

Estudio de casos y controles en un grupo de mujeres embarazadas con experiencias adversas en la infancia y/o adolescencia e infecciones de transmisión sexual

Itzel González-Pacheco¹, Teresa Lartigue¹, Gerardo Vázquez²

Artículo original

SUMMARY

Introduction

Psychic traumas, also called adverse experiences, are events from the subject's life characterized by its intensity, the subject's inability to respond to them properly and the pathogenic lasting effects they cause in the psychic organization. The violence effects against women and girls are usually devastating for their reproductive health and other aspects of their physical and mental well-being. Besides injuries, violence causes an increase in the long-term risk of women developing other health problems. Women with a history of psychic mistreat or sexual abuse face also a bigger risk of non-expected or involuntary pregnancies, sexual transmitted infections and adverse results from pregnancy.

High rates of childhood abuse were found: 42.2% had suffered physical mistreat, 21.4% had been insulted, 16.5% was victim of humiliation and 7.6% had been a victim of sexual abuse before fifteen years of age. The main aggressors were male relatives, the stepfather or the father. A study done in the United States found that women exposed to this form of violence suffered STI in adult age in a bigger proportion (10.7%) than the ones that were never exposed (5.7%). An investigation was made in the National Perinatology Institute called «STD/HIV-AIDS and Personality Disorders (PD) in pregnant women and their couples. Detection and prevention from high risk practices» with the objective -among others- to resolve the existing association between adverse experiences in childhood and the presence of sexually transmitted infections in gestation.

Material and method

The investigation design was of cases and controls; the characteristics of the study in relation to temporality was prospective with respect to the presence or absence of the pathogenic agent in gestation and retrospective (investigating adverse experiences in childhood), analytical referring to the analysis type and transverse with respect to the capture of the sample. The evaluation of the STIs was made through the Laboratory of the Sexually Transmitted Infections Clinic of the INPer and from the pertinent clinic exams. The diagnostic evaluation was

made on the basis of the structured clinic interviews for the diagnostic psychiatric evaluation of I and II axes of DSM-IV. To investigate adverse childhood experiences, a psychodynamic interview was made and answers were transcribed then to the questionnaire made by Whitfields, Dube, Felitti and Anda, who developed the instrument Adverse Experiences in Childhood and/or Adolescence (ACE) with the aim to measure the amplitude of the exposition to emotional, physical and sexual abuse, as well as family dysfunction in these stages of life. It includes seven categories of adverse experiences, three relative to active abuse and five to passive abuse: 1. psychological abuse; 2. physical abuse; 3. sexual abuse; 4. conjugal violence against the mother; 5. living with parent or adults with alcohol problems and/or substance abusers; 6. living with parents or adults with mental disorders or suicidal; 7. living with parents that had been in jail.

Results

One hundred seventy-eight pregnant women were divided in two groups, the first one with 89 participants, in which a virus that caused the STI was identified, and the second group was the control group with also 89 pregnant women without STI.

Significant differences were obtained in the socioeconomic level. There was also a significant association between fathers of the women with STI that had some legal problem and had being sent to jail for a period of time (RM 3.311); they also show small alcoholic problems (RM 2.073). There was a significant association with the different types of passive abuse (carelessness, negligence and indifference) physical, emotional and sexual, emphasizing that the relation between these categories and having an STI by a virus is highly significant; this is, being exposed in childhood to adverse events, more probability to get a viral STI in adulthood. The cases group accumulated three or more in bigger proportion (20.2%) than the control group (9%). The STI pregnant group presented a bigger number of traumatic events (69.9%) in comparison to the group with no STI that was 48.3%

It is appraised the bigger prevalence of mental disorders in the STI pregnant group, having a disorder increased the potential risk of infection by 2.45 times (C:I to 95% that oscillates between 1.303 and 4.61).

¹ Instituto Nacional de Perinatología. Departamento de Investigación Psicosocial.

² Becario CONACYT para el proyecto «ETS/VIH-SIDA y Trastornos de la personalidad (TP) en mujeres embarazadas y sus parejas. Detección y prevención de prácticas de alto riesgo», apoyo económico del SSA/CONACYT MO252-991; INPer 212250-50091

Correspondencia: Itzel González-Pacheco. Instituto Nacional de Perinatología. Departamento de Investigación Psicosocial. Torre de Investigación, Primer Piso. Montes Urales 800, colonia Lomas de Virreyes, Delegación Miguel Hidalgo, 11000 México, D.F. Teléfono: 55 20 99 00 ext 129 y 486. Correo electrónico: lxchel74@hotmail.com

Recibido primera versión: 25 de mayo de 2007. Segunda versión: 15 de febrero de 2008. Aceptado: 15 de abril de 2008.

Conclusions

The STI viral group and the control group are different concerning socioeconomic level and schooling, finding in the STI group a bigger proportion of women whose monthly family income is lower, the poverty as a risk factor and/or social vulnerability for the HIV infection, the interaction between living in poverty conditions and the difficulty to access and to stay in the national educative system are closely related. In addition, this case group was integrated in a bigger proportion with pregnant who were not united in the study period. It is important to mention that half of the pregnant that formed the HIV/AIDS group suffered the pain of seeing their couple die. From the adverse experiences in childhood and/or adolescence that could have been in the start or been a beginning factor for getting afterwards a viral STI in adulthood, the significant ones were having lived with a alcohol abuser adult, thus being victim of carelessness, negligence or indifference, same as being hit, pushed, pushed or hit so hard to leave marks, humiliations, coarses, insults, feelings of being less and victim of being touched or having a sexual experience.

These traumatic events happened simultaneously, mainly in the cases group where 40 pregnant declared being exposed to two or more categories in contrast with 22 of the control group. Alcohol abuse is a generalized health problem and common in all societies; pregnant women with STI were in bigger proportion more exposed to familiar alcohol than the control group and approximately half of them were at the same time victims of some forms of abuse or violence by their fathers or stepfathers.

Studies made in 21 countries show that between 7% and the 36% of the women had accepted being victims of sexual aggressions during their childhood and, according to most of these studies, the rate of abuses suffered by girls is 1.5 to 3 times bigger than men.

The same report makes evident the fact that between 133 and 275 millions of children from all over the world are witnesses of domestic violence each year; this is, witness violent scenes at their home, generally through fights between their parents or between their mother and couple, which can also seriously affect their well-being, development and their social interaction in childhood and adult age. It has also been found that suffering an active abuse in childhood is a risk factor for structuring a borderline personality disorder.

Key words: Gestation, adverse experiences, traumatic events, sexually transmitted infections by virus.

