hacia la madre.	La madre muestra en su discurso, respuestas demasiado extensas con exageraciones y enojo.	La madre se sobre-involucra en una interacción conflictiva con su hijo/a.
Infante: Desorganizado Madre: Desorganizada /No - Resuelta	El niño/a lleva a cabo comportamientos muy extraños e inconclusos, como quedarse inmóvil a la mitad de una acción.	El discurso denota importantes fallas en la coherencia, se vuelve confuso y gramaticalmente incorrecto, cuando se exploran eventos traumáticos no superados.	La madre presenta breves comportamientos interactivos que asustan a su hijo/a.

un total de 30 entrevistas en un lapso aproximado de año y medio. Por todo lo anterior, una vez que el investigador ha sido certificado, se le considera capaz de calificar con precisión y certeza la Entrevista de Apego Adulto.²⁷

RESULTADOS

Los casos aquí presentados fueron entrevistados y evaluados por el primer autor del presente artículo. La paciente uno llevó a cabo

su entrevista en la semana 36 de embarazo, provenía de una familia nuclear, conformada por su pareja y otro hijo; cuenta con un nivel medio de educación formal. La paciente dos fue entrevistada en el posparto, al mes de haber nacido su hija, está casada y convive actualmente con sus padres y su nivel de escolaridad es mayor.

Cabe hacer notar que ambas mujeres fueron similares en cuanto a variables tales como la edad (23 y 26 años), la ocupación (labores del

Tabla 3
Experiencia en la infancia con las principales figuras de apego*

Caso	Figuras de apego	Cuidados/ Amor	Rechazo	Involucramiento/ Inversión	Presión para alcanzar logros	Descuido	Abuso sexual	Abuso físico
UNO	Madre	2.0	8.0	1.0	CR	8.0	–	sí
	Padre	1.0	9.0	CR†	CR	9.0	–	–
	Abuela materna	7.0	1.0	1.0	3.0	1.0	–	–
DOS	Madre	3.5	1.0	1.0	6.0	7.0	–	–
	Padre	4.5	5.0	(6.0)‡	1.0	5.5	–	–
	Hermana mayor	5.0	1.0	1.0	1.0	1.0	–	–

* La calificación mínima es 1.0; la máxima posible es 9.0

† CR aparece cuando no hay datos directos o indirectos en el discurso para fundamentar la evaluación.

‡ Las calificaciones entre paréntesis indican un nivel inferido, debido a la ausencia de datos suficientes en el discurso, para poder hacer una evaluación directa.

hogar), el estado civil (casadas), ser madres y tener pareja. Ambas pacientes tuvieron un diagnóstico de depresión clínica, por lo que se les ofreció tratamiento psicoterapéutico, el cual aceptaron. Asimismo, las mujeres y sus parejas eran VIH positivas. La paciente uno sufrió de abuso físico por parte de la madre.

En la tabla 3 se presentan los puntajes obtenidos en las escalas de experiencia con las tres figuras significativas de la infancia, calificadas con base en el manual respectivo.²⁴ En la experiencia durante la niñez sobresalen los siguientes datos: ambas sufrieron descuido (falta de atención a las necesidades generales y afectivas, cuando está presente la figura de apego) y tuvieron un nivel reducido de amor o de cuidados por parte de las figuras parentales. Asimismo, experimentaron situaciones de rechazo (incapacidad para brindar una respuesta apropiada en momentos en que el infante siente una amenaza externa o interna). Cabe destacar que ambas madres tuvieron en su infancia una figura de apego alternativa que compensó parcialmente sus carencias afectivas, sin esta importante influ-

encia reparativa, las características de autonomía, como una asignación secundaria del tipo de apego, no se hubieran logrado (Tabla 3).

La paciente uno sufrió un nivel de rechazo y descuido extremo por parte de sus figuras parentales, no obstante, los cuidados amorosos por parte de la abuela materna (tuvo una puntuación de siete). En conjunto, la paciente alcanzó un nivel aceptable de exigencia con respecto al cumplimiento de obligaciones (puntuación de tres), lo que apoyó la integración de su estado mental con respecto al apego, para alcanzar también un nivel de seis en su coherencia discursiva.

