Revista Electrónica de Psicología Iztacala

Universidad Nacional Autónoma de México

Vol. 23 No. 3 **Septiembre de 2020**

FACTORES PSICOLÓGICOS ASOCIADOS A LA PLANIFICACIÓN FAMILIAR POSTPARTO EN MUJERES VIH POSITIVAS

María del Pilar Meza-Rodríguez[1], Javier Mancilla Ramírez[2], Saúl Jesús Garza Morales[3], Noemí Guadalupe Plazola Camacho[4], Virginia Elena Santillán Palomo[5], Ignacio Camacho Arroyo[6]

Instituto Nacional de Perinatología
Dirección General de Calidad y Educación en Salud
Unidad de Investigación en Reproducción Humana-Instituto Nacional de Perinatología-Facultad de Química
Universidad Nacional Autónoma de México
México

RESUMEN

Introducción: Un número importante de mujeres infectadas con VIH se encuentra en edad reproductiva, muchas desean embarazarse aún después del diagnóstico, constituyendo un reto para la salud materno-fetal. Lo anterior hace importante conocer las necesidades en salud reproductiva y planificación familiar de estas mujeres. Objetivo: Identificar los factores psicológicos que influyen en la elección de un método de planificación familiar postparto en embarazadas seropositivas al VIH. Material y método: Se realizó un

[1] Instituto Nacional de Perinatología, México. Doctora en Ciencias. Correo Electrónico: mezapilar@yahoo.com
[2] Dirección General de Calidad y Educación en Salud, México. Doctor en Ciencias. Correo Electrónico: javiermancilla@hotmail.com
[3] Instituto Nacional de Perinatología, México. Médico Especialista. Correo Electrónico: drsaulgarza@gmail.com
[4] Instituto Nacional de Perinatología, México. Médico Especialista. Correo Electrónico: noemiplazola76@yahoo.com
[5] Instituto Nacional de Perinatología, México. Enfermera especializada. Correo Electrónico: virginiaelena18@yahoo.com.mx
[6] Unidad de Investigación en Reproducción Humana, Instituto Nacional de Perinatología-Facultad de Química, Universidad Nacional Autónoma de México. Doctor en Ciencias. Correo Electrónico: camachoarroyo@gmail.com

estudio observacional transversal, descriptivo y correlacional multivariado. La muestra quedó constituida por 73 embarazadas seropositivas al VIH, quienes respondieron una batería de pruebas psicométricas para evaluar la presencia de malestar psicológico, rasgos de ansiedad, depresión, nivel de adherencia terapéutica y estilo de afrontamiento. Resultados: Del total de las pacientes: 31.5% presentó malestar psicológico, 38.4% ansiedad estado, 27.4% ansiedad rasgo, 54.6% depresión y 82% nivel alto de adherencia terapéutica, el estilo de afrontamiento prevalente fue reevaluación positiva. La obstrucción tubárica bilateral (OTB) fue elegida por el 67.1% de las pacientes como método de planificación post parto. Este grupo tuvo mayor proporción de rasgos de ansiedad estado y adherencia terapéutica en comparación con las pacientes que eligieron otro o ningún método de planificación. Conclusiones: Existe una implicación psicológica que requiere detección y atención oportuna durante el curso no solo del embarazo sino también de la infección por VIH. La OTB fue el método de planificación familiar seleccionado por la mayoría de las pacientes.
Palabras Clave: Embarazo, método de planificación familiar, malestar psicológico, depresión, ansiedad.

PSYCHOLOGICAL FACTORS ASSOCIATED WITH FAMILY PLANNING IN HIV POSITIVE WOMEN

ABSTRACT

Introduction: An important number of infected women with HIV are in reproductive age, and many of them wish to be pregnant even after the diagnostic, representing a big challenge for the maternal-fetal health. This makes the importance of knowing the reproductive health necessities and family planning of these patients. Objective: Identify the psychological factors which influence the election of a postpartum family planning method in HIV seropositive pregnant women. Material and Method: An observational cross-sectional, descriptive, and multivariate correlational study was performed. The sample was constituted by 73 pregnant HIV seropositive, who answered a battery of psychometric tests for evaluating psychological discomfort presence, traits of anxiety, depression, level of therapeutic adherence and coping style. Results: Of all patients: 31.5% presented psychological discomfort, 38.4% anxiety state, 27.4% trait anxiety, 54.6% depression and 82% high level of therapeutic adherence, being positive reevaluation the prevalent coping style. The bilateral tubaric obstruction (BTO) was elected by 67.1% of the patients as postpartum family planning method. This group presented the highest proportion of traits of state anxiety and therapeutic adherence in comparison with patients who chose another or no family planning method. Conclusions: There exists a psychological implication that requires detection and timely care in HIV seropositive women during the course not only of pregnancy but also during HIV infection. The BTO was the selected postpartum family planning method for most patients.