RESUMEN

Introducción

Los traumas psíquicos, también denominados experiencias adversas, son acontecimientos de la vida del sujeto caracterizados por su intensidad, la incapacidad del sujeto para responder a ellos adecuadamente y los efectos patógenos duraderos que provocan en la organización psíquica. Los efectos de la violencia contra las mujeres y las niñas suelen ser devastadores para la salud reproductiva de la mujer y otros aspectos de su bienestar físico y mental. Además de causar lesiones, la violencia lleva a que aumente el riesgo a largo plazo de

que las mujeres desarrollen otros problemas de salud. Las mujeres con una historia de maltrato físico o abuso sexual también enfrentan un riesgo mayor de embarazos no previstos o involuntarios, infecciones de transmisión sexual (ITS) y resultados adversos del embarazo.

En el Instituto Nacional de Perinatología se realizó una investigación titulada «ETS/VIH-SIDA y trastornos de la personalidad en mujeres embarazadas y sus parejas. Detección y prevención de prácticas de alto riesgo» con el objetivo —entre otros— de determinar la asociación existente entre experiencias adversas en la infancia y la presencia de infecciones de transmisión sexual en la gestación.

Material y método

El diseño de la investigación fue de casos y controles; el estudio fue prospectivo respecto de la presencia o ausencia del agente patógeno en la gestación y retrospectivo (indagación de experiencias adversas en la infancia). La evaluación de las ITS se efectuó por medio del laboratorio; la evaluación diagnóstica se efectuó con base en las Entrevistas Clínicas Estructuradas para la evaluación diagnóstica psiquiátrica de los Ejes I y II del DSM-IV. Se aplicó el instrumento Experiencias Adversas en la Infancia y/o Adolescencia (ACE, por sus siglas en inglés), con el fin de medir la amplitud de la exposición al abuso emocional, físico y sexual, así como la disfunción familiar en estas etapas de la vida. El instrumento comprende siete categorías: 1. abuso psicológico; 2. abuso físico; 3. abuso sexual; 4. violencia conyugal contra la madre; 5. vivir con padres o adultos con problemas de alcoholismo y/o que eran abusadores de sustancias; 6. vivir con padres o adultos con trastornos mentales o suicidas; 7. vivir con padres que fueron encarcelados.

Resultado

Se estudiaron dos grupos, el primero de casos integrado con 89 embarazadas con ITS viral y el segundo fue el grupo control integrado también con 89 gestantes, sin ITS. Se obtuvieron diferencias significativas en el nivel socioeconómico. Así mismo hubo una asociación significativa entre los padres de las mujeres con ITS que tuvieron algún problema con la ley por lo que habían sido encarcelados por un determinado periodo de tiempo (la razón de momios fue 3.311); y los que manifestaron leves problemas de alcoholismo (RM 2.073). Hubo una asociación significativa en: abuso pasivo, físico, emocional y sexual, donde destaca que la relación entre estas categorías y padecer una ITS por virus es altamente significativa. El grupo de las gestantes con ITS presentó un mayor número de problemas traumáticos (69.9%) en comparación con el grupo sin ITS que fue de 48.3%.

Conclusiones

De las experiencias adversas en la infancia y/o adolescencia, que pudieron estar en el origen o haber sido un factor iniciador para adquirir posteriormente una ITS de origen viral en la edad adulta, fueron significativas haber convivido con un adulto cercano con problema de abuso del alcohol y haber sido víctima de descuido, abuso físico, emocional o sexual.

Palabras claves: Gestación, experiencias adversas, eventos traumáticos e infecciones de transmisión sexual por virus.

INTRODUCCIÓN

Las experiencias traumáticas* en la infancia, entre las que se ubica la violencia doméstica o intrafamiliar, se encuentran en la génesis y mantenimiento de distintos padecimientos

mentales.¹ Los traumas psíquicos, también denominados experiencias adversas, son acontecimientos de la vida del sujeto caracterizados por su intensidad, la incapacidad del sujeto para responder a ellos adecuadamente y los efectos patógenos duraderos que provocan en la organización psíquica.²

Los efectos de la violencia contra las mujeres y las niñas, denominada también violencia de género, suelen ser devastadores para la salud reproductiva de la mujer y otros aspectos de su bienestar físico y mental. Además de causar lesiones, la violencia lleva a que aumente el riesgo a largo plazo de que las mujeres desarrollen otros problemas de salud, entre ellos: dolores crónicos, depresión, uso indebido de drogas y alcohol, así como discapacidad física. Las mujeres con una historia de maltrato físico o abuso sexual también enfrentan un riesgo mayor de embarazos no previstos o involuntarios, infecciones de transmisión sexual y resultados adversos del embarazo.³

En México, según datos de la Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres 2003 (26042 sujetos), 60.4% de ellas informó que había sufrido alguna forma de violencia alguna vez en la vida. Al indagar sobre el abuso en la infancia se encontró que 42.2% había padecido maltrato físico, 21.4% había recibido insultos, 16.5% fue víctima de humillación (estos dos últimos rubros se ubican entre lo que se denomina abuso verbal, emocional o psicológico) y 7.6% había sido víctima de abuso sexual antes de los quince años de edad, donde los principales agresores fueron familiares varones, el padrastro o el padre.⁴ Algunos investigadores/as consideran que el abuso sexual en la niñez contribuye a aumentar el riesgo de infecciones de transmisión sexual (ITS) en los adultos, sobre todo a través de su efecto en el comportamiento sexual de alto riesgo⁵ o bien a través de la dificultad o impedimento para elegir una pareja sin comportamientos sexuales de riesgo.⁶

Haber sido testigo de violencia conyugal en la infancia y/o adolescencia es otra forma de maltrato con efectos adversos en la salud; esto es, presenciar los golpes, bofetadas, puntapiés y palizas y/o el menosprecio, intimidación y humillación constantes del padre hacia la madre. Un estudio realizado en Estados Unidos con una muestra de 5060 mujeres encontró que las que habían sido expuestas a esta forma de violencia (n= 670) padecían una ITS en la edad adulta en mayor proporción (10.7%) que aquellas que no lo habían estado (5.7%). Se encontró también en este mismo estudio una relación directa entre una exposición a diferentes tipos de abuso (físico, emocional o sexual, o ser testigo de violencia, vivir con un padre y/o madre con alcoholismo o farmacodependencia o con problemas mentales o con la ley) y una mayor probabilidad de padecer una ITS (las razones de momios fueron de 1.0 para cero exposición, en 4.1% de las mujeres) hasta 6.1 para seis o siete

modalidades (20.7%).⁷ Otros estudios mencionan que, si bien los hijos/as que han observado o escuchado violencia entre los padres no tienen un patrón particular de respuesta, sí parecen manifestar daños en el nivel conductual (como agresión y conducta antisocial); emocional (como ansiedad y depresión); físico (problemas para dormir, trastornos de la alimentación, síntomas psicósomáticos) y cognoscitivo (como bajo desempeño académico).⁸

En el Instituto Nacional de Perinatología se realizó una investigación titulada "ETS/VIH-SIDA y trastornos de la personalidad (TP) en mujeres embarazadas y sus parejas. Detección y prevención de prácticas de alto riesgo"⁶ con el objetivo —entre otros— de determinar la asociación existente entre experiencias adversas en la infancia y la presencia de infecciones de transmisión sexual en la gestación. El protocolo fue aprobado por las comisiones de Investigación y Ética del Instituto Nacional de Perinatología y contó con el apoyo económico del SSA/CONACYT (MO252-991).