La paciente dos denota en sus recuerdos una gran adversidad, ya que el descuido o abandono materno fue muy marcado (puntuación asignada de siete). La madre también le exigió cumplir con obligaciones (aspecto considerado como de desamor) con un nivel de presión por encima de lo esperado (con una puntuación de seis). El nivel de cuidados y manifestaciones de amor, recibidos por parte de la hermana mayor, fue de un nivel



Tabla 4
Clasificación del estado mental en relación con el apego*

	Caso 1	Caso 2
Pérdida o abuso no-resuelto	6.0	5.5
Coherencia	6.0	6.0
	Ud/F	Ud/F
Clasificación	Desorganizada con base autónoma	Desorganizada con base autónoma

* Según la Entrevista de Apego Adulto

medio (puntuación de cinco); la ausencia de rechazo por parte de esta figura de apego pudieron tener una consecuencia favorable en el nivel de coherencia o de organización del estado mental alcanzado (puntuación de seis).

Ambas mujeres presentaron una desorganización del discurso al hablar acerca de sus experiencias traumáticas. Las pérdidas o abusos sufridos deben cumplir con una definición en cuanto a su intensidad y frecuencia, para ser considerados como "traumáticos". Estos discursos presentaron signos suficientes de desorganización, precisamente al relatar estos eventos, ya que presentaron violaciones a normas gramaticales, a la pertinencia o relevancia de la respuesta y en la cantidad de verbalización relacionada.

En las dos mujeres el estado mental o los niveles de coherencia (pérdida o abuso no-resuelto y clasificación general) fueron similares. En cuanto a su clasificación general del tipo de apego, ambas denotaron un estado mental no-resuelto con características secundarias de apego autónomo o seguro (Tabla 4).

DISCUSIÓN

El presente estudio se limitó a dos pacientes, ya que las otras posibles participantes declinaron participar; por lo que el presente informe no pretende lograr resultados representativos a un grupo mayor. Sin embargo, la información que se presenta puede

ser útil para conocer el uso de la Entrevista de Apego Adulto y sugiere la posibilidad de que se pueda encontrar una proporción importante del apego de tipo desorganizado de apego, en un estudio con una muestra más amplia.

La clasificación del Estado Mental con respecto al apego de estas dos pacientes fue Ud/F (No-Resuelta, con una base Autónoma). Ambas pacientes sufrieron de rechazo y/o descuido durante su infancia por parte de las figuras parentales. Esta experiencia adversa fue compensada por la presencia de una cuidadora alternativa que sirvió como figura de apego primaria, que fue capaz de proporcionar un resultado general positivo, que fue apenas suficiente en cuanto a su nivel de organización. Esta última condición es superada por la clasificación "No-resuelta", ya que ambas presentan un nivel de marcada desorganización en su discurso, al hablar sobre situaciones traumáticas. La paciente uno manifestó el mayor nivel de incoherencia o desorganización cuando se abordó el tema de la pérdida de un hijo de cinco meses de nacido. La paciente dos presentó una mayor desorganización al hablar de su padecimiento actual (ser portadora del VIH). Como señala Bleiberg,²⁸ la persona que ha sufrido un evento emocionalmente traumático no puede integrar la simbolización de sus memorias autobiográficas, sintiéndose frecuentemente impotente, sobrestimulada y solitaria cuando encuentra algún estímulo capaz de evocar el

trauma inicial. El impacto es mucho mayor debido a que son las figuras parentales (cuidadores principales) los encargados de “generar elementos simbólicos y funciones reflexivas para darle un significado coherente a la experiencia”.²⁸

Estos resultados permiten anticipar la probable ocurrencia de un tipo de apego “desorganizado” en los infantes de estas madres. Estas madres pueden presentar comportamientos desorganizados (esporádicamente observados), capaces de desorientar y asustar a sus infantes, lo que puede afectar su estructuración psíquica.²⁹

La clasificación Autónoma, como clasificación secundaria, representa la posibilidad de aprovechar ampliamente cualquier apoyo extra que se les brinde a estas madres. Quizá este estado mental les permitió a ambas aceptar la atención psicoterapéutica que se ofreció a todas las pacientes, dentro del protocolo de investigación. Se supone que en la observación general de la interacción natural materno-infantil, se presentarían usualmente conductas positivas de sincronía, así como conductas desorganizadas o desorientadas por parte de la madre (por momentos asociados inconscientemente con sus experiencias traumáticas) que podrían tener una consecuencia importante en el desarrollo socioemocional de la siguiente generación.