Keywords: Pregnancy, family planning method, psychological discomfort, depression, anxiety, coping style.

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es un grave problema de salud que afecta a cualquier persona independientemente de su raza, edad, género o preferencia sexual. Cerca del 80% de las mujeres que son seropositivas al VIH se encuentran en edad reproductiva y muchas de ellas, después del diagnóstico aun desean embarazarse y tener hijos o simplemente llevar a cabo las medidas adecuadas para regular su fertilidad (Thérèse y Nôstlinger, 2007; Vieira de Lima, Dos Santos, Holanda y Gimeniz, 2017, Martins, Alves, Chaves, Canavarro y Pereira, 2019), por lo que es fundamental, conocer las necesidades en salud reproductiva y mental de las pacientes seropositivas al VIH.

En estas pacientes, el embarazo constituye un importante reto para la salud materno fetal debido a que representa un riesgo para la salud de la propia madre y del hijo, genera la probabilidad de que ocurra una transmisión vertical de la infección y propicia las afectaciones secundarias en el desarrollo físico, psicológico y social de la descendencia (Figueroa y Villagrana 2001; Lartigue y Maldonado, 2004; Finocchario-Kessler, Sweat, Dariostis, Trent, Kerrigan, Keller y Anderson, 2007; Conde, Pimentel, Díaz y Domingo, 2016).

Chen, Phillips, Kanouse, Collins, y Miu, (2001) y Finocchario-Kessler, Sweat, Dariostis, Trent, Kerrigan, Keller y Anderson, (2007), han señalado que no existen diferencias significativas en la elección de los métodos de planificación familiar entre mujeres seropositivas y mujeres seronegativas.

El uso del condón es el método más recurrido por la población seropositiva, lo que se ha asociado con la promoción sanitaria que se ha hecho en torno a su uso, pues además de ser un método de control de la fertilidad, también es un método que evita la transmisión de la enfermedad, por lo que es un anticonceptivo con doble función, lo que ha favorecido un ejercicio pleno de la sexualidad en las pacientes seropositivas. Sin embargo, se desconocen los factores psicológicos que intervienen en la toma de decisiones alrededor del ejercicio de la sexualidad en mujeres embarazadas y seropositivas al VIH. Aunado a ello, García-Sánchez (2004) y Belmar y Stuardo, (2017), señalan que la práctica clínica demuestra que las

pacientes mejor adaptadas psicológicamente toleran mejor el tratamiento y presentan mayores tasas de adhesión, lo que probablemente influye en la toma de decisiones alrededor de la anticoncepción en embarazadas seropositivas al VIH.

Por lo anterior, se evaluaron pacientes embarazadas seropositivas del Instituto Nacional de Perinatología (INPer) en la Ciudad de México y una vez resuelto su embarazo, se identificaron los métodos que eligieron para la regulación de su fertilidad y los factores psicológicos implicados en tal decisión.

MÉTODO

Participantes

La población total se conformó por 73 pacientes embarazadas seropositivas al VIH con un rango de edad de 20 a 35 años, sin retraso mental o alteraciones psiquiátricas o psicológicas clínicamente evidentes que brindaron su consentimiento informado por escrito de acuerdo con las normas requeridas por el Comité científico y de Ética del INPer, con número de autorización 2017-3-128.

Evaluación clínica

A todas ellas se les aplicó una historia clínica semiestructurada con la finalidad de recabar datos clínicos y sociodemográficos. Para la medición de los rasgos de ansiedad se empleó el inventario de ansiedad rasgo-estado (IDARE) mismo que está conformado por dos cuestionarios de veinte reactivos cada uno, el primero de ellos mide la ansiedad estado en referencia a una situación emocional transitoria, mientras que el segundo mide la ansiedad rasgo, refiriéndose a las diferencias individuales en la tendencia a la ansiedad (Díaz y Spilberg,1975). En este inventario, se obtienen calificaciones en el rango de 20 – 80 puntos, tomando como punto de corte: 47 para ansiedad rasgo y 43 para ansiedad estado (González y Morales-Carmona, 1990).