MATERIAL Y MÉTODO

El diseño de la investigación fue de casos y controles; las características del estudio en relación con la temporalidad fueron prospectiva, respecto de la presencia o ausencia al agente patógeno en la gestación, y retrospectiva (indagación de experiencias adversas en la infancia), analítica, en lo referente al tipo de análisis, y transversal, respecto de la captura de la muestra donde sólo es posible establecer asociación entre variables.

Sujetos

La muestra fue no probabilística, intencional, consecutiva y autoseleccionada por consentimiento informado por escrito. Los criterios de inclusión fueron: acudir a control prenatal al INPer, contar entre 18-43 años de edad, cursar entre la semana 16 y 35 de gestación, vivir en el área metropolitana y saber leer y escribir. Los criterios de exclusión fueron: tener diagnóstico de psicosis⁹ y cursar con un embarazo gemelar.

La evaluación de las ITS se efectuó por medio de laboratorio y de los exámenes clínicos pertinentes.⁶ La evaluación diagnóstica se efectuó con base en las Entrevistas clínicas estructuradas para la evaluación diagnóstica psiquiátrica de los Ejes I y II del DSM-IV,¹⁰ elaboradas por un grupo de psiquiatras estadounidenses, conocidas como SCID-I y SCID-II. Los tres instrumentos han sido aplicados en México.^{7,11} Todas las entrevistas se audiógrabaron.

Para indagar las Experiencias Adversas en la Infancia, se realizó una entrevista psicodinámica;¹² posteriormente, las respuestas se transcribieron al cuestionario elaborado por Dube, Felitti y Anda¹³ quienes desarrollaron el instrumento Experiencias Adversas en la Infancia y/o Adoles-

* Freud (1895) definió al trauma psíquico como cualquier efecto que provoca los afectos penosos del miedo, la angustia, la vergüenza o el dolor psíquico. De la sensibilidad del sujeto depende que el suceso adquiera o no una importancia traumática. El trauma se debe colocar en un continuo dinámico el cual va a ser una herida que puede dejar o no una situación dolorosa y de *shock*; el tamaño de esta herida dependerá de la interacción de los factores externos (otras vivencias), internos y los factores genéticos constitutivos. De esta manera se puede comprender mejor al trauma desde una perspectiva dinámica interactiva de múltiples factores donde nunca se pueden separar el evento y la experiencia.

encia (ACE, por sus siglas en inglés), con el fin de medir la amplitud de la exposición al abuso emocional, físico y sexual, así como la disfunción familiar en estas etapas de la vida. Comprende varias categorías de experiencias adversas, tres relativas al abuso activo y cuatro al abuso pasivo: 1. abuso psicológico; 2. abuso físico; 3. abuso sexual; 4. violencia conyugal contra la madre; 5. vivir con padres o adultos con problemas de alcoholismo y/o que eran abusadores de sustancias; 6. vivir con padres que fueron encarcelados y 7. separación, divorcio o abandono de uno o ambos padres. Para esta investigación se aumentó una octava categoría: Negligencia y/o descuido por parte de los padres. Todas las preguntas empleadas para determinar las experiencias infantiles se presentan con la frase "Mientras estabas creciendo durante tus primeros 18 años de vida...". El cuestionario limita sus respuestas a los acontecimientos que ocurrieron durante este periodo. Las categorías de respuesta son las siguientes: *nunca, una vez o dos veces, seguido, muy seguido*.

La validez concurrente del instrumento se obtuvo en una muestra de 8506 sujetos. Se comparó el número de categorías de estas experiencias adversas con medidas del comportamiento de riesgo para la salud, estado de salud y enfermedad. Se utilizó la regresión logística para ajustar por efectos de factores demográficos en la asociación entre el número acumulativo de categorías de exposición en la niñez y factores de riesgo para las principales causas de muerte en la vida adulta.^{13,14} El instrumento ACE ha sido empleado para evaluar diferentes conductas en la vida adulta a partir de experiencias infantiles.^{14,22}

Procedimiento

Se invitó a participar a las gestantes. Una vez que aceptaban y firmaban la carta de consentimiento informado, se les canalizaba a la Clínica de Infecciones de Transmisión Sexual, donde se les practicaban los exámenes clínicos y de laboratorio correspondientes. Es importante mencionar que las entrevistas para diagnósticos psiquiátricos se efectuaron sin conocer los resultados obtenidos en el laboratorio.

La información tanto psicológica como médica se manejó confidencialmente. En caso de que la paciente necesitara y aceptara recibir psicoterapia breve, se le brindaba en el mismo departamento; cuando no fue posible se canalizó a instituciones especializadas en salud mental.

En relación con las pruebas estadísticas, se empleó la χ^2 para indagar las diferencias en las variables sociodemográficas y reproductivas, así como en lo relativo a las experiencias adversas en la infancia. Se calcularon las razones de momios con sus respectivos intervalos de confianza, 95%. Por último, se hizo un análisis de regresión logística con la finalidad de modelar la probabilidad de que una mujer gestante padeciera una ITS, dado un conjunto de variables explicativas.

Una descripción más amplia de la metodología se describe en estudios previos.^{6,23-25}

RESULTADOS

De las 279 gestantes que participaron, se dividió la muestra en tres grupos con base en el tipo de agente patógeno involucrado. Para este análisis se excluyó al primer grupo de 76 mujeres embarazadas, las cuales padecían infecciones producidas por un hongo (*Candida*) o por bacteria (*Gardnerella vaginalis*). Al respecto existe el debate sobre si estas entidades son o no infecciones de transmisión sexual; sin embargo, algunos autores las clasifican dentro de las ITS. Así mismo, se excluyó a 25 mujeres que abandonaron la investigación después de haber otorgado su consentimiento por escrito. Las principales razones de esto fueron: prescripción de reposo absoluto sin la posibilidad de asistir a sus citas, falta de respuesta a las llamadas telefónicas, desinterés en una evaluación, por lo que no se obtuvo un expediente completo.