Con estos resultados a nivel exploratorio se podría esperar, en investigaciones futuras, observar la presencia de la misma tendencia en un número mayor de sujetos. Es decir, encontrar una proporción importante de mujeres con una clasificación inicial de “Ud”

(pérdida o abuso no-resuelto) en la AAI, con antecedentes de experiencia similares de descuido y de rechazo parental. Al analizar cuidadosamente las historias de vida del grupo de mujeres con VIH, se encontró que en las 26 mujeres que aceptaron hablar de su infancia: 17 de ellas habían sido objeto de abuso físico; nueve fueron testigos de violencia conyugal (del padre o padrastro hacia la madre); siete fueron objeto de abuso sexual; siete de explotación; cinco de abuso verbal; cinco sufrieron discriminación y cinco más de negligencia. En algunos casos, las pacientes fueron objeto de múltiples formas de abuso, lo que se conoce como trauma acumulativo o sumativo, cuyos efectos son más desorganizadores para el aparato psíquico, que uno solo.³⁰

Sería importante poder generar programas de apoyo diseñados específicamente para el grupo de madres infectadas por el VIH, que hayan sufrido experiencias traumáticas en su infancia o experiencias adversas en la niñez, con el fin de ayudarles a elaborar dichos traumas y fomentar la toma de conciencia necesaria, para así disminuir los eventos de posible interacción disociada o desorganizada con sus hijas/os. Medidas de prevención derivadas de estudios más amplios pueden servir para apoyar a una población tan desfavorecida y en constante aumento. En México se requiere iniciar proyectos que permitan el avance, empíricamente fundamentado, del conocimiento de la relación materno-infantil, como cimiento del desarrollo socioemocional: la AI es un instrumento apropiado para ello.

ABSTRACT

Objective: To identify the attachment classification of two women with HIV with the Adult Attachment Interview (AAI).

Material and methods: Two women out of a sample of 37 (taken from “HIV/AIDS and Personality Disorders in Pregnant Women” project); who had done the Adult Attachment Interview (AAI), agreed to participate in this part of the project. The AAI was audio-recorded, verbatim transcribed and evaluated – after a through certification process- according to the system developed by Main, Goldwyn and Hesse. The two women were similar in age, occupation, marital status, being mothers, having a couple and a depression.



Results: Two women, 23 and 26 years old, both married and working at their home; the first with three pregnancies and the other with one; both with HIV as their couples. In the experience aspect of their childhood: both suffered neglect and a diminished love or care by their parents; rejection was also found mainly in case one. It was found that both cases had a Disoriented/Unresolved classification with an Autonomous second classification, due to unresolved traumatic experiences; and the Autonomous secondary classification, as a result of the compensating influence of a substitute attachment figure, during childhood.

Conclusions: Both women had a difficult childhood with traumatic events that were not resolved and that could be transmitted to their infants as a Disorganized Attachment.

KEY WORDS: *Adult Attachment Interview (AAI), pregnancy, HIV/AIDS, disorganized attachment.*

REFERENCIAS

1. UNAIDS. 2004. Report on the global AIDS epidemic, Bangkok. Disponible en: http://www.unaids.org/bangkok2004/GAR2004_htm/GAR2004_00_en.htm
2. UNAIDS. Aids: A global perspective 2002. Disponible en: www.unaids.org/EN/other/functionalities/Search.asp. Disponible en: http://www.unaids.org/wad/2003/epiupdate2003_sp/Epi03_02_sp.htm#P16_3133
3. Bianco M, Pagani L, Re MI, Correa C. Un enfoque cultural de la prevención y la atención del VIH/SIDA. Disponible en: <http://www.unesdoc.unesco.org/images/0012/001298/129889s.pdf>
4. Vives J, Lartigue T. La adolescente embarazada. Una visión psicoanalítica. En: Dallal E (ed.). Caminos del desarrollo psicológico. México: Plaza y Valdés; 2001, p. 169-230.
5. Santacroce S. Support from health providers and parental uncertainty during the diagnosis phase of perinatally acquired HIV infection. *J Assoc Nurs AIDS Care* 2000; 63-75.
6. Rubin (citado en: Siddiqui A, Hagglof B, Eisemann M. An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women. *J Reprod Inf Psychol* 1999; 17: 369-80.
7. Vives J, Lartigue T. Factores psicológicos del periodo perinatal. Bases Teóricas. En: Lartigue T (ed.). Salud comunitaria: Una visión panamericana. México: Universidad Iberoamericana; 1991, p.135-49.
8. Siddiqui A, Hagglof B, Eisemann M. An exploration of prenatal attachment in Swedish expectant women. *J Reprod Inf Psychol* 1999; 17: 369-80.
9. Johnson M, Lobo M. Mother-child interaction in the presence of maternal HIV infection. *J Assoc Nurs AIDS Care* 2001; 12: 40-51.
10. Mc Clure JB, Catz SL, Prejean J, Brantley PJ, Jones GN. Factors associated with depression in a heterogeneous HIV-infected sample. *J Psychosom Res* 1966; 40: 407-15.
11. George C, Solomon A, Main M. Adult attachment interview. Unpublished manuscript. University of California at Berkeley; 1984.
12. Main M. Discourse, prediction and recent studies in attachment: implications for psychoanalysis. In: Shapiro T, Emde R, Madison CO. editors. *Research in Psychoanalysis. Process, development, outcome*. International Universities Press; 1995, p. 209-44.
13. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S. *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Hillsdale, NJ: Erlbaum; 1978.
14. Van Ijzendoorn M. Adult attachment representations, parental responsiveness, and infant attachment: A meta-analysis on the predictive validity of the Adult Attachment Interview. *Psychol Bull* 1995; 117: 387-403.
15. Main M, Hesse E. Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant dis-