Por otro lado, y debido a la facilidad para su aplicación, las exigencias intelectuales para su uso (solamente el saber leer y escribir) y el tiempo requerido para ser contestado (20 min.), se eligió la escala de auto-medición de depresión de Zung (EAMD) que permite la cuantificación sintomática de los rasgos de depresión. Esta prueba está conformada por 20 frases relacionadas con la depresión, la mitad de

las cuales está planteada en términos positivos y la otra mitad en términos negativos, dando un gran peso a los síntomas somáticos y a los cognitivos con 8 items para cada grupo, completando la escala con 2 items referentes al estado de ánimo y 2 a síntomas psicomotores donde el sujeto puede obtener como puntaje mínimo 20 y máximo 80, estableciendo como punto de corte: 44 para presencia de rasgos de depresión (Zung 1972; González y Morales-Carmona, 1993).

La medición de malestar psicológico se obtuvo a partir del cuestionario general de salud de Goldberg (CGS) que consta de 30 reactivos agrupados en cuatro áreas fundamentales: depresión, ansiedad, inadecuación social e hipocondría (Goldberg y Hillier, 1979).

El puntaje mínimo que se puede obtener es 0 y el máximo 30, el punto de corte se establece en 7 lo que indica que un puntaje menor a 7 clasifica a las pacientes sin malestar psicológico, mientras que un puntaje mayor a 7 las clasifica con dicho malestar (Morales-Carmona, Luque-Coqui y Barroso-Aguirre, 2002).

Para evaluar la tendencia del sujeto a responder de manera determinada ante ciertas situaciones como parte de su estructura de personalidad se empleó el instrumento de estilos de afrontamiento de Lazarus y Folkman el cual consta de 67 reactivos. Esta prueba proporciona ocho estilos de afrontamiento: confrontativo, distanciamiento, autocontrol, soporte social, responsabilidad, escape-evitación, resolución de problemas y reevaluación positiva. Para la calificación del instrumento se requiere determinar el modo de afrontamiento preferentemente utilizado por cada sujeto en particular al comparar todos los puntajes obtenidos, determinando así el puntaje más alto como el estilo predominante entre las ocho posibilidades (Folkman y Lazarus, 1988; Pelechano, 2000).

Se utilizó también la escala de adherencia terapéutica (EAT) de Soria, Vega y Nava (2009), la cual contiene 21 items que se agrupan en tres factores que permiten detectar el cumplimiento de las recomendaciones médicas. Está basada en comportamientos explícitos, incluye una escala para cada ítem de 0 a100 en la que el paciente elige en términos de porcentaje, la efectividad de su comportamiento. Se pueden obtener tres niveles de adherencia terapéutica: bajo, moderado y alto.

Pacientes con valores cercanos a 100 son los que se consideran con mayor adherencia.

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de campo observacional, transversal, descriptivo, correlacional y multivariado. Los valores de las variables sociodemográficas y de sexualidad se muestran como media, desviación estándar (±), para el análisis de las primeras se realizaron tablas de contingencia y se utilizó la prueba de correlación de Pearson para determinar la relación entre las variables clínicas, con el uso del paquete estadístico SPSS versión 22.

RESULTADOS

Datos sociodemográficos

La población de estudio quedó constituida por 73 pacientes embarazadas del INPer seropositivas al VIH con una edad de 27.7±6.9 años. El tiempo de escolaridad fue de 9.2±3.0 años, lo que equivale a terminar el ciclo de educación básica; el 71.2% de la población de estudio se dedica a labores del hogar y su distribución por estado civil fue: 37% unión libre, 35.6% solteras, 21.9% casadas y 5.5% viudas.

Sexualidad

La edad de inicio de la vida sexual de las pacientes fue de17.6±2.8 años. En lo que respecta al número de parejas sexuales a la fecha del estudio: 23.3% señaló haber tenido una pareja, 34.2% dos parejas, 17.8% tres, 9.6% cuatro, 5.5% cinco, 2.7% seis y 6.9% siete o más. 11% de las pacientes estudiadas reportaron abuso sexual. La mayoría de las pacientes (87.7%), contrajo el VIH por transmisión sexual, 9.6% por transmisión vertical y 2.7% por vía sanguínea. El número de años de conocerse infectada por el VIH fue 5.2±2.7.