El análisis se hizo con 178 mujeres gestantes conformadas en dos grupos. El primero, de casos, estuvo integrado por 89 embarazadas que presentaban una ITS de predominio viral, que se caracterizan por ser infecciones que ponen en riesgo la vida y cuyo tratamiento y diagnóstico oportunos son necesarios para mejorar la calidad de vida de las pacientes: virus del papiloma humano (56 con VPH), virus de inmunodeficiencia humana (30 VIH) y tres con virus del herpes simple. El segundo fue el grupo control integrado también por 89 gestantes, sin ITS (no se identificó ningún agente patógeno, virus, bacterias, hongos o parásitos en el laboratorio).

En el cuadro 1 se describen los datos relativos a las variables reproductivas, en las cuales no se obtuvieron diferencias significativas. En lo referente al número de gestaciones, tanto en el grupo VIH como en el control, la mitad de las mujeres eran primigestas y la mitad cursaban

Cuadro 1. Variables obstétricas, gestantes embarazadas

	Casos		Controles		χ^2	P
	F	%	F	%		
N. Gestaciones						
Primigestas	29	52.8	25	47.2	0.465	0.792
Dos y tres	46	49.5	47	50.5		
Cuatro o más	14	45.2	17	54.8		
Abortos previos						
Ninguno	59	53.7	50	46.3	3.745	0.154
Uno y dos	27	47.4	30	52.6		
Tres o más	3	25.0	9	75.0		
Hijos						
Ninguno	40	44.4	50	55.6	8.519	0.13
Uno	31	62.0	19	38.0		
Dos	14	43.3	17	56.7		
Tres y/o más	4	57.14	3	42.85		

Cuadro 2. Variables sociodemográficas, gestantes embarazadas con y sin ITS (n=178)

	Casos		Controles		χ^2	P
	F	%	F	%		
Nivel socioeconómico						
Bajo	49	63.63	28	36.36	10.469	0.005
Media bajo	36	38.7	57	61.29		
Media alto	4	50.0	4	50.00		
Escolaridad						
Primaria	13	72.22	5	27.77	8.462	0.015
Sec y prepa	54	54.00	46	46.0		
Tec y lic	22	36.66	38	63.33		
Estado civil						
No unidos	22	66.66	11	33.33	4.501	0.034
Unidos	67	46.2	78	53.79		
Edad						
<24	28	51.58	26	48.14	4.74	0.093
25-29	36	59.01	25	40.98		
>30	25	39.68	38	60.31		
Ocupación						
No remunerada	70	50.72	68	49.27	0.129	0.719
Remunerada	19	47.5	21	52.5		

su segundo o tercer embarazo. Llama la atención que a pesar de la condición de una ITS, 14 mujeres cursaban su cuarto embarazo. Respecto del número de abortos previos, se ob-

servó en ambos grupos que la mitad de las mujeres nunca había tenido un aborto; la mitad de las gestantes ya tenía por lo menos un hijo vivo.

En el cuadro 2 se presentan las variables sociodemográficas del grupo ITS y del grupo control. Se obtuvieron diferencias significativas en tres de las cinco variables estudiadas; la más importante fue el nivel socioeconómico, donde el grupo ITS se integró con gestantes con un ingreso familiar mensual inferior a 2,000 pesos ($p < 0.005$), un menor nivel de escolaridad ($p < 0.015$), y más de la mitad contaba con escolaridad básica. La tercera parte de las gestantes de los casos no tenía pareja en el periodo de estudio ($p < 0.034$); es posible que este hecho se haya debido a la muerte por sida de las parejas.

En el cuadro 3 se observa que existe una asociación significativa entre padecer disfunción familiar en los dos grupos (casos y control), en dos categorías: algunos padres de las mujeres con ITS tuvieron algún problema con la ley, por lo que habían sido encarcelados por un determinado periodo de tiempo (razón de momios de 3.311); así mismo manifestaron leves problemas de alcoholismo (RM 2.073).

En el cuadro 4 se observa la misma asociación significativa pero con los diferentes tipos de abuso: abuso pasivo (descuido, negligencia e indiferencia), físico, emocional y sexual, donde destaca que la relación entre estas categorías y padecer una ITS por virus es altamente significativa; esto

Cuadro 3. Variables disfunción familiar del ACE

		Casos		Controles		p	RM	IC 95%	
		F	%	F	%			Inferior	Superior
Problemas con la ley (padres)	Sí	12	75.0	4	25.0	0.036	3.311	1.024	10.7
	No	77	47.5	85	52.5				
Alcoholismo (padres)	Sí	50	59.5	34	40.5	0.16	2.073	1.399	3.773
	No	39	41.5	55	58.5				
Testigo de violencia/madre golpeada	Sí	50	57.5	37	42.5	0.051	1.801	0.994	3.264
	No	39	42.9	52	57.1				
Farmacodependencia (padres)	Sí	8	53.3	7	46.7	0.787	1.569	0.4	3.338
	No	81	49.7	82	50.3				
Separación (padres)	Sí	33	57.9	24	42.1	0.148	1.595	0.845	3.013
	No	56	46.3	65	53.7				

Cuadro 4. Variable abuso en el ACE (n= 178)

		Casos		Controles		p	RM	IC 95%	
		F	%	F	%			Inferior	Superior
Abuso pasivo*	Sí	53	65.4	28	34.6	0.000	3.207	1.732	5.938
	No	36	37.1	61	62.9				
Abuso físico	Sí	50	61.7	31	38.3	0.004	2.21	1.18	4.14
	No	39	40.2	58	59.8				
Abuso emocional	Sí	41	62.1	25	37.9	0.013	2.186	1.173	4.074
	No	48	42.9	64	57.1				
Abuso sexual	Sí	29	36.0	17	37.0	0.04	2.098	0.88	5.001
	No	60	45.5	72	54.5				

*Descuido, negligencia e indiferencia

Cuadro 5. Prevalencia de exp. de abuso y disfunción en la infancia

N. Cat	Casos		Controles		P
	F	%	F	%	
0	27	37.0	46	63.0	0.014
1	22	51.2	21	48.8	
2	22	61.1	14	38.9	
3 o más	18	69.2	8	30.8	

es, al haber estado expuesta en la niñez a sucesos adversos, había mayor probabilidad de adquirir una ITS viral en la vida adulta.

En el cuadro 5 se presenta la prevalencia de exposiciones en las experiencias adversas en la infancia y la adquisición de una ITS, donde el grupo de casos acumuló tres o más en mayor proporción (20.2%) que el grupo control (9%). Cabe destacar que 51.7% del grupo control no estuvo expuesto a ninguna de las experiencias adversas investigadas.