- organized attachment status. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM. editors. Attachment in the preschool years. U. Chicago Press: Chicago; 1990.
16. Van Ijzendoorn MH, Sagi A. Cross-Cultural patterns of attachment: Universal contextual dimensions. In: Cassidy J, Shaver P. (eds.). Handbook of attachment. New York: Guilford; 1999.
 17. Crowell JA, Fraley RC, Shaver PR. Measurement of individual differences in adolescent and adult attachment. In: Cassidy J, Shaver P, (eds.). Handbook of attachment. New York: Guilford; 1999, p. 434-65.
 18. Steele H, Steele M. Clinical uses of the adult attachment interview. In: Cortina M, Marrone M (eds.). Attachment theory and the psychoanalytic process. London: Whurr Publishers; 2003, p. 107-26.
 19. Main M, Hesse E. Parent's unresolved traumatic experiences are related to infant disorganized attachment status. In: Greenberg MT, Cicchetti D, Cummings EM (eds.). Attachment in the preschool years. Chicago: U. Chicago Press; 1990.
 20. Pederson D, Gleason K, Moran G, Bento S. Maternal attachment representations, maternal sensitivity, and the infant-mother attachment relationship. *Dev Psychol* 1998; 67: 925-33.
 21. Lartigue T, Casanova G, Vives J, Ávila-Rosas H, Nava, Ortiz C, et al. ETS/VIH-SIDA y trastornos de personalidad en mujeres embarazadas y sus parejas. Detección y prevención de prácticas de riesgo. Proyecto de investigación registrado en el CONACYT, aprobado por las Comisiones de Ética e Investigación del INPer. México: 2000.
 22. Lartigue T, Casanova G, Ortiz J, Aranda C. ITS/VIH-SIDA e indicadores de malestar emocional y depresión en mujeres embarazadas. *Perinatol Reprod Hum* 2004; 18: 73-90.
 23. Lartigue T, Vives J, De la Cerda M, Vázquez M, Córdova A et al. Risk factors for borderline pathology in pregnant women. Effects on the newborn and affective interaction mother-infant. Proyecto de investigación en proceso, registrado en el programa de investigación del APM y de la IPA; realizado con el apoyo económico del Comité de Investigación de la Asociación Psicoanalítica Internacional: Londres, Inglaterra: 2000.
 24. Main M, Goldwyn R, Hesse E. Adult attachment scoring and classification systems: University of California; 2002.
 25. Hesse E. The adult attachment interview: Historical and current perspectives. In: Cassidy J, Shaver P (eds.). Handbook of attachment. New York: Guilford; 1999, p. 395-433.
 26. 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.
 27. Gojman S, Millan S. Integrating attachment and social character approaches to clinical training: case studies from a Mexican Nahuatl village. In: Cortina M, Marrone M (eds.). Attachment theory and the psychoanalytic process. London: Whurr Publishers; 2003, p. 179-203.
 28. Bleiberg E. Attachment trauma and self-reflection. In: Maldonado JM (ed.). Infant and toddler mental health. Washington: American Psychiatric; 2002.
 29. Lyons-Ruth K, Jacobvitz D. Attachment disorganization. In: Cassidy J, Shaver P (eds.). Handbook of attachment. New York: Guilford; 1999, p. 520-54.
 30. Lartigue T. VIH/SIDA y fallas en la parentalidad. Una investigación en el INPer desde las teorías psicoanalítica y de género. En: Psicoanálisis y relaciones de género. Alizalde M, Lartigue T (compiladoras). Buenos Aires: Editorial Lumen/IPA COWAP; 2004 p. 57-77.