En cuanto a los padres de los hijos que parirán, 52% fueron serodiscordantes al VIH y 48% seropositivos al VIH. De las parejas serodiscordantes, solo dos desconocían que la mujer es seropositiva al virus.

En relación con el número de gestas: 32.9% cursaba su primera gesta, 28.2% segunda, 19.2% tercera, 13.7% cuarta y 5.5% quinta. De ellas, 8.2% refirieron tener un hijo seropositivo.

Previo al embarazo actual 60.3% comentó emplear un método anticonceptivo, de ellas 53.4% empleaban condón.

En la elección del método anticonceptivo postparto 67.1% eligió obstrucción tubárica bilateral (OTB), 13.6% ningún método, 9.5% dispositivo intrauterino (DIU), 6.8% condón y 2.7% anticonceptivos hormonales.

En cuanto a las adicciones: 5.4% de las pacientes reportó haber sido alcohólica, y 1.36% farmacodependiente. En relación con la pareja actual 19.2% señalaron estar vinculadas con un hombre alcohólico y 15.1% con un hombre farmacodependiente.

Variables Clínicas

En relación con las variables clínicas, se encontró que 31.5% de las mujeres en estudio presentaron malestar psicológico de acuerdo con el CGS; en respuesta al IDARE 38.4% ansiedad estado, 27.4% ansiedad rasgo; según el EAMD, 54.6% depresión. En cuanto a la adherencia terapéutica evaluada con la EAT, ninguna paciente tuvo nivel bajo de adherencia, 18% exhibió un nivel moderado y 82% un nivel alto. En cuanto a los estilos de afrontamiento de acuerdo con la medición de Lazarus y Folkman el estilo al que con mayor frecuencia recurrió la muestra estudiada fue reevaluación positiva en un 32.9%, seguido por soporte social 19.2% y resolución de problemas 17.8%. Por lo que respecta a la dirección del afrontamiento de la muestra total, 58.9% de las pacientes evidenciaron estilos dirigidos a la emoción y 41.1% presentó estilos de afrontamiento dirigidos a la solución del problema (Tabla1).

Tabla 1. Distribución de los estilos de afrontamiento.

Estilo de afrontamiento	Porcentaje
Reevaluación positiva	32.9
Soporte social	19.2
Resolución de problemas	17.8
Distanciamiento	11
Responsabilidad	9.6
Confrontación	4.1
Autocontrol	2.7
Escape-evitación	2.7

Correlación entre las variables clínicas

Se obtuvieron correlaciones positivas al relacionar las variables ansiedad estado (.693 p<.01), ansiedad rasgo (.725 p<.01) y depresión con malestar psicológico (.669 p<.01). Así mismo se obtuvo una correlación positiva entre ansiedad estado (.766 p<.01), ansiedad rasgo (.750 p<.01) y depresión.

El nivel de adherencia terapéutica (.300 p<.01) presentó una relación positiva con los estilos de afrontamiento predominantemente empleados por las pacientes: reevaluación positiva, soporte social y resolución de problemas (tabla 2).

Tabla 2. Correlación entre las variables clínicas evaluadas en pacientes embarazadas con VIH.

	Malestar psicológico	**Depresión**	**Adherencia terapéutica**
Ansiedad estado	**.693****	**.766****	
Ansiedad rasgo	**.725****	**.750****	
Depresión	**.669****		
Estilo predominante			**.300****

**p<.01

De las 49 (67.1%) mujeres que eligieron OTB, 18 (36.7%) presentaron malestar psicológico, 21 (42.8%) ansiedad estado, 16 (32.6%) ansiedad como rasgo de personalidad, 27 (55.1%) depresión, 41 (83.6%) nivel alto de adherencia terapéutica. De los estilos de afrontamiento 16 (32.6%) recurrieron al estilo reevaluación positiva, 10 (20.4%) a los estilos soporte social y resolución de problemas en igual proporción.

10 (13.6%) pacientes no eligieron ningún método, de ellas 4 (40%) presentaron malestar psicológico, 2 (20%) ansiedad estado, 2 (20%) ansiedad como rasgo de personalidad, 6 (60%) depresión, 8 (80%) nivel alto de adherencia terapéutica. En

cuanto a los estilos de afrontamiento predominantemente empleados 4 (40%) recurrieron al estilo reevaluación positiva y 3 (30%) distanciamiento.