En el cuadro 6 se presentan las prevalencias para cada una de las categorías estudiadas en el grupo total (178) en comparación con el estudio realizado en EUA (8506), donde se observa una mayor prevalencia (en porcentaje) en la muestra del INPer, donde la categoría que predomina entre las nueve fue haber presenciado que la madre (o madrastra) de la encuestada hubiera sido amenazada o lastimada (48.9%) por el padre y/o padrastro, seguida del alcoholismo por parte de los padres (47.2%), abuso físico 45.5%, descuido y/o negligencia (45.5%), abuso emocional 37.1%, separación de los padres de la encuestada 32%, abuso sexual con 25.8% y problemas de algún padre con la ley, 9%. Más

Cuadro 6. Comparación de los dos estudios de la prevalencia de exposición a las experiencias adversas en relación del abuso en la infancia y disfunción familiar en la infancia y/o adolescencia

Categorías	Muestra INPer (n=178)		Muestra de EU (n=8506)
	F	%	%
Testigo de violencia	87	48.9	12.5
Alcoholismo (padres)	84	47.2	25.6
Abuso físico	81	45.5	10.8
Abuso emocional	66	37.1	11.1
Abuso sexual	46	25.8	22.0
Problemas con la ley (padres)	16	9.0	3.4
Farmacodependiente (padres)	15	8.4	25.6
Enfermedad mental (padres)	No se midió		18.8
Descuido, negligencia	81	45.5	No se midió
Separación (padres)	57	32.0	No se midió
Alguna categoría reportada	58.98%		52.1%

Cuadro 7. Variable patología

	Casos		Controles		P	RM	IC 95%	
	F	%	F	%			Inf.	Sup.
Con patología	66	57.9	48	42.1	0.005	2.451	1.303	4.61
Sin patología	23	35.9	41	64.1				

de la mitad de las gestantes (58.98%) experimentó más de una categoría de exposición adversa en la niñez; dato similar al de 52.1% reportado en el estudio de EUA.

Al dividir el grupo en casos y controles, el de las gestantes con infecciones virales presentó un mayor número de problemas traumáticos (69.9%): descuido, abuso físico, abuso emocional, abuso sexual, así como disfunción familiar (padre o madre con problemas de abuso del alcohol) en comparación con el grupo sin ITS que fue de 48.3%.

En el cuadro 7 se aprecia la mayor prevalencia de trastornos mentales en el grupo de embarazadas con ITS, la cual fue significativamente mayor que en el grupo control; padecer un trastorno incrementó el potencial de riesgo de infección por virus 2.45 veces (I:C 95% que oscila entre 1.303 y 4.61).

Se aplicó la regresión logística con la finalidad de modelar la probabilidad de que una mujer padeciera una ITS de origen viral, dado un conjunto de variables explicativas que estadísticamente resultaron significativas. En un primer momento se realizó una inspección exploratoria para determinar las variables que podrían estar en el modelo.

Para eliminar las variables que no presentaban significancia estadística (indicaban que el riesgo de padecer una ITS no dependía de éstas), se aplicó varias veces la regresión logística hasta encontrar las que resultaron significativas; éstas fueron: mujeres que habían padecido, o no, alguna forma de abuso que pudo haber sido físico, sexual,

Cuadro 8. Variables sociodemográficas, gestantes embarazadas

	χ^2	P
Nivel socioeconómico	10.469	0.005
Escolaridad	8.462	0.015
Estado civil	4.501	0.034
Edad	4.74	0.093
Ocupación	0.129	0.719
Variables reproductivas		
	χ^2	P
N. gestaciones	0.465	0.792
Abortos previos	3.745	0.154
Hijos	8.519	0.13
Variables de experiencias adversas en la niñez y/o adolescencia		
	χ^2	P
Problemas con la ley (padres)	4.395	0.360
Alcoholismo (padres)	5.771	0.160
Testigo de violencia/madre golpeada	3.8	0.051
Farmacodependencia	0.73	0.787
Separación padres	2.09	0.148
Abuso pasivo: descuido, negligencia e indiferencia	14.159	0.000
Abuso físico	8.178	0.004
Abuso emocional	6.165	0.013
Abuso sexual	4.221	0.040
Padecer algún abuso	8.383	0.004
Variable psiquiátrica		
Dx: _PSIQ		
	7.905	0.005

Cuadro 9. Variables en la ecuación

	B	E.T.	Wald	Gl	Sig.	Cociente de momios Exp(B)	IC 95% para EXP(B)	
							Inferior	Superior
PAA	0.701	0.330	4.513	1	0.034	2.015	1.056	3.845
dx_psiq	0.682	0.340	4.035	1	0.045	1.978	1.017	3.848
Constante	-0.856	0.298	8.267	1	0.004	0.425		

emocional o bien alguna combinación de éstos; esta variable se denominó Padecer Algún Abuso (PAA) (con dos categorías: no abuso o por lo menos una forma de abuso).

Mujeres que padecen, o no, un trastorno psiquiátrico que puede ser un trastorno depresivo o un trastorno límite de la personalidad o bien cualquier otro trastorno de personalidad; esta variable se denominó dx_psiq con dos categorías: no trastorno, o bien trastorno psiq.

Los resultados de este modelo son: número de variables 2, número de casos en el análisis 178, bondad de ajuste de Hosmer y Lemeshow de $p = 0.371$ (el modelo se ajusta bien a los datos).

La sensibilidad del modelo propuesto fue de 59.6%; la especificidad de 68.5% (es decir, el modelo predice correctamente el 59.6% de las mujeres que tiene ITS, y el 68.5% de las mujeres que no tienen ITS). En total predice el 64%. El cuadro 9 muestra las variables de la ecuación.

Con las variables del cuadro anterior se construyó un modelo para predecir la presencia o ausencia de la posibilidad de que una mujer adquiriera una ITS de origen viral, determinando en primera instancia el modelo logit, que se estima por:

$$\hat{g} = -0.856 + 0.701 \text{ form_abuso} + 0.682 \text{ dx_psiq}$$

La interpretación como cociente de momios establece que el momio de una mujer que sufrió por lo menos una forma de abuso es en promedio 2.015 (IC a 95%, 1.056 a 3.845) veces mayor al momio obtenido cuando no padeció ninguna forma de abuso.

El momio de una mujer que tiene diagnóstico psiquiátrico es en promedio 1.978 (IC a 95%, 1.017 a 3.848) veces mayor al momio de una mujer que carece de él. Estas dos variables son factores asociados al riesgo, y cuando son afirmativas aumentan la probabilidad de que una mujer adquiriera una ITS de origen viral en la gestación.

Los grupos ii e iii representan la eficiencia del modelo, donde debemos resaltar del grupo iii, que si una gestante presenta alguna forma de abuso y además patología psiquiátrica, esto determina una probabilidad de riesgo a padecer una ITS de origen viral.

DISCUSIÓN

El grupo de ITS de origen viral y el grupo control no son distintos entre sí en lo relativo a las variables obstétricas

exploradas en esta investigación; esto es, en el número de gestaciones, el de abortos previos y el de hijos vivos. Cabe destacar que la mitad de las mujeres eran primigestas y la mitad cursaba un segundo o tercer embarazo. Llama la atención que a pesar de la condición de una ITS, 14 mujeres cursaban su cuarto embarazo. Si bien tener hijos es definitivamente una opción para las mujeres VIH positivas, requiere una planificación cuidadosa junto con el proveedor de atención médica. Esto incluye la «planificación previa a la concepción» y tomar las medidas necesarias durante el embarazo. Tampoco son distintos en lo referente a aspectos sociodemográficos como edad y ocupación (cabe señalar que una amplia mayoría—138 gestantes— se dedicaba al trabajo no remunerado en el hogar). En cambio, son distintos en lo referente al nivel socioeconómico y de escolaridad, pues en el grupo de VIH/SIDA y VPH se encontró una mayor proporción de mujeres cuyo ingreso familiar mensual (un ingreso mensual inferior a \$2,000) las ubica en el nivel más bajo dentro de la clasificación realizada por el Departamento de Trabajo Social del INPer, lo cual coincide con lo encontrado en otros estudios que han señalado la pobreza como un factor de riesgo y/o de vulnerabilidad social para la infección por el VIH,²⁶ así como con niveles más bajos de escolaridad. Latapi *et al.* señalaron desde hace muchos años la interacción entre vivir en condiciones de pobreza y la dificultad para acceder y mantenerse en el sistema educativo nacional.²⁷ Otra diferencia significativa entre los dos grupos fue la del estado civil. El grupo de casos se integró en mayor proporción por gestantes que no estaban unidas en el periodo de estudio; cabe señalar que la mitad de las gestantes que conformaron el grupo VIH/sida experimentó el dolor de ver morir a su pareja.²⁸

De las experiencias adversas en la infancia y/o adolescencia que pudieron originar o haber sido un factor ini-

Cuadro 10.

Grupo	DX_ITS	Patrón de covariables			Valores de los residuos	
		PAA	Dx_psiq	%	Pearson	Devianza
I	No	Sí	Sí	31.46	-1.301	-1.407
	No	Sí	No	16.85	-0.925	-1.112
ii	No	No	Sí	22.47	-0.916	-1.104
	No	No	No	29.22	-0.651	-0.841
iii	Sí	Sí	Sí	59.6	0.768	0.963
	Sí	Sí	No	10.1	1.08	1.244
iv	Sí	No	Sí	14.6	1.09	1.252
	Sí	No	No	15.7	1.534	1.555

ciador para adquirir posteriormente una ITS de origen viral en la edad adulta, fueron significativas haber convivido con un adulto afectivamente cercano con problema de abuso del alcohol (uno o ambos padres o padrastros);* haber sido víctima de descuido, negligencia o indiferencia —lo que se conoce como abuso pasivo—; haber recibido golpes, empujones o golpes tan fuertes que dejaron marcas; haber recibido humillaciones, groserías, insultos o sentimientos de minusvalía, y haber sido víctima de tocamientos o haber tenido una experiencia sexual con alguien que era cinco años mayor que ella. Además, como se puede observar en el cuadro 5, la prevalencia de exposiciones en las experiencias adversas en la infancia y la adquisición de una infección acumuló, en el grupo con una ITS, tres o más exposiciones que el grupo control, donde 51.7% no estuvo expuesta a ninguna de las experiencias adversas. Así, estos sucesos traumáticos ocurrieron de manera simultánea, principalmente en el grupo de casos donde 40 gestantes manifestaron haber estado expuestas a dos o más categorías en contraste con 22 del grupo control. Por lo tanto, los investigadores tratamos de entender las implicaciones a largo plazo en la salud por el abuso infantil.

El abuso del alcohol es un problema de salud generalizado y común en todas las sociedades; en México, de 1990 a 2002 se realizaron cuatro Encuestas Nacionales de Adicciones.²⁹ En la última, en población comprendida entre los 12 y los 65 años, se ubicaron como bebedores actuales 61.09% de los varones y 34.24% de las mujeres, siendo mayor el porcentaje de consumo en el área urbana que en la rural, y como ex bebedores se identificaron 17.54% de los hombres y 19.37% de las mujeres. El 9.68% de los hombres era bebedor consuetudinario en contraste con 0.49% de las mujeres. El alcoholismo está asociado con violencia intrafamiliar, muertes violentas, riñas en la calle y accidentes.^{4,30} La causa es la violencia poco inhibida por el control de impulsos; asimismo, hombres y mujeres expuestos al alcoholismo parental en la infancia pueden presentar con posterioridad este problema a diferencia de personas sin historia familiar de alcoholismo,³¹⁻³³ por lo que sería importante explicar esta asociación en una investigación posterior.

Las gestantes con ITS estuvieron más expuestas que las del grupo control al alcoholismo parental y aproximadamente la mitad fue víctima simultáneamente de alguna forma de abuso o violencia por parte de sus padres o padrastros. En el Informe de las Naciones Unidas, realizado por Paulo Sergio Pinheiro para el estudio de la violencia contra los niños (2006), se señala que «la violencia física viene a menudo acompañada de violencia psicológica. Injurias, insultos, aislamiento, rechazo, amenazas, indiferencia emocional y menosprecio, todas ellas son formas de

violencia que pueden perjudicar el desarrollo psicológico del niño y su bienestar, especialmente cuando estos tratos provienen de una persona adulta respetada; por ejemplo, el padre o la madre».³⁴ Asimismo, menciona que estudios realizados en 21 países muestran que entre 7 y 36% de las mujeres dijo haber sido víctima de agresiones sexuales durante su infancia y, según la mayoría de estos estudios, la tasa de abusos sufridos por las niñas es de 1.5 a 3 veces mayor que la de los varones. El mismo informe hace evidente el hecho de que entre 133 y 275 millones de niños de todo el mundo son testigos de violencia doméstica cada año; esto es, presenciar escenas de violencia en el hogar, en general por peleas entre los padres o entre la madre y su pareja, lo que también puede afectar seriamente su bienestar, su desarrollo personal y su interacción social en la infancia y en la edad adulta.³⁵⁻³⁷

Por otra parte, es importante destacar que, a pesar de las diferencias en el tamaño de las muestras de EUA (8506 adultos) y del INPer (198 gestantes)(cuadro 6), así como entre vivir en un país desarrollado y en otro en vías de desarrollo, el porcentaje de haber estado expuesto al menos a una categoría de abuso o disfunción familiar es muy similar (52.1 y 58.98%). Asimismo, los porcentajes de abuso físico (45.5%) y emocional (37.1%) de la muestra total (n=178) coinciden con los hallazgos de la Encuesta Nacional sobre la Violencia contra las Mujeres 2003³⁸ (42.2 y 37.9%, respectivamente); no así la prevalencia de abuso sexual que fue mayor en la muestra del INPer (25.8% vs. 7.6%). Cabe destacar que el maltrato infantil (en cualquiera de sus modalidades) es un problema compartido en distintas regiones del mundo^{22,39} y en distintas muestras en nuestro país. Por otro lado, se observó que las gestantes con infecciones virales presentaron un mayor número de problemas traumáticos (69.9%) en comparación con el grupo sin ITS que fue de 48.3%.