El DIU fue elegido por 7 (9.5%) mujeres, de ellas 3 (42.8%) presentaron malestar psicológico, 2 (14.2%) ansiedad estado, 3 (42.8%) ansiedad rasgo, 5 (71.4%) depresión, 5 (71.4%) nivel alto de adherencia terapéutica. De los estilos de afrontamiento, soporte social fue el más empleado 3 (42.8%).

5 (6.8%) decidieron emplear condón, 3 (60%) presentó malestar psicológico 2 (40%) ansiedad estado, 2 (40%) ansiedad rasgo, 4 (80%) depresión, 3 (60%) nivel alto de adherencia y 2 (40%) reevaluación positiva como estilo de afrontamiento predominante. En tanto los implantes hormonales fueron elegidos por 2 (2.7%) pacientes, de las cuales ninguna presentó malestar psicológico, ansiedad estado, ansiedad rasgo ni depresión, ambas tuvieron un nivel alto de adherencia terapéutica. De los estilos de afrontamiento, una de ellas empleó el estilo de reevaluación positiva y la otra paciente, soporte social (Tabla 3).

Tabla 3. Relación entre el método de planificación familiar elegido y las variables psicológicas estudiadas.

Variable psicológica	Método elegido				
	OTB 67.1%	Ninguno 13.6%	DIU 9.5%	Condón 6.8%	Implante 2.7%
Malestar psicológico	36.7%	40%	42.8%	60%	
Ansiedad estado	42.8%	20%	14.2%	40%	
Ansiedad rasgo	32.6%	20%	42.8%	40%	
Depresión	55.1%	60%	71.4%	80%	
Nivel alto de adherencia	83.6%	80%	71.4%	60%	100%
Estilo reevaluación positiva	32.6%	40%		40%	50%
Estilo soporte social	20.4%		42.8%		50%

Las pacientes que eligieron OTB en comparación con el resto de las mujeres que optaron por otros métodos anticonceptivos o ningún método, presentaron mayor

frecuencia de rasgos de ansiedad estado (42.8%), menor proporción de malestar psicológico (36.7%) y depresión (55.1%), con un índice mayor de adherencia terapéutica (83.6%), predominado en ellas el estilo de afrontamiento reevaluación positiva mismo que enfoca sus esfuerzos a la emoción.

Los rasgos de depresión se presentaron con mayor proporción en las mujeres que no eligieron ningún método (60%) y en las que eligieron métodos temporales: DIU (71.4%) y condón (80%). Se observó también una mayor proporción de malestar psicológico en las pacientes que no eligieron ningún método (40%), en las que seleccionaron DIU (42.8%), y las que optaron por condón (60%) estos datos en comparación con las que eligieron OTB.

DISCUSIÓN

El nivel educativo ha sido considerado como un factor de protección frente al contagio de cualquier enfermedad ya que es facilitador de la comprensión de las vías de contagio, de la evolución y el pronóstico del padecimiento disminuyendo la adopción de conductas de riesgo, favoreciendo la calidad de vida con la adopción de estrategias saludables y la aceptación de la terapia farmacológica. En el presente estudio, el promedio de años escolares cursados por las pacientes embarazadas seropositivas al VIH fue equivalente al ciclo escolar básico concluido, lo que puede relacionarse con el hecho de encontrase en una institución formal en búsqueda de atención especializada con un nivel alto de adherencia terapéutica.

Como factores de riesgo para contagiarse por VIH, se encuentran: el mantener relaciones sexuales sin preservativo, promiscuidad, consumo de alcohol y drogas, realización de tatuajes y perforaciones, violencia sexual, falta de atención prenatal y durante el parto (CENSIDA, 2012), aunado a ello, los roles sexuales de género al parecer limitan la capacidad de prevenir conductas de riesgo para la transmisión de la infección dado que las expectativas sociales de la concepción tradicional de las relaciones afectivo-sexuales hacen que un buen número de mujeres accedan a los deseos sexuales del hombre aun cuando esto implique adoptar prácticas que pongan en riesgo su salud (García-Sánchez, 2004). La mayor parte de las pacientes estudiadas contrajeron el VIH por vía sexual, refiriendo más de la mitad de la

muestra haber tenido entre una y dos parejas sexuales manteniendo relaciones heterosexuales solo con la pareja actual sin aceptar conductas de promiscuidad, lo que permite observar la vulnerabilidad de género a la que hace referencia la literatura actual donde la mujer se encuentra en desventaja a expensas de los hábitos sexuales de su pareja. Este mismo fenómeno se reportó por Meza, Carreño, Morales-Carmona, Aranda, Sánchez, Espíndola, (2008) en un estudio con 70 mujeres infectadas por el virus de papiloma humano en el INPer.

Previo al embarazo actual, las mujeres estudiadas señalaron utilizar el condón como método anticonceptivo y de protección a la pareja, sin embargo, a pesar de las muchas ventajas que ofrece el empleo del condón (ausencia de sofisticación, bajo precio, facilidad de distribución, etc.,) éste tiene una notable limitación al estar influido su uso por cuestiones sociales y culturales que en cierto modo dan un margen de control al hombre (García-Sáchez, 2004), cuestión que evidencia posibles factores de vulnerabilidad en las mujeres por cuestiones de inequidad de género (Arrivillaga, López y Ossa, 2006; Bolaños y Díaz, 2017). No obstante, 52% de las parejas actuales de las mujeres estudiadas (padres de los hijos que parieron) son serodiscordantes de los cuales solo dos desconocen el diagnostico; al respecto Martins, Alves, Chaves, Canavarro y Pererira (2019), han señalado que el hecho de tener pareja serodiscordante es un factor que influye en la motivación para tener descendencia debido a que el no estar infectado modifica la percepción de enfermedad. Sin embargo, hay que recalcar que los deseos de fertilidad deben ser considerados de manera independiente al establecimiento por ambos miembros de la pareja del uso responsable de un método de protección al compañero serodiscordante.

El abuso de alcohol y drogas no fue representativo en esta muestra de pacientes.

Es conocido que la mujer embarazada seropositiva al VIH aumenta su vulnerabilidad frente a la infección debido al deterioro físico que en ellas presupone el embarazo, además de constituir la principal vía de contagio en la población infantil (Figueroa y Villagrana, 2001; Conde, Pimentel, Díaz y Domingo, 2016), aunado a las desventajas que presentan los hijos de estas madres que van desde la probabilidad de la transmisión vertical, de quedar huérfanos por la pérdida del padre,

la madre o ambos, abandono escolar para aportar a la economía familiar, además de las situaciones de estigma o discriminación de las que pueden ser objeto (Lartigue y Maldonado, 2004; Conde, Pimentel, Díaz y Domingo, 2016). Al respecto, se puede comentar que 24 mujeres gestaban su primer hijo, el resto ya tenían al menos un hijo, 6 tenían un hijo seropositivo y una, dos hijos seropositivos, esto podría hacer suponer que la paridad en ellas estaba satisfecha, criterio considerado por el resto de la población como determinante para la elección de un método de planificación definitivo (Finocchario-Kessler, Sweat, Dariostis, Trent, Kerrigan, Keller y Anderson, 2007) sin embargo, parece ser que en estas pacientes existe una inclinación o propensión a comportarse de manera distinta en diversas situaciones haciendo suponer que son otros los mecanismos que operan a nivel psicodinámico y que pueden estar relacionados con las competencias conductuales consistentes en la práctica eficiente de los comportamientos necesarios en razón de la enfermedad, disminuyendo los problemas secundarios y facilitando el control de la propia vida y el manejo de situaciones potencialmente adversas (Cázares, Piña y Sánchez-Sosa, 2010) siendo esto lo que las lleve a tener descendencia.

Es importante comentar que con el advenimiento de la nueva generación de antirretrovirales, la infección por VIH se ha convertido en una enfermedad crónica con una mejoría en la calidad de vida de los pacientes lo que facilita que muchas mujeres infectadas se planteen tener descendencia y formar una familia (Cázares, Piña y Sánchez-Sosa, 2010), no obstante, no se puede dejar de ver entre otros puntos la representación social de la enfermedad la cual está ligada a una serie de estigmas y rechazo por parte de la sociedad no solo hacia la mujer infectada sino también hacia sus hijos, familias y allegados (Conde, Pimentel, Díaz y Domingo, 2016).

En relación con las alteraciones psicológicas, la ansiedad y la depresión son las entidades con mayor incidencia en la población con VIH (Wolff, Alvarado y Wolff, 2010), lo que se observó también en las pacientes embarazadas seropositivas que estudiamos.

En lo que se refiere al malestar psicológico, la ansiedad y la depresión, no se observaron diferencias significativas en comparación con un estudio efectuado por

Gómez y Aldana (2007), en una muestra de 107 pacientes del INPer que cursaron con algún tipo de embarazo de alto riesgo, lo que hace suponer que el embarazo de alto riesgo sea cual sea su etiología por sí mismo representa un evento crítico del desarrollo psicológico sin que al parecer exista alguna variación emocional por el hecho de tener VIH.