A diferencia del estudio estadounidense ya mencionado, se incorporó en esta investigación un diagnóstico psiquiátrico: sin evidencia de psicopatología (en ninguno de los dos ejes del DSM-IV, 1994) y con evidencia de psicopatología (ya fuese un trastorno del estado de ánimo: episodio depresivo mayor, trastorno depresivo mayor o trastorno distímico en el Eje I del DSM-IV o, un trastorno de personalidad en el Eje II, principalmente límite) (González et al). Padecer un trastorno depresivo y/o de personalidad es un factor de riesgo para adquirir una ITS de origen viral.^{2,40-44} La prevalencia de psicopatología, tanto en el grupo de casos como en el control, es superior (58 y 42%) a la encontrada en la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica.⁴⁵ Padecer un trastorno incrementó el potencial de riesgo de infección por virus 2.45 veces.

A su vez, se ha encontrado que padecer un abuso activo en la infancia es un factor asociado al riesgo para estructurar un trastorno límite de la personalidad.⁴⁶ Es por

* Ya que en los problemas con la ley, únicamente 16 gestantes admitieron en la entrevista psicodinámica que uno o ambos padres habían sido encarcelados; si bien, como se observa en el cuadro 3, la proporción de padres con este tipo de problemas fue tres veces superior en el grupo de casos.

ello que en la regresión logística, paso a paso de todas las variables exploradas, las dos que resultaron significativas para incrementar la probabilidad de adquirir una ITS fueron padecer alguna forma de abuso y la presencia de psicopatología.

Sería importante en un estudio posterior indagar con mayor profundidad la tipología de los padres que infligieron el abuso. En esta investigación, en las entrevistas psicodinámicas de las pacientes infectadas por el VIH fue evidente la mayor proporción de padres que maltrataban a sus compañeras y/o a los hijos/os.^{47,48} Un estudio realizado en Bogotá, Colombia, encontró tres tipos diferentes de padres varones que abusaban físicamente de sus hijos/as; en el primer grupo, el padre explotaba en respuesta a una conducta normal del hijo o hija (también golpeaba a su esposa o compañera); un segundo grupo explotaba en respuesta a las quejas de las madres y/o vecinos acerca del niño/a y creían en el castigo corporal como método de disciplina, y el tercero en respuesta a una clara conducta antisocial por parte del menor.⁴⁹ Sería importante, por lo tanto, indagar no sólo la conducta del padre y/o de la madre, sino también las causas, creencias o percepciones acerca de las mismas, con el fin de diseñar medidas preventivas para erradicar la violencia contra las mujeres y los niños en la siguiente generación, la cual ocasiona, además de muertes por VIH/SIDA o por cáncer ano-genital asociado al VIH y VPH,^{43,50} embarazos no previstos y graves problemas de salud física y mental³ como se hizo evidente en este estudio.

Cabe destacar que los países que han obtenido éxitos en la lucha contra la epidemia global del VIH han demostrado que es posible preservar los logros si las actividades relacionadas con el VIH/SIDA se integran en estrategias y programas globales de desarrollo. También son esenciales la mejora y la intensificación de las estrategias para la reducción de la pobreza¹⁷ y la elevación del nivel educativo de la población. También se ha encontrado que la violencia contra las mujeres se presenta desde el noviazgo,⁵¹ y tiene como consecuencias un bajo rendimiento escolar, consumo de tabaco y alcohol, y depresión.