En relación con los estilos de afrontamiento, el de reevaluación positiva fue el que empleó la mayoría de las pacientes, mismo que enfoca sus esfuerzos para crear un significado positivo centrado en el desarrollo personal, lo que puede vincularse con el hecho de encontrase adheridas a una institución, debido a que este estilo procura la búsqueda de una red de apoyo calificada, de allí que también la muestra exhiba un nivel alto de adherencia terapéutica.

Las correlaciones encontradas entre ansiedad estado, ansiedad rasgo y depresión con malestar psicológico podrían explicarse como una restricción transitoria en un primer intento para la puesta en marcha de los recursos de personalidad que favorezcan la asimilación progresiva de la realidad, misma condición que probablemente se asocie a la dirección de afrontamiento empleado donde más de la mitad de las pacientes dirigen sus esfuerzos a la emoción en un primer paso para escapar del evento generador de estrés.

Una vez resuelto el embarazo la mayoría de las pacientes eligieron como método de planificación familiar definitivo la OTB este grupo presentó niveles más elevados de ansiedad estado, menor proporción de malestar psicológico, predominando en ellas el estilo reevaluación positiva lo que lleva a considerar que estas mujeres se encuentran sobrepasadas emocionalmente como una condición reactiva frente al evento; lo anterior más el temor expreso en la mayoría de ellas de poder infectar al bebé (temor identificado en los estudios de Finocchario-Kessler, Sweat, Dariostis, Trent, Kerrigan, Keller y Anderson, 2007), probablemente hayan sido factores que pusieron en marcha la movilización de los recursos emocionales y conductuales de estas mujeres contribuyendo en la evaluación objetiva de los riesgos que conlleva un nuevo embarazo y de esta manera eligieron un método de planificación definitivo.

La mayor incidencia de rasgos de depresión se observó en las mujeres que no eligieron ningún método de planificación familiar, así como en las que eligieron

métodos temporales (DIU y condón). Esto refuerza la conclusión hecha por Wolff, Alvarado y Wolff, (2010) quienes describen que la depresión interfiere en la adherencia al tratamiento y se perfila como un factor de riesgo en la evolución de la enfermedad por lo que es probable que este estado anímico obstaculice la comprensión de los riesgos que implica tanto para la madre como para el hijo un embarazo en esta población y quizá por ello se planteen continuar teniendo descendencia.

Los hallazgos obtenidos fortalecen la necesidad de que las mujeres embarazadas seropositivas al VIH reciban atención psicológica oportuna durante la gestación y en el transcurso de la enfermedad.

CONCLUSIONES

La OTB fue el método de planificación familiar postparto seleccionado por la mayoría de las pacientes seropositivas al VIH. Esta selección se presentó en las pacientes con rasgos de ansiedad estado y mayor adherencia terapéutica. Las pacientes con rasgos de depresión eligieron métodos temporales.

Agradecimiento

Se agradece al Instituto Nacional de Perinatología su financiamiento para la realización de este proyecto.

Referencias Bibliograficas.

Arrivillaga, M., López, J. y Ossa, A. (2006). Ansiedad, depresión y percepción de control en mujeres diagnosticadas con VIH/SIDA. *Pensamiento psicológico, 2*(7), 55-71.

Belmar, J. y Stuardo, V. (2017). Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el VIH-SIDA en mujeres: una mirada socio-cultural. *Revista Chilena de Infectología, 34*(4), 352-358.

Bolaños, M. y Díaz, M. (2017). Integración de la perspectiva de género en la prevención de las ITS/VIH/sida en atención primaria de salud. *Educación Médica Superior, 32*(4), 1-8.

Cázares, R., Piña, J. y Sánchez-Sosa, J. (2010). Competencias conductuales, estrés y calidad de vida en personas VIH+ 100% adherentes. Un análisis en

función del estadio clínico de la enfermedad. *Avances en Psicología Latinoamericana, 28*(1)*,* 85-98.

CENSIDA/Secretaria de Salud. (2012). El VIH/SIDA en México 2012. Recuperado de: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2012.pdf

Chen, JL., Phillips, KA., Kanouse, DE., Collins, RL. y Miu, A. (2001). Fertility desires and intentions of HIV positive men and women. *Family Planning Perspectives, 33*(4),144-165.

Conde, P., Pimentel, M., Díaz, A. y Domingo T. (2016). Estigma, discriminación y adherencia al tratamiento en niños con VIH y SIDA. Una perspectiva bioética. *Acta Bioethica, 22*(2). Recuperado de: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-569X2016000200020

Díaz, R. y Spilberg, C. (1975). Inventario de ansiedad rasgo-estado IDARE. México: El Manual Moderno.

Figueroa, R. y Villagrana, R. (2001). Factores asociados a la aceptación de salpingoclasia posparto entre mujeres infectadas por el VIH. *Salud Pública de México, 1*(43), 97-102.

Finocchario-Kesller, S., Sweat, MD., Dariotis, JK., Trent, ME., Kerrigan, DL., Keller, JM. y Anderson, JR: (2007). Understanding high fertility desires and intentions among a simple of urban women living with HIV in the United States. *Aids and Behavior, 14*(5), 1106-1114.

Folkman, S. y Lazarus, R. (1988). Manual del cuestionario de modos de afrontamiento. Palo Alto California: Mind Garden.

García-Sánchez, I. (2004) Diferencias de género en el VIH/sida. *Gaceta Sanitaria, 18*(5), 47-54.

Goldberg, D. y Hillier, V. (1979) A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychological Medicine, 9*(1)*,*139-145.

Gómez, ME. y Aldana, E. (2007). Alteraciones psicológicas en la mujer con embarazo de alto riesgo. *Psicología y Salud, 17,* 53-61.

González, G. y Morales-Carmona, F. (1990). Normalización de un instrumento de ansiedad (IDARE) en mujeres embarazadas. *Revista Mexicana de Psicología, 7*, 75-80.

González, G. y Morales-Carmona, F. (1993). Normalización de un instrumento para medir depresión en mujeres embarazadas. *Perinatología y Reproducción Humana, 7*, 110-113.

Lartigue, T. y Maldonado, M. (2004). Gestación, maternidad e infecciones de transmisión sexual, VIH/SIDA. *Perinatología y Reproducción Humana*, *18*, 65-72.

Martins, A., Alves, S., Chaves, C., Canavarro, M. y Pereira, M: (2019). Prevalence and factors associated with fertility desires/intentions among individuals in HIV-serodiscordant relationships: a systematic review of empirical studies. *Journal of International AIDS Society, 22*e, 25241. Recuperado de: https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/jia2.25241

Meza, P., Carreño, J., Morales-Carmona, F., Aranda, C., Sánchez, C. y Espíndola, G. (2008). Condición emocional de las pacientes con infección por virus de papiloma Humano. *Perinatología y Reproducción Humana, 22,* 168-173.

Morales-Carmona, F., Luque-Coqui, M., Barroso-Aguirre, J. (2002). Alteraciones emocionales en una muestra de mujeres mexicanas con eventos ginecoobstétricos. *Perinatología y Reproducción Humana, 16,*157-162.

Pelechano, V. (2000). Psicología sistemática de la personalidad. Barcelona: Ariel.

Soría, R., Vega, C. y Nava, C. (2009). Escala de Adherencia Terapéutica para pacientes con enfermedades crónicas, basada en comportamientos explícitos. *Alternativas en Psicología,14,* 89-103.

Thérèse, D. y Nôstlinger, C. (2007). Reproductive Choice for women and men living with HIV: contraception, abortion and fertility. *Reproductive Health Matters*, *15*, 46-66.

Vera, L., López, N., Araiza, N., Díaz, L., Flórez, Y., Franco, S., Isaza, S., Marciales, D., Ortiz, N., Rueda, J. y Torres, L. (2004) Asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. *Colombia Médica, 35*, 62-68.

Vieira de Lima, I., Dos Santos, M., Holanda, G. y Gimeniz, M. (2017). Aspectos reproductivos y conocimiento sobre planificación familiar de mujeres con síndrome de Inmunodeficiencia adquirida. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 51*, 1-7.

Wolff, C., Alvarado, R. y Wolff, M. (2010). Prevalencia de factores de riesgo y manejo de la depresión en pacientes con infección por VIH: Revisión de la literatura. *Revista Chilena de Infectología, 27*(1), 65-74.

Zung, WW. (1972). ZungSelf-Rating Depression Scale and Depression Status Inventory. En N. Sartorious y T.A. Ban TA (Eds.) *Assessment of depression*. Berlin: Springer-Verlag y W.H.O.