REFERENCIAS

1. Freud. El proyecto una psicología para neurólogos. En: Obras completas. Buenos Aires: Amorrortu, 1895; vol. 1.
2. Laplanche J, Pontalis J. Diccionario de psicoanálisis. Barcelona: Paidós; 1971.
3. Heise L, Ellsberg M, Gottemoeller M. Population reports: Para acabar con la violencia contra la mujer. 1999; E.U; L(11):1-43.
4. Guerra V. La violencia intrafamiliar como consecuencia del consumo de alcohol en trabajadores. *Antropología Experimental* 2004; 4:1-5.
5. Caballero M, Ramos L. Violencia: una revisión del tema dentro del marco de trabajo de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría. *Salud Mental* 2004; 27(2):45-48.
6. Lartigue T, Casanova G, Ortiz J, Aranda C. Indicadores de malestar emocional y depresión en mujeres embarazadas con ITS-VIH/SIDA. *Perinatología Reproducción Humana* 2004; 18(2):73-90.
7. Grain J, Lemus S. Prevalencia y comorbilidad del trastorno límite de la personalidad. Tesis inédita licenciatura. México: Facultad de Psicología UNAM; 1999.
8. Jasinski JL, Williams LM. Partner violence. A comprehensive review of 20 years of research. California: Sage; 1998.
9. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. México: Masson, S.A.; 1994.
10. 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 y del Eje I del DSM-IV. Versión clínica SCID-II. Barcelona: Masson; 1999.
11. Ortiz R. Adaptación de la Entrevista Estructurada SCID II para la población que solicita atención psicológica. México: Tesis inédita licenciatura, Facultad de Psicología UNAM; 1997.
12. Diaz P. Técnica de la entrevista psicodinámica. México: Pax; 1989.
13. Vincent J, Felitti V, Anda F, Nordenberg D, Williamson D et al. Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: The adverse childhood experiences (ACE) study. *American J Preventive Medicine* 1998; 14(4):245-258.
14. Anda R. Insights into causal pathways for ischemic heart disease: Adverse Childhood Experiences Study. *American Heart Association* 2004; 110:1761-1766.
15. Anda R, Croft J, Felitti V, Nordenberg D, Giles W et al. Adverse childhood experiences and smoking during adolescence and adulthood. *American Medical Association* 1999; 282:1652-1658.
16. Anda R, Chapman D, Felitti V, Edward V, Williamson D et al. Adverse childhood experiences and risk of paternity in teen pregnancy. *Obstetrics Gynecology*, 2002; 100:37-45.
17. Boletín ONU (Naciones Unidas-Centro de Información). VIH/SIDA y desarrollo, no. 01/058; 2001.
18. Chapman D, Whitfield C, Felitti V, Dube S, Edwards J et al. Adverse childhood experiences and the risk of depressive disorders in adulthood. *J Affective Disorders* 2004; 82:217-225.
19. Dong M, Anda R, Felitti V, Williamson D, Dube S et al. Impact of residential mobility during childhood on health in adults: The hidden role in adverse childhood experiences. *Am J Epidemiol* 2004; 159:S80.
20. Dube S, Anda R, Felitti V, Chapman D, Giles W. Childhood abuse, neglect, and household dysfunction and the risk of illicit drug use: The adverse childhood experiences study. *Pediatrics* 2003; 111:564-572.
21. Encuesta Nacional sobre Violencia contra las Mujeres. México: Instituto Nacional de Salud Pública; primera edición; 2003.
22. Saucedo JM, Sanchez Guerrero. Maltrato físico y abuso sexual. *Psiquiatría* 2005; 9(4): 159-157.
23. Cordoba A, Lartigue T. Evaluación de casos de madres con VIH, mediante la entrevista de apego adulto. 2004; 18(2):119-131.
24. González I, Domínguez Y, Pérez M, Lartigue T. Trastorno límite de la personalidad y su asociación con el VIH/SIDA en gestantes. *Perinatología y Reproducción Humana* 2004; 18(2):103-118.
25. Nava A, Avila H, Casanova G, Lartigue T. Prácticas de riesgo para infecciones de transmisión sexual en un grupo de mujeres embarazadas y sus parejas. *Perinatología Reproducción Humana*, 2004; 18(2):91-102.
26. Medina M, Rojas E. Mujer, pobreza y adicciones. *Perinatología Reproducción Humana* 2003; 17(4):230-244.
27. Latapi P. La investigación educativa en México. México: Fondo de Cultura Económica; 1994.
28. Lartigue T. VIH/SIDA y fallas en la parentalidad. Una investigación en el INPer desde las teorías psicoanalíticas y de género. Alizade M, lartigue T (comps). *Psicoanálisis y relaciones de género*. Buenos Aires: Lumen/IPA COWAP; 2004; p.57-77.
29. Encuesta Nacional de Adicciones 2002. México: Dirección General de Epidemiología/INEGI/SSA/CONADIC/INPRF; 2002.
30. De la Cruz J, Fernandez I, Tudon H, Escobedo H, Zarate A et al. Prevalencia de consumo riesgoso y dañino de alcohol en derecho habientes del Instituto Mexicano del Seguro Social. *Salud Pública* 2002; 44(2):113-121.

31. Alati R, Najman J, Kinner S, Mamun A, Williams G et al. Early predictor of adult drinking: a birth cohort study. *America J Epidemiology* 2005; 162(11):1098-1107.
32. Beardslee S, Vaillant G. Exposure to parental alcoholism during childhood and outcome in adulthood: a prospective longitudinal study. *Br J Psychiatry* 1986; 149:584-91.
33. Natera G, Borges G, Icaza M, Solis L, Tiburcio M. La influencia de la historia familiar de consumir alcohol en hombres y mujeres. *Salud Pública* 2001; 43(1):17-26.
34. Pinheiro P. Informe de las Naciones Unidas para el estudio de la violencia contra los niños. Distr. General 29 de agosto de 2006.
35. Asamblea General, Naciones Unidas. Derechos del niño, sexagésimo primer periodo de sesiones, promoción y protección de los derechos de los niños; 29 de agosto 2006.
36. Felitti V, Anda R, Nordenberg D, Williamson D, Spitz A et al. The relationship of adult health status to childhood abuse and household dysfunction. *American J Preventive Medicine* 1998; 14:245-258.
37. Santana R, Sánchez R, Herrera E. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública México* 1998; 40(1):58-65.
38. Dube S, Anda R, Felitti V, Chapman D, Williamson D et al. Childhood abuse, household dysfunction and the risk of attempted suicide throughout the life span: Findings from the adverse childhood experiences study. *J American Medical Association* 2001; 286:3089-3096.
39. Santana R, Sanchez R, Herrera E. El maltrato infantil: un problema mundial. *Salud Pública* 1998; 40:58-65.
40. Ciesla J, Roberts J. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry* 2001; 158:725-72.
41. Jacobsberg L, Frances A, Perry S. Axis II, diagnoses among volunteers for VIH testing and counseling. *Am J Psychiatric* 1195; 152: 1222-24.
42. Mohar A, Frias-Mendivil M, Suchil-Bernal L, Mora T, De la Garza J. Epidemiología descriptiva de cáncer en el Instituto Nacional de Cancerología de México. *Salud Pública* 1997; 39(4):28-32.
43. Musino C, Maya C. Information and HIV/AIDS in Mexico: towards building an appropriate system for public documentation. En: *The IFLA/FAIFE: Libraries and the fight against HIV/AIDS, poverty and corruption*. Copenague: IFLA/FAIFE 2006; p.109-124.
44. Samuels J, Nestadt G, Romanosky A, Folstein M, McHugh P. DSM-III personality disorders in the community. *Am J Psychiatry* 1994; 151:1055-62.
45. Medina M, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la encuesta nacional de epidemiología psiquiátrica en México. *Salud Mental* 2003; 26(4): 1-16.
46. Lopez D. Psicoterapia focalizada en la transferencia para pacientes límites. México: Asociación Psicoanalítica Mexicana; 2004.
47. Calderon M, González I, Lartigue T: La escucha de género en madres con VIH-SIDA» en: *Sexualidad y género. Una visión psicoanalítica*. Lartigue T, Ureta M (comps). Buenos Aires: Lumen, APM, COWAP/IPA, primera edición; 2005; p195-212.
48. Lartigue T. El cuerpo muerto-vivo: Un estudio en el INPer sobre la depresión en la gestación, Castillas J, Kolteniuk M, De la Parra J (comp). El cuerpo y el psicoanálisis. México: Editores de Textos Mexicanos; Asociación Psicoanalítica Mexicana; 2006.
49. Klevens J, Bayón M, Sierra M. Risk factors and context of men who physically abuse in Bogotá, Colombia. *Child Abuse Neglect* 2000; 24(3):323-332.
50. Rivera R. Epidemiología del virus papiloma humano. *Rev Chil Obstet Ginecol* 2002; 67(6):501-506.
51. Riviera L, Allen B, Rodríguez G, Chávez R, Lazcano E. Violencia durante el noviazgo depresión y conductas de riesgo en estudiantes femeninas (12-24 años). *Salud Pública México* 2006; 48(2):288-296